



# ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: [najma.said.adv@gmail.com](mailto:najma.said.adv@gmail.com)

fls. 8

## PROCURAÇÃO

|                |                                  |         |                     |
|----------------|----------------------------------|---------|---------------------|
| OUTORGANTE     | WAGNER CRUZ DE SOUSA             |         |                     |
| NACIONALIDADE  | Brasileira                       | NATURAL | Poa - SP            |
| ESTADO CIVIL   | Casado                           | RG Nº   | 023.294.636.75 (CN) |
| PROFISSÃO      | Policial militar                 | CPF Nº  | 616.453.113.68      |
| ENDEREÇO       | Rua Vera Cruz, 8393, CS 02       |         |                     |
| BAIRRO         | Potuna                           | CEP     | 61650240            |
| MUNICIPIO / UF | Caucaia - CE                     |         |                     |
| FONES          | (85) 98651 4680 / (85) 3213.2654 |         |                     |
| E-MAIL         | wagner.cruz.ce@vd.com.br         |         |                     |

**OUTORGADA:** NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700. Fone: (85) 98799-2088 e 99955-5507.

### PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes para o foro em geral, bem como, nos termos do art. 38 do Código de Processo Civil, podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, para ajuizar as ações necessárias e defende-lo nas ações contrárias, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, promover acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber ou dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização, podendo ainda requerer o que mais lhe for de direito, através das medidas judiciais e extrajudiciais que forem necessárias ao bom e fiel cumprimento desse mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.

FORTALEZA (CE), 04 de DEZEMBRO de 2017.

Wagner Cruz de Sousa



ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO PERGENTINO MAIA - 3º OFÍCIO DE NOTAS E 1º RTDPJ  
TABELIAO: ROBERTO FIUZA MAIA - CNPJ: 06.572.994/0001-05  
AV. Pe. Antonio Tomás, Nº 920 - Aldeota - CEP: 60.140-160 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3304-9444 - E-mail: [tabeliao@cartoriomaia.com.br](mailto:tabeliao@cartoriomaia.com.br)

Reconheço POR AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:  
[LCP91NT]--WAGNER CRUZ DE SOUSA

Dou fé. Us: 086  
Fortaleza-CE, 04 de Dezembro de 2017.  
Em testemunho da verdade.

Fabricio Goulart de Aquino | Maria Marly Mota Ribeiro  
Antonio Alexandre Paiva de Oliveira/Claudia Carneiro da Silva  
Cota: Valor: R\$ 4,15

Confira os dados do ato em:  
[selodigital.tjce.jus.br/portal](http://selodigital.tjce.jus.br/portal)





**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA**

Eu, Wagner Cruz de Sousa, Brasileiro(a),  
casado, policial militar, portador da Carteira de  
Identidade/RG nº 023 291 636.75 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o  
nº 616.453.113.68, residente e domiciliado na cidade de  
laucaia, estado Ceará, na Rua  
Vera Cruz, Nº 2393 Petrola, Laucaia/ce,  
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de  
arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o  
de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 20 de Abril de 20 18.

Wagner Cruz de Sousa

Declarante



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO**  
**CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO**

**CE**

**NOME**  
**WAGNER CRUZ DE SOUSA**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF**  
 13584311 PM CE

**CPF**  
 616.453.113-68

**DATA NASCIMENTO**  
 01/05/1981

**FILIAÇÃO**  
 JOSE ARTENISIO DE SOUSA  
 BENEDITA MARIA MOURA CRUZ

**PERMISSÃO**  
 ACC

**CAT. HAB.**  
 AB

**Nº REGISTRO**  
 02329163675

**VALIDADE**  
 21/11/2022

**1ª HABILITAÇÃO**  
 14/05/2002

**OBSERVAÇÕES**  
 SEM OBSERVAÇÃO:

*Wagner Cruz de Sousa*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL**  
 FORTALEZA, CE

**DATA EMISSÃO**  
 24/11/2017

*Wagner Cruz de Sousa*  
 ASSINATURA DO EMISSOR

**CEARÁ**

**54807490057**  
**CE162391560**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1548578690**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1548578690**

**Nº DO CLIENTE****6221170-6**

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3**enel****CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 499974381

Rota 04 22005 05 255400 - 1 Data de Emissão 09/11/2017

Nome WAGNER CRUZ DE SOUSA

End. Postal RU VERA CRUZ 02393 CS 02  
POTIRA - CAUCAIA - 61600000

Medidor 739510

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 616453113-68

CGF

Nome do Responsável

**DATAS**Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura  
Nov/2017 09/11/2017 09/12/2017**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JUREMA  
Mês Set/2017 EUSD 56,94**ICMS**Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
221,68 27,00% 59,85

|      | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|      | Mensal            | Trím. | Anual | Mensal              | Trím. | Anual |
| DIC  | 10,15             | 20,30 | 40,60 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| FIC  | 7,44              | 14,89 | 29,77 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC | 5,38              |       |       | 0,00                |       |       |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

8891.885A.3206.9746.7044.012A.46F8.50CE

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fet. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|-------------|------------|------------------|-------------|
| 7757        | 7457           | 1,00   | 300           | 0,00        | 300        | 0,7384           | 221,68      |
| 09/11/17    | 09/10/17       |        | 31 Dias       |             | 300        |                  |             |

**DESCRIÇÃO**

| DESCRIÇÃO                                     | VALOR (R\$) |
|-----------------------------------------------|-------------|
| VALOR CONSUMO DO MES                          | 221,68      |
| MULTA MORATORIA REF 08/2017                   | 3,40        |
| JUROS DO MES                                  | 1,32        |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL                  | 47,09       |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 17,01 ) |             |

**VENCIMENTO**

15/12/2017

**TOTAL A PAGAR (R\$)**

273,49

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| Energia .....                    | 75,43  |
| Transmissão .....                | 7,63   |
| Distribuição .....               | 51,91  |
| Encargos Setoriais .....         | 17,96  |
| Tributos (TOMS PIS-COFINS) ..... | 67,75  |
| TOTAL .....                      | 221,68 |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

|     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 249 | 300 | 237 | 253 | 237 | 258 | 297 | 306 | 191 | 224 | 207 | 214 | 265 |
| Set | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

| Emitido kg (CO <sub>2</sub> ) | Compensado kg (CO <sub>2</sub> ) | Consciência Ecológica (%CO <sub>2</sub> ) |
|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|
| 129,66                        | 0,00                             | 0                                         |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINDO O DÍGITO VERIFICADOR."

Consta desta fatura R\$ 7,90 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,93%  
PIS: 1,26 e COFINS: 2,24Nº do Cliente: 6221170-6 Referência: Nov/2017  
Data de Emissão: 09/11/2017 Total a Pagar (R\$): 273,49  
Nº da Nota Fiscal: 499974381 Nº de Controle: 0006221170 00040 39402 08

83860000002-6 73490031000-5 00062211700-9 00403940295-1







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6014 / 2017

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/11/2017 11:11:18**  
Data / Hora da Ocorrência: **18/09/2017 23:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SANTOS DUMONT , 5562**  
Complemento:  
Bairro: **PAPICU** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **VIADUTO DA SANTANA JUNIOR**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **WAGNER CRUZ DE SOUSA**  
Nascimento: **01/05/1981** CPF: **616.453.113-68**  
OUTROS: **13584311** Orgão Emissor: **PM** UF:  
Filiação: **BENEDITA MARIA MOURA CRUZ**  
**JOSÉ ARTENÍSIO DE SOUSA**  
Endereço: **RUA VERA CRUZ, 2393 CASA 02**  
Bairro: **JUREMA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98651-4680**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PMR3719** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:  
**9C6KG0450E0027809** Renavam: **1028760482** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ250 TENERE** Ano  
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**AZUL** Proprietário: **WAGNER CRUZ DE SOUSA** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

**Histórico**

QUE O DECLARANTE VINHA SOZINHO PILOTANDO A MOTO DE PLACAS  
PMR3719 DE SUA PROPRIEDADE, QUE TRAFEGAVA NA AVENIDA SANTOS  
DUMONT SENTIDO CENTRO, QUANDO O DECLARANTE QUE UM  
CARRO ESTAVA DANDO RÉ O DECLARANTE FOI TENTAR DESVIAR E ACABOU  
SE DESEQUILIBRANDO E BATENDO NO MEIO E CAINDO, QUE AO CAIR O  
DECLARANTE SE LESIONOU, QUE FOI SOCORRO POR POPULARES PARA O  
HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS  
ATENDIMENTOS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :  "ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Wagner Cruz de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) : MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Pág. 1 de 1

Impresso em: 28/11/2017 11:24:19

**ENCAMINHAMENTO A PERÍCIA MÉDICA**

**GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ**  
Secretaria do Planejamento  
e Gestão

Fortaleza, 27 Setembro 2017

Agendado para: 16 Outubro 2017 às 10:00

Ofício nº 228/2017

SENHOR COORDENADOR DA PERÍCIA MÉDICA,

Encaminha-se, a essa Coordenadoria de Perícia Médica, o(a) servidor(a) do(a) POLÍCIA MILITAR DO CEARÁ(PMCE), Wagner Cruz de Pessoa, nº de matrícula 13584311 que exerce o cargo de: 3 Sgt PM com lotação no(a): 2CIA/17BPM, CPF: 616.453.113-68, Solteiro(a), nascido(a) em 01/05/1981, residente em Fortaleza/CEARÁ no endereço: Rua 327 165 Nova MetrÃ³pole CEP: 60000000, telefone para contato: (85) 8873-5614, para fins de Início de LICENÇA SAÚDE CAPITAL a partir de: 22/09/2017.

RECEBIDO  
EM: 16/10/17  
João Batista W. de Paulo  
ST-PM MF 11080715  
COPEM/SEPLAG

Atenciosamente,

Assinatura do Responsável

**RICARDO CESAR Magalhães Galdino -**  
Cap - PM - Matrícula: 135235-1-7

Telefone para contato: (85) 3101-5667

Carimbo do Responsável

RICARDO CESAR Magalhães Galdino  
Capitão QOPM  
MF: 135.235-1-7

Assinatura do Responsável do

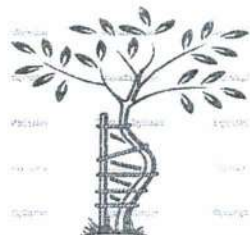
**Francisco SERGIO Marreiro Ribeiro - 1**  
Sgt PM

Telefone para contato: (85) 3101-5667

Carimbo do Responsável do RH

Wagner M. Santiago da Fonseca  
3º SGT PM  
MF 134.675-1-X





CIB RENARL  
fls. 14  
[Signature]

*Dr. Charles Samuel Marques Dantas*

Ortopedia / Traumatologia / Artroscopia e Cirurgião do Joelho

CRM: 14474/ TEOT 12676

LAUDO MÉDICO

*Atesto que o (a) paciente WAGNER CRUZ DE SOUSA, APRESENTA QUADRO DE RECUPERAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA CLAVICULA D, COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL SIGNIFICATIVA, DEVENDO PERMANECER AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 60 DIAS À PARTIR DESTA DATA. ENCONTRA-SE EM TERAPIA MEDICAMENTOSA PARA MELHORA DO QUADRO ÁLGICO.*

CID 10: S 42.0

Fortaleza, 23/11/2017

*[Signature]*  
Dr. Charles Samuel M. Dantas  
Traumatologia - Ortopedia  
Artroscopia e Cirurgia do Joelho  
CRM: 14474 - TEOT 12676



NOME: WAGNER CRUZ DE SOUSA

ORDEM: 17/10/2292

PRONTUARIO: 0176613 DT\_NASC: 01/05/1981 Est. Civil: SOLTEIRO(A)  
ENDEREÇO: RUA 327, 165 BAIRRO: NOVA METROPOLES  
MUNICIPIO: FORTALEZA - CE

MATRICULA ORGAO CARGO LOTACAO  
13584311 POLICIA MILITAR 3 SARGENTO 2ª/17ºBPM

Resultado do Exame: ( ) Trat. de Saúde ( ) Acomp. Trat. de Saúde  
( ) Licença Negada ( ) Readap. de Função ( ) Aposentadoria  
( ) Outros:

PERÍODO ( ) DIAS ( ) INÍCIO ( ) PRORROGAÇÃO  
A PARTIR DE 22/09/17

Data: 16/10/2017

MÉDICO/PERITO

BARBOSA



**Paciente:** Wagner Cruz de Sousa**Prontuário:** 151176**Sexo:** M**Idade:** 36a 6m 21d**Atendimento:** 1.333.952**Convênio:** ISSEC**Prescrição:** 1666501**Data Exame:** 03/11/2017**Solicitante:** Joao Ricardo Andrade de**RX PUNHO ESQUERDO AP/P****LAUDO:****Estruturas ósseas de densidade radiográfica normal.****Ausência de sinais de fratura.****Partes moles sem alterações.****Nº.INC.....[02]****RX CLAVÍCULA DIREITA****LAUDO:****Pós-operatório de fratura da clavícula direita, com presença de material de síntese.****Nº.INC.....[01]****Dr. João Ricardo**

CRM 5244

CPF: 423.866.403-53



HOSPITAL CENTRAL  
DE  
FORTALEZA

Ficha de Atendimento  
Ambulatorial

Atendimento: 0886621 - Prontuario: 02371707

**Dados do Paciente:**

Nome: WAGNER CRUZ DE SOUSA - POTIRA  
Endereco: RUA VERA CRUZ, 2393 CASA 02  
RG: 13584311 PM -CE Telefones: (85) 9868.92897 / ( ) . / ( )  
Sexo: Masculino Data Nasc: 01/05/1981 - 36 Anos 6 Meses  
Nome da Mãe: BENEDITA MARIA MOURA CRUZ  
Responsavel:  
Cadastrado por: TATHIANA SALES DE LIMA COSTA

**Dados do Atendimento:**

Convenio: ISSEC  
Matricula: 16105702  
Medico Respon: MARCELO LOPES MAIA  
CJD/Diagnostico:  
Procedimentos Autorizados:  
CBHPM 1.01.01.03-9 CONSULTA

Data Atendimento: 19/09/2017 Hora: 00:05  
Validade: 01/05/2020  
CRM 11805

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Vítima acidente de moto  
Fratura clavícula

*Tathiana Silva*  
04.870.928/0001-88  
HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA  
Rua. Tristão Gonçalves, 1367-Anexo  
Benfica - CEP: 60.015-002  
FORTALEZA CEARA

*Marcelo Lopes Maia*  
Lr. Marcelo Lopes Maia  
Otorrinolaringologista e Traumatologista  
CRM: 11805  
RQE: 1380

CRM  
11805

Assinatura / Carimbo Médico

*Wagner Cruz de Sousa*  
Assinatura Paciente/Responsável



**FICHA DE ATENDIMENTO**  
INTERNAÇÃO/PQA

Atendimento 1.318.610  
Nº Prontuário 151.176  
Dt Internação 19/09/2017 15:38

Nome **Wagner Cruz de Sousa**  
Titular do Conv. **Wagner Cruz de Sousa**  
Estado Civil **Casado**  
Nome Pai **Jose Artenisio de Sousa**  
Nascimento **01/05/1981**  
Endereço **327, 165 Nova Metrópole**  
Bairro **Nova Metrópole**  
Naturalidade

Conjuge  
Nome Mãe **Benedita Maria Moura Cruz**  
Idade **36 Anos**  
Cidade **Caucaia**  
Religião

Cid.  
Sexo **Masculino**  
CPF  
Identidade **13584311**  
Telefone 1 **(85) 32132654**  
Dt Entrada **19/09/2017**  
Dt Alta

Acomodação

Plano de Saúde

Enfermaria

Nome

GIH

Autorização

ISSEC

016916034

Unidade

405-1

Empresa

Cód.Usuário

00922178000

Responsáveis

Nome **Wagner Cruz de Sousa**  
Endereço **327, 165 Nova Metrópole**  
RG **13584311**  
CPF **não digitado**

Parentesco  
Telefone 2  
Telefone 3  
Telefone 4 **não digitado**

Nome

Endereço

RG

CPF

Parentesco

Telefone

Celular

Tei Trabalho

**AUDITADO**

**25/09/18**  
**Raquel**

Queixa Principal

HDA:

Diagnostico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

Médico Responsável

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO**

O paciente (ou responsável), Sr(a) Wagner Cruz de Sousa, CPF nº, aqui declarado, internado neste nosocômio, assumo, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos materiais e alimentação especializada, que venham se fazer necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por meu plano de saúde, assim como tenho conhecimento que o Hospital Uniclinic não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, joias, etc) deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não implicando em qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a permanência no mesmo.

Responsável pelo Atendimento

Maria Viriane Vieira Freitas

Paciente ou Responsável.

Atendimento 1.318.525

Paciente Wagner Cruz de Sousa

Segurado Wagner Cruz de Sousa

Convênio ISSEC

Plano ISSEC

Matrícula 00922178000

Cartão Saúde 16105702

Endereço 327, 165 Nova Metrópole

Complemento

Prontuário 151176

Idade 36 anos e 4 meses

Fone 32132654

Val. Carteira 01/05/2020

Identidade 13584311

Bairro Nova Metrópole

Cidade Caucaia

Sexo Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

Setor Emergência-Pronto Socorro

Atendente Aline Soares Castro

Especialidade Traumatologia

Classificação Consulta

Médico/C.d Gilmar de Oliveira Lima

Data 19/09/2017 - Terça-feira

Hora 12:28:24

Queixa Principal TRAUMA NA CLAVICULA DIR

HDA *fratura na clavícula (D)*

PROCEDIMENTO *Rx Clavícula (D) AP*

*Rx torax PA TPL*

DIAGNOSTICO

Dr. Gilmar de Oliveira Lima (CRM 7834)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

| Data       | Classe   | Médico/Dentista                       | Anamnese                                                      |
|------------|----------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 16/02/2013 | Consulta | DR. MARCUS GADELHA                    | ARTRALGIA PUNHO ESQ. RX PUNHO ESQ AP/ P, TRAMAL - SF250ML EV. |
| 08/11/2012 | Consulta | Dr. Aristides Memoria Taumaturgo Neto | DENGUE? SF2000ML - DIPIRONA EV.                               |

UNICLINIC  
CONFERE COM O  
ORIGINAL





# ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE: Alagor - Evair de Sousa

CONVÊNIO: Uniclinic

DIAGNÓSTICO INICIAL: FC

DATA: 19/04/17

Nº DO ATENDIMENTO: 1318525

## ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

REALIZOU:

ECG: SIM ☐ NÃO ☐ CURATIVO: SIM ☐ NÃO ☐

RAIO X: SIM ☐ TIPO: ☐ NÃO ☐

EXAME LABORATORIAL: ☐

☐ VESICAL: ☐ ALVIO ☐ DEMORA

SONDAGEM: ☐ NASOENTÉRICA

☐ NASOGÁSTRICA: ☐ DRENAGEM ☐ GAVAGEM

OXIGENOTERAPIA:

☐ CATETER ( /min) De : as : hs

☐ MASC. VENTURI ( /min) De : as : hs

ENCAMINHADO:

☐ POSTO: Às : ☐ UTI: Às : ☐ CC: Às :

TRANSFERIDO:

DESTINO:

HORÁRIO: : hs

ALTA (LIBERADO) Às : hs

## JUSTIFICATIVA MÉDICA

UNICLINIC  
CONFERE COM O  
ORIGINAL

MÉDICO (ASSINATURA / CARIMBO)

LEGENDAS: FC: Frequência Cardíaca FR: Frequência Respiratória PA: Pressão Arterial SATO2: Saturação de Oxigênio T: Temperatura



| SALA DE GESSO      |  |  |  |     |      |     |  |
|--------------------|--|--|--|-----|------|-----|--|
| MATERIAL UTILIZADO |  |  |  | DIM | UNID | QTD |  |
| Algodão Ortopédico |  |  |  | 10  | Cm   |     |  |
| Algodão Ortopédico |  |  |  | 15  | Cm   |     |  |
| Algodão Ortopédico |  |  |  | 20  | Cm   |     |  |
| Atadura de Crepom  |  |  |  | 6   | Cm   |     |  |
| Atadura de Crepom  |  |  |  | 10  | Cm   |     |  |
| Atadura de Crepom  |  |  |  | 15  | Cm   |     |  |
| Atadura de Crepom  |  |  |  | 20  | Cm   |     |  |
| Atadura de Crepom  |  |  |  | 30  | Cm   |     |  |
| Atadura Gessada    |  |  |  | 10  | Cm   |     |  |
| Atadura Gessada    |  |  |  | 15  | Cm   |     |  |
| Atadura Gessada    |  |  |  | 20  | Cm   |     |  |
| Algodão Sintético  |  |  |  |     | Cm   |     |  |
| Procedimento:      |  |  |  |     |      |     |  |
| AUX. TRAUMA        |  |  |  |     |      |     |  |

| GASTOS AMBULATORIO       |     |  |                       |     |  |
|--------------------------|-----|--|-----------------------|-----|--|
| SOLUÇÕES                 |     |  | AEROSOL               |     |  |
| UNID                     | QTD |  | UNID                  | QTD |  |
| Água destilada 20ml      | Fr  |  | SF 0,9% 10ml          | amp |  |
| Água destilada 500ml     | MI  |  | Atrovent              | gts |  |
| SF 0,9% 100ml            | MI  |  | Aerolin 2,5mg         | amp |  |
| SF 0,9% 250ml            | MI  |  | Berotec               | gts |  |
| SF 0,9% 500ml            | MI  |  | Clenil A              | amp |  |
| SG 5% 100ml              | MI  |  | MEDICAÇÕES            |     |  |
| SG 5% 250ml              | MI  |  | Antak 50mg            | amp |  |
| SG 5% 500ml              | MI  |  | Aminofilina 240mg     | amp |  |
| SG 5% 1.1. 500ml         | MI  |  | Buscopan Composto     | amp |  |
| SG 5% 1.1. 500ml         | MI  |  | Buscopan Simples 20mg | amp |  |
| SG 5% 500ml              | MI  |  | Coltrax               | amp |  |
| SG 5% 500ml              | MI  |  | Complexo B            | amp |  |
| MEDICAÇÃO ORAL           |     |  | UNID                  | QTD |  |
| AAS 100mg                | Cp  |  | Carvão Ativado        | Gr  |  |
| Adalat Retard 20mg Cp Vo | Cp  |  | Diazepam 10mg         | amp |  |
| Atensina 0,100mg         | Cp  |  | Dexametasona          | amp |  |
| Antidipirino 5mg         | Cp  |  | Diprosopan            | amp |  |
| Captopril 25mg           | Cp  |  | Dramin B6 DL          | amp |  |
| Captopril 50mg           | Cp  |  | Dipirona 1g           | amp |  |
| Dipirona                 | gts |  | Dimorf 10mg           | amp |  |
| Diazepam 10mg            | Cp  |  | Dimorf 0,2mg          | amp |  |
| Paracetamol 500mg        | Cp  |  | Fenergan 100mg        | amp |  |
| Paracetamol              | gts |  | Furosemida 20mg       | amp |  |
| Propanolol 40mg          | Cp  |  | Glicose 25%           | amp |  |
| Luftal                   | gts |  | Glicose 50%           | amp |  |
| Isordil 5mg              | Cp  |  | Hydrocortisona 100mg  | amp |  |
| Isordil 10mg             | Cp  |  | Isordil 10mg          | amp |  |

| Haldol 5mg                     | amp  |  | Scalp nº               | Unid |     |
|--------------------------------|------|--|------------------------|------|-----|
| Hidantal 250mg                 | amp  |  | Seringa 1ml            | Unid |     |
| Insulina                       | Unid |  | Seringa 3ml            | Unid |     |
| Ipsilon 1g                     | Fr   |  | Seringa 5ml            | Unid |     |
| Ipsilon 4g                     | Fr   |  | Seringa 10ml           | Unid |     |
| Profenid 100mg EV              | amp  |  | Seringa 20ml           | Unid |     |
| Profenid 100mg IM              | amp  |  | Sonda Nasogástrica nº  | Unid |     |
| Penicilina Benzatina 1.200.000 | Fr   |  | Sonda Foley nº         | Unid |     |
| Plamet                         | amp  |  | MATERIAIS              |      | QTD |
| Plasil                         | amp  |  | Atadura de crepom      | Unid |     |
| Superan 50mg                   | amp  |  | Band-aid               | Unid |     |
| Tilatil 20mg                   | Fr   |  | Compressas             | Unid |     |
| Tramal 50mg                    | amp  |  | Dreno dedo de luva     | Unid |     |
| Tramal 100mg                   | amp  |  | Dreno de penrose       | Unid |     |
| Toragesic 30mg                 | amp  |  | Esparradrapo           | Cm   |     |
| Vitaminina C 500mg             | amp  |  | Fio catgut crom/simp   | Unid |     |
| Kanakion IM 10mg               | amp  |  | Fio mononylon nº       | Unid |     |
| Xilocalina gel                 | Gr   |  | Fio viciyl nº          | Pct  |     |
| MATERIAIS                      |      |  | SOLUÇÕES ANTISSEPTICAS |      |     |
| UNID                           | QTD  |  | UNID                   | QTD  |     |
| Abocath nº                     | Unid |  | Álcool                 |      |     |
| Agulha nº 40x12                | Unid |  | Água oxigenada         |      |     |
| Agulha nº                      | Unid |  | Clorexidina Alcoólica  |      |     |
| Algodão                        | Gr   |  | Clorexidina degermante |      |     |
| Catéter Nasal tipo Óculos      | Unid |  | Éter                   |      |     |
| Blood Stop                     | Unid |  |                        |      |     |
| Equipo Simples                 | Unid |  |                        |      |     |
| Equipo para BI                 | Unid |  |                        |      |     |
| Esparradrapo                   | Cm   |  |                        |      |     |
| Eletrodo                       | Unid |  |                        |      |     |
| Fita e lanceta                 | Unid |  |                        |      |     |
| Gaze 7,5x7,5 Pacote c/ 10      | Pct  |  |                        |      |     |
| Gaze Alcochoada                | Unid |  |                        |      |     |
| Luva de procedimento           | Par  |  |                        |      |     |
| Luva estéril nº                | Par  |  |                        |      |     |
| Micropore                      | Cm   |  |                        |      |     |
| Prestobarba                    | Unid |  |                        |      |     |
| Coletor Sistema fechado        | Unid |  |                        |      |     |
| Coletor Sistema aberto         | Unid |  |                        |      |     |

PROCEDIMENTO:

UNICLINIC  
CONFERE COM O  
ORIGINAL





## O hospital da sua vida

## PREScrição Médica de

19,09 177

Nome do Paciente:

Walter Lutz

Ent. Apto.:

Leito.: 1405

Medico...

Credenciamiento:

Internamento:

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

## HORARIO

## MATERIAL UTILIZADO

|                                                                          |  |                                                              |  |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|
| <p>Dr. Roberto Martins<br/>Otorrinolaringologista<br/>(11) 3071-1123</p> |  | <p>SND<br/>(16:30)<br/>16:30 08:30<br/>22 20<br/>ECT. MA</p> |  | <p>Ser. 20 cc</p>               |
| <p>Dr. Sérgio Moura<br/>3. Polígrafo 100 + 100ml SF 0.97, Ev. 12/12h</p> |  | <p>16:30 08:30</p>                                           |  | <p>Ser. 10 cc</p>               |
| <p>4. Polígrafo 100 + 100ml SF 0.97, Ev. 12/12h</p>                      |  | <p>22 20</p>                                                 |  | <p>Ser. 5 cc</p>                |
| <p>8. SSM</p>                                                            |  | <p>ECT. MA</p>                                               |  | <p>Ser. 3 cc</p>                |
| <p>Agulha 40/12</p>                                                      |  | <p>Agulha 13/4.5</p>                                         |  | <p>Equipo</p>                   |
| <p>Equipo c/ lat.</p>                                                    |  | <p>Soro Físio. 100ml</p>                                     |  | <p>Soro Glico. 100ml</p>        |
| <p>Abd 500ml p/O2</p>                                                    |  | <p>S. Aspiração</p>                                          |  | <p>BOMBA DE INFUSÃO</p>         |
| <p>UNICLINIC<br/>CONFERE COM O<br/>ORIGINAL</p>                          |  | <p>OXIGÊNIO</p>                                              |  | <p>MED. LIG. DES. LIG. DES.</p> |
| <p>Glicemia</p>                                                          |  | <p>Insulina</p>                                              |  | <p>Hora Valor</p>               |

## Evolução Paciente

|              |                      |         |             |                     |
|--------------|----------------------|---------|-------------|---------------------|
| Paciente     | Wagner Cruz de Sousa |         | Atendimento | 1.318.610           |
| Data Nascto. | 01/05/1981           | 36 Anos | Prontuário  | 151.176             |
| Sexo         | Masculino            |         | Dt. Entrada | 19/09/2017 15:38:17 |
| Telefone     | 32132654             |         | Convênio    | ISSEC ENFERMARIA    |
| Leito        | 405-1                |         |             |                     |

| Data evolução | Função     | Tipo evolução | Especialidade | Usuário                               | Código prof |
|---------------|------------|---------------|---------------|---------------------------------------|-------------|
| 19/09/2017    | Enfermeiro | Evolução      |               | Tarcila<br>Emanoela de<br>Moura Lopes |             |

Enfermeiro(a): Tarcila Emanoela de Moura Lopes Enfermeiro(a)

Data Internação: 19/09/2017 15:38:17 Entrada na Unidade:

## ADMISSÃO UNIDADE

Às 16hs recebo paciente proveniente da emergência para tratamento cirúrgico  
 Consciente, Orientado, Eupnéico em ar ambiente  
 Nega HAS, DM e Alergia Medicamentosa  
 Dieta VO  
 Eliminações presentes e espontâneas  
 Segue sob os cuidados de Enfermagem

Tarcila Emanoela de Moura Lopes /

UNICLINIC  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL



Uniclinic

GASTOS HOSPITALARES

Nome: W.C.S. Convênio: ESSEC

Data: 9/9/12

| Material                                   | Total | GASOTERAPIA |           |                    |           |
|--------------------------------------------|-------|-------------|-----------|--------------------|-----------|
|                                            |       | OXIGÊNIO    |           | MONITOR + OXÍMETRO |           |
| Água para injeção 10ml                     | 1     | Ligado      | Desligado | Ligado             | Desligado |
| Água para injeção 20ml                     |       |             |           |                    |           |
| Agulha 13x4,5                              |       |             |           |                    |           |
| Agulha 25x7                                |       |             |           |                    |           |
| Agulha 30x8                                |       |             |           |                    |           |
| Agulha 40x12                               | 4     |             |           |                    |           |
| Cateter nasal                              |       |             |           |                    |           |
| Eletrodo                                   |       |             |           |                    |           |
| Equipo para bomba de infusão               |       |             |           |                    |           |
| Equipo para bomba de infusão fotossensível |       |             |           |                    |           |
| Equipo simples                             | 4     |             |           |                    |           |
| Extensor 20cm                              |       |             |           |                    |           |
| Fita para glicemia + lanceta               |       |             |           |                    |           |
| Gases alcoolizados                         |       |             |           |                    |           |
| Gases simples                              |       |             |           |                    |           |
| Inuxol                                     |       |             |           |                    |           |
| IV 3000                                    |       |             |           |                    |           |
| Luva estéril                               |       |             |           |                    |           |
| Luva procedimento                          |       |             |           |                    |           |
| Seringa 20cc                               |       |             |           |                    |           |
| Seringa 10cc                               |       |             |           |                    |           |
| Seringa 5cc                                |       |             |           |                    |           |
| Seringa 3cc                                |       |             |           |                    |           |
| Seringa Insulina                           |       |             |           |                    |           |
| Seringa SNG                                |       |             |           |                    |           |
| SF 0,9% 100ml                              |       |             |           |                    |           |
| SF 0,9% 250ml                              |       |             |           |                    |           |
| SG 5,0% 250ml                              |       |             |           |                    |           |
| Tornellet Tree Way                         |       |             |           |                    |           |
| Conex-lue                                  |       |             |           |                    |           |
| Retirar SVD                                |       |             |           |                    |           |
| Máscara 01                                 |       |             |           |                    |           |
| Luva de procedimento 01                    |       |             |           |                    |           |
| Seringa de 20cc 01                         |       |             |           |                    |           |
| Punção periférica                          |       |             |           |                    |           |
| Jelco nº 01                                |       |             |           |                    |           |
| Extensor 60cm 01                           |       |             |           |                    |           |
| Seringa 20cc 01                            |       |             |           |                    |           |
| ABD 10ml 02                                |       |             |           |                    |           |
| Esparradrapo 15cm                          |       |             |           |                    |           |
| Luva de procedimento 01                    |       |             |           |                    |           |
| Algodão 15gr                               |       |             |           |                    |           |
| Alcool 15ml                                |       |             |           |                    |           |
| Curativo F.O                               |       |             |           |                    |           |
| SF 0,9% 10ml 02                            |       |             |           |                    |           |
| Micropore 30cm                             |       |             |           |                    |           |
| Gases simples 10 UNID                      |       |             |           |                    |           |
| Máscara 01                                 |       |             |           |                    |           |
| Gorro 01                                   |       |             |           |                    |           |
| Luva de procedimento 01                    |       |             |           |                    |           |
| Kit curativo estéril 01                    |       |             |           |                    |           |
| Clorexidina 15ml                           |       |             |           |                    |           |
| Outros                                     |       |             |           |                    |           |
| SV Alívio                                  |       |             |           |                    |           |
| Gorro 01                                   |       |             |           |                    |           |
| Máscara 01                                 |       |             |           |                    |           |
| Luva estéril 01 PAR                        |       |             |           |                    |           |
| Sonda uretral nº 01                        |       |             |           |                    |           |
| Clorexidina aquosa 15ml                    |       |             |           |                    |           |
| Gases 10                                   |       |             |           |                    |           |
| Xilocaína gel 05gr                         |       |             |           |                    |           |
| Retirar SNG                                |       |             |           |                    |           |
| Máscara 01                                 |       |             |           |                    |           |
| Luva de procedimento 01                    |       |             |           |                    |           |
| Seringa de 20cc 01                         |       |             |           |                    |           |
| Gasto do óbito                             |       |             |           |                    |           |
| Lençóis 02                                 |       |             |           |                    |           |
| Algodão 60gr                               |       |             |           |                    |           |
| Esparradrapo 20cm                          |       |             |           |                    |           |
| Luva de procedimento 01                    |       |             |           |                    |           |
| Máscara 01                                 |       |             |           |                    |           |
| Gorro 01                                   |       |             |           |                    |           |
| Curativo CVC convencional                  |       |             |           |                    |           |
| Gases simples 20                           |       |             |           |                    |           |
| Micropore 20cm                             |       |             |           |                    |           |
| Luva de procedimento 01                    |       |             |           |                    |           |
| Clorexidina alcoólica 15ml                 |       |             |           |                    |           |
| Máscara 01                                 |       |             |           |                    |           |
| SF 0,9% 10ml 01                            |       |             |           |                    |           |
| Curativo CIATADURA                         |       |             |           |                    |           |
| Atadura cm                                 |       |             |           |                    |           |
| Micropore 20cm                             |       |             |           |                    |           |
| Luva de procedimento 01                    |       |             |           |                    |           |
| Clorexidina 15ml                           |       |             |           |                    |           |
| Máscara 01                                 |       |             |           |                    |           |
| SF 0,9% 10ml 02                            |       |             |           |                    |           |
| Curativo TGT                               |       |             |           |                    |           |
| Gases simples 30x20                        |       |             |           |                    |           |
| SF 0,9% 10ml 01+01                         |       |             |           |                    |           |
| Luva de procedimento 03+01                 |       |             |           |                    |           |
| Máscara 01                                 |       |             |           |                    |           |
| Curativo GTT                               |       |             |           |                    |           |
| Gases simples 20                           |       |             |           |                    |           |
| SF 0,9% 10ml 01                            |       |             |           |                    |           |
| Luva de procedimento 01                    |       |             |           |                    |           |
| Máscara 01                                 |       |             |           |                    |           |
| Passagem de SNG                            |       |             |           |                    |           |
| Sonda SNG nº 01                            |       |             |           |                    |           |
| Luva estéril 01                            |       |             |           |                    |           |
| Xilocaína gel 05gr                         |       |             |           |                    |           |
| Gases simples 10                           |       |             |           |                    |           |
| Seringa 20cc 01                            |       |             |           |                    |           |
| Etér 10ml                                  |       |             |           |                    |           |
| Esparradrapo 10cm                          |       |             |           |                    |           |
| Máscara 01                                 |       |             |           |                    |           |





OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Wagner Euzébio de Sousa

DATA: 30/04/18 POSTO: 04 LEITO: 405-L

CONVÊNIO: ISSEC

TURNO: MT

AC. VENOSO: \_\_\_\_\_

CVC ( ) Local ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi \_\_\_\_\_ %

( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo2: \_\_\_\_\_ %

DIETA: \_\_\_\_\_

( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) Zero Para: \_\_\_\_\_

TURNO: \_\_\_\_\_

AC. VENOSO: \_\_\_\_\_

CVC ( ) Local ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi \_\_\_\_\_ %

( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo2: \_\_\_\_\_ %

DIETA: \_\_\_\_\_

( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) Zero Para: \_\_\_\_\_

Observações: Aos 16:00, paciente admitido no posto 04, proveniente da emergência, chega HAST-DT e realiza medicação. Paciente segue aos cuidados da enfermagem. Aos 16:10 paciente punccionado com êxito. Paciente vem pelo 03 e retornou ao cm com 04.

Observações:

UNICLINICA  
CONFERE COM O ORIGINAL

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_









**GASTOS HOSPITALARES**

Nome:

*Wagner Gue de Sousa*

Convenio:

Data: 20/04/15

| Material                                  | Total |
|-------------------------------------------|-------|
| Água para injeção 10ml                    | 01    |
| Água para injeção 20ml                    |       |
| Água 13x4,5                               |       |
| Água 25x7                                 |       |
| Água 30x8                                 |       |
| Água 40x12                                | 04    |
| Cateter nasal                             |       |
| Eletrodo                                  |       |
| Equipo para bomba de infusão              |       |
| Equipo para bomba de infusão fotosensível |       |
| Equipo simples                            | 01    |
| Extensor 20cm                             |       |
| Fita para glicemia + lanceta              |       |
| Gazes simples                             |       |
| Inulol                                    |       |
| IV 3000                                   |       |
| Luva esteril                              |       |
| Luva procedimento                         |       |
| Seringa 20cc                              |       |
| Seringa 10cc                              |       |
| Seringa 5cc                               |       |
| Seringa 3cc                               |       |
| Seringa insulina                          |       |
| Seringa SNG                               | 04    |
| SF 0,9% 100ml                             |       |
| SF 0,9% 250ml                             |       |
| SG 5,0% 250ml                             |       |
| Torneira Tree Way                         |       |
| Cone-luz                                  | 01    |

|                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| CURATIVO CVC CONVENCIONAL      | <input type="checkbox"/> |
| GAZES SIMPLES: 20              |                          |
| MICROPORE: 20cm                |                          |
| LUVA DE PROCEDIMENTO: 01       |                          |
| CLOREXIDINA ALCOOLICA: 15ml    |                          |
| MÁSCARA: 01                    |                          |
| SF 0,9% 10ml: 01               |                          |
| CURATIVO C/ ATADURA            | <input type="checkbox"/> |
| ATADURA: 1cm                   |                          |
| MICROPORE: 20cm                |                          |
| LUVA DE PROCEDIMENTO: 01       |                          |
| CLOREXIDINA: 15ml              |                          |
| MÁSCARA: 01                    |                          |
| SF 0,9% 10ml: 02               |                          |
| PASSAGEM DE SVD                | <input type="checkbox"/> |
| MÁSCARA: 01                    |                          |
| LUVA ESTÉRIL: 01               |                          |
| SONDA FOLEY Nº: 01             |                          |
| COLETOR DE SISTEMA FECHADO: 01 |                          |
| GAZES SIMPLES: 20              |                          |
| CLOREXIDINA AQUOSA: 30ml       |                          |
| SERINGA 20CC: 01               |                          |
| AGULHA 40x12: 01               |                          |
| XILOCAINA GEL: 05gr            |                          |
| ABD 10ml: 02                   |                          |
| RETIRAR ACESSO PERIFÉRICO      | <input type="checkbox"/> |
| LUVA PROCEDIMENTO: 01          |                          |
| ALGODÃO: 15gr                  |                          |
| SV ALVIO                       | <input type="checkbox"/> |
| GORRO: 01                      |                          |
| MÁSCARA: 01                    |                          |
| LUVA ESTÉRIL: 01 PAR           |                          |
| SONDA URETRAL Nº: 01           |                          |
| CLOREXIDINA AQUOSA: 15ml       |                          |
| GAZES: 10                      |                          |
| XILOCAINA GEL: 05gr            |                          |
| RETIRAR SNG                    | <input type="checkbox"/> |
| MÁSCARA: 01                    |                          |
| LUVA DE PROCEDIMENTO: 01       |                          |
| SERINGA DE 20CC: 01            |                          |
| GASTO DO ÓBITO                 | <input type="checkbox"/> |
| LENÇÓIS: 02                    |                          |
| ALGODÃO: 60gr                  |                          |
| ESPARADRAPO: 20cm              |                          |
| LUVA DE PROCEDIMENTO: 01       |                          |
| MÁSCARA: 01                    |                          |
| GORRO: 01                      |                          |
| PUNÇÃO PERIFÉRICA              | <input type="checkbox"/> |
| JELO Nº: 01                    |                          |
| EXTENSOR 60cm: 01              |                          |
| SERINGA 20CC: 01               |                          |
| ABD 10ml: 02                   |                          |
| ESPARADRAPO: 15cm              |                          |
| LUVA DE PROCEDIMENTO: 01       |                          |
| ALGODÃO: 15gr                  |                          |
| ALCOOL: 15ml                   |                          |
| CURATIVO F.O                   | <input type="checkbox"/> |
| SF 0,9% 10ml: 02               |                          |
| MICROPORE 30cm                 |                          |
| GAZES SIMPLES: 10 UND          |                          |
| MÁSCARA: 01                    |                          |
| GORRO: 01                      |                          |
| LUVA DE PROCEDIMENTO: 01       |                          |
| KIT CURATIVO ESTÉRIL: 01       |                          |
| CLOREXIDINA: 15ml              |                          |
| OUTROS:                        |                          |
| ASPIRAÇÃO                      | <input type="checkbox"/> |
| S. TRAQUEAL Nº: 01             |                          |
| SF 10ml                        |                          |
| LUVA                           |                          |
| MÁSCARA                        |                          |
| GAZES                          |                          |
| OBSERVAÇÕES:                   |                          |





OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Wagner Cruz de Sousa

DATA: 20/09/17

POSTO: 04

LEITO: 405-1

CONVÊNIO:

|                                                           |                             |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| TURNO:                                                    |                             |
| AC. VENOSO:                                               |                             |
| CVP ( ) Local                                             | CVC ( ) Local ( ) Dissecção |
| RESPIRAÇÃO:                                               |                             |
| ( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi %              |                             |
| ( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sup>2</sup> : % |                             |
| DIETA:                                                    |                             |
| ( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT                    |                             |
| ( ) Zero Para:                                            |                             |

Observações:

*[Stamp: COORDENADOR DE ENFERMAGEM]*

Observações:

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

## Evolução Paciente

|              |                      |             |                     |
|--------------|----------------------|-------------|---------------------|
| Paciente     | Wagner Cruz de Sousa | Atendimento | 1.318.610           |
| Data Nascto. | 01/05/1981 36 Anos   | Prontuário  | 151.176             |
| Sexo         | Masculino            | Dt. Entrada | 19/09/2017 15:38:17 |
| Telefone     | 32132654             | Convênio    | ISSEC ENFERMARIA    |
| Leito        | 405-1                |             |                     |

|               |            |               |               |                                        |             |
|---------------|------------|---------------|---------------|----------------------------------------|-------------|
| Data evolução | Função     | Tipo evolução | Especialidade | Usuário                                | Código prof |
| 20/09/2017    | Enfermeiro | Evolução      |               | Jaciara<br>Lorena<br>Gomes da<br>Silva |             |

Paciente: Wagner Cruz de Sousa  
 Enfermeiro(a): Jaciara Lorena Gomes da Silva Estagiário Enfermagem

Evolução MT

• Diagnóstico: Pré clavicular

especialidade: Cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado;
2. Respiratório: Eupneico em ar ambiente;
3. Cardiovascular: Normocardio;
4. Digestivo: Zero; *após 22hs*
5. Renal: Diurese espontânea;
6. Tegumentar: Pele íntegra;
7. Dispositivos: CVP;
8. Antimicrobianos: Sem cobertura;

*Rayan abrank*

*454350*

*PR*

Condutas/Intercorências

Paciente segue sem queixas no período.

Jaciara Lorena Gomes da Silva /

*Rayan abrank*

*454350*

*PR*

UNICLINIC  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL

*[Handwritten signature]*

✓



## Pré-criação Eletrônica Paciente



1639019

|              |                      |
|--------------|----------------------|
| Paciente     | Wagner Cruz de Sousa |
| Data Nascto  | 01/05/1981           |
| Data Entrada | 19/09/2017 15:38:17  |

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| Atendimento  | 1.318.610           |
| Convênio     | ISSEC / ENFERMARIA  |
| Data Prescr. | 21/09/2017 12:00:00 |

Prontuário 151.176

405-1

Médico Resp Dr. Anselmo Martins de Araujo Filho (CRM 9477)

| Dietas                    | Dose | Intervalo | Observação | Descrição Técnica |
|---------------------------|------|-----------|------------|-------------------|
| Zero                      |      |           |            |                   |
| <b>Medicamentos</b>       |      |           |            |                   |
| 1 Profenid 100mg Po Fa Ev |      |           |            |                   |

## Medicamentos

1 Profenid 100mg Po Fa Ev

SEPARAR 1 FA EM 100ML

2 Tramal 50mg Amp 1ml Ev

SEPARAR 1 AMP EM 100ML DE SF

## Recomendações

SSW+CCGG

CONFIDENTIAL  
COMINT  
ORIGINAL  
SND

Dr. Victor Monte Tenório  
Cirurgia de Quadril e Joelho  
CRM CE 11967 TEOT 13504

35 7270 Geo. Wash.



Data: 12/4/11

[illegible]





OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 21/09/17 POSTO: 4 LEITO: 205-1

NOME: Wagner Cruz da Sousa CONVÊNIO: base

|                                            |                             |             |  |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------|--|
| TURNO:                                     |                             | AC. VENOSO: |  |
| CVP ( ) Local                              | CVC ( ) Local ( ) Dissecção |             |  |
| RESPIRAÇÃO:                                |                             |             |  |
| ( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi | %                           |             |  |
| ( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100%       | Spo <sup>2</sup> :          | %           |  |
| DIETA:                                     |                             |             |  |
| ( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT     |                             |             |  |
| ( ) Zero Para:                             |                             |             |  |

|                                            |                             |             |  |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-------------|--|
| TURNO:                                     |                             | AC. VENOSO: |  |
| CVP ( ) Local                              | CVC ( ) Local ( ) Dissecção |             |  |
| RESPIRAÇÃO:                                |                             |             |  |
| ( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi | %                           |             |  |
| ( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100%       | Spo <sup>2</sup> :          | %           |  |
| DIETA:                                     |                             |             |  |
| ( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT     |                             |             |  |
| ( ) Zero Para:                             | anergia                     |             |  |

Observações:

*[Handwritten signature and stamp: COZELINHA ORFEBRE 03]*

Observações:

*AS 07:25 Paciente encaminhado para CC*

*AS 08:30 Pac. na SPD*

*AS 09:55 h. Encaminhado ao laboratório para encaminhado ao laboratório*

*AS 10:05 Paciente internado no CC*

*[Stamp: Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria de Enfermagem, 21/09/2017 10:05]*

## Evolução Paciente

|               |                      |         |             |                     |             |
|---------------|----------------------|---------|-------------|---------------------|-------------|
| Paciente      | Wagner Cruz de Sousa |         | Atendimento | 1.318.610           |             |
| Data Nascto.  | 01/05/1981           | 36 Anos | Prontuário  | 151.176             |             |
| Sexo          | Masculino            |         | Dt. Entrada | 19/09/2017 15:38:17 |             |
| Telefone      | 32132654             |         | Convênio    | ISSEC ENFERMARIA    |             |
| Leito         | 405-1                |         |             |                     |             |
| Data evolução | 21/09/2017           | Função  | Enfermeiro  | Tipo evolução       | Evolução    |
|               |                      |         |             | Especialidade       |             |
|               |                      |         |             | Usuário             | Código prof |
|               |                      |         |             | Luiza Jamila        | COREN       |
|               |                      |         |             | Silva da            | 380847      |
|               |                      |         |             | Costa               |             |

Paciente: Wagner Cruz de Sousa  
Enfermeiro(a): Luiza Jamila Silva da Costa Enfermeira

Evolução M

- Diagnóstico: Pré-op. de fratura em clavícula.
- Especialidade: Cirurgico

Exame físico

1. Neuro: Consciente, orientado;
2. Respiratório: Eupneico em ar ambiente;
3. Cardiovascular: Normocardio;
4. Digestivo: Zero;
5. Renal: Diurese espontanea;
6. Tegumentar: Pele íntegra;
7. Dispositivos: CVP;
8. Antimicrobianos: Sem cobertura;

Condutas/Intercorências

Paciente segue sem queixas no período, às 04:05 hs - encaminhado ao CC.

*Luiza Jamila Silva da Costa*  
Enfª Luiza Jamila Silva da Costa  
COREN - CE 380847

Às 10:05 hs. retorna ao leito após curativo - se o procedimento cirúrgico, sob queimadura residual - Mantém curativo íntegro em PD.

*Luiza Jamila Silva da Costa*  
Enfª Luiza Jamila Silva da Costa  
COREN - CE 380847

UNICLINIC  
NÃO FERE COM O  
ORIGINAL





**issec**  
INSTITUTO DE SAÚDE E SEGURANÇA  
DO ESTADO DO CEARÁ



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria de Planejamento e Gestão

### LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- |                                                      |                                                                     |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI               | <input type="checkbox"/> VACINA ANTI Rh                             |
| <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO DE INTERNAMENTO | <input type="checkbox"/> HEMODIÁLISE E DIÁLISE PERITONEAL           |
| <input type="checkbox"/> HEMODINÂMICA                | <input type="checkbox"/> HEMOTERAPIA                                |
| <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES         | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL              |
| <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA                | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS QUE NÃO CONSTEM NO BRASÍNDICE |
| <input type="checkbox"/> EXAMES ESPECIALIZADOS _____ |                                                                     |
| <input type="checkbox"/> OUTROS _____                |                                                                     |

### DADOS GERAIS:

HOSPITAL UNICLINIC  
 PACIENTE Wagner Luiz de Sousa  
 N.º GIH \_\_\_\_\_ CARTÃO ISSEC \_\_\_\_\_  
 MÉDICO SOLICITANTE \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_  
 PRESTADOR EXECUTANTE \_\_\_\_\_

### JUSTIFICATIVA

*Ex de conta 2  
 fnt de conta 2*

Dr. Victor Monte Tenório  
 Cirurgia de Quadril e Joelho  
 CRM CE 11967 TEST 13604

UNICLINIC  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL

DATA 02/07

Carimbo e Assinatura do Médico Solicitante







## FICHA DE ANESTESIA

|                                                                                                                             |              |                                               |                       |               |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|-----------------------|---------------|---------------------|
| <b>NOME DO PACIENTE:</b> Wagner Luiz de Sousa                                                                               |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>AP/ENF:</b>                                                                                                              |              | <b>LEITO:</b>                                 | <b>CONVÊNIO:</b> Ipec |               |                     |
| <b>CIRURGIÃO:</b>                                                                                                           |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>IDADE:</b>                                                                                                               | <b>PESO:</b> | <b>ALTURA:</b>                                | <b>SEXO:</b>          | <b>PULSO:</b> | <b>RESPIRAÇÃO:</b>  |
| <b>PA:</b>                                                                                                                  |              | <b>TIPO SANGÜÍNEO:</b>                        | <b>HEMACIAS:</b>      |               | <b>HEMOGLOBINA:</b> |
| <b>HEMATÓCRITO:</b>                                                                                                         |              | <b>GLICEMIA:</b>                              |                       | <b>URÉIA:</b> |                     |
| <b>AP. RESPIRATÓRIO:</b> Supnética                                                                                          |              |                                               | <b>ASMA:</b>          |               | <b>BONQUITE:</b>    |
| <b>AP. CIRCULATORIO:</b> Bel 2T                                                                                             |              |                                               | <b>ECG:</b>           |               |                     |
| <b>AP. DIGESTIVO:</b> ndh                                                                                                   |              |                                               | <b>DENTES:</b>        |               | <b>PESCOÇO:</b>     |
| <b>AP. URINÁRIO:</b> ndh                                                                                                    |              |                                               | <b>URINA:</b>         |               |                     |
| <b>ALERGIAS:</b> Nega ASA I<br>S comorbidades                                                                               |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:</b>                                                                                          |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>ANESTESIAS ANTERIORES:</b> naga                                                                                          |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:</b>                                                                                            |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>PAM:</b>                                                                                                                 |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>HORÁRIO:</b> 8:30 - 8:30                                                                                                 |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>Agente Anestésico:</b>                                                                                                   |              |                                               |                       |               |                     |
|                                                                                                                             |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>Líquidos: (soros, hemoderivados etc.)</b>                                                                                |              |                                               |                       |               |                     |
|                                                                                                                             |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>PULSO</b><br>▲▼<br><b>TZMP.</b><br>-ooo-<br><b>PVC</b><br>▼<br><b>PA</b><br>♥<br><b>ANEST.</b><br>XXXX<br><b>OP</b><br>→ |              | SF EF<br>                                     |                       |               |                     |
| <b>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</b>                                                                                                 |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>POSIÇÃO:</b> DDU                                                                                                         |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>AGENTE:</b>                                                                                                              |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>TÉCNICA:</b> Bloq plexo intercostal + sedação                                                                            |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>CIRURGIA:</b> FF de clavícula                                                                                            |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>CIRURGIÕES:</b> Dr. Victor Monte                                                                                         |              | <b>UNICENTRO</b><br><b>CONF. COM ORIGINAL</b> |                       |               |                     |
| <b>ANESTESISTA(S):</b> Dra. Nayara Pimentel                                                                                 |              |                                               |                       |               |                     |
| <b>INTERCORRÊNCIAS:</b>                                                                                                     |              |                                               |                       |               |                     |

**INDUÇÃO**

Satisfatória:      Excitação:  
Tosse:                Lenta:  
Náuseas:            Vômitos:

**MANUTENÇÃO**

- ① Monitorização
- ② Fentanyl 100µg + midazolam 5mg IV
- ③ Bloq plexo Intercostal
- Intervenção cl. stimulox cl 30ml bolus naegim 0,4% x 2bolus cl. infiltracao local cl 8
- ④ Ceazolino 1P Adrenal 8mg Arlepi novo 7g + predenid 100 mg
- ⑤ midazolam 2mg IV

ASK

---

Anestesia Satisfatória: Sim ( ) Não( )  
 Paciente para o leito com cânula:  
 Sim( ) Não( )  
 Perda Sanguínea Aprox.: \_\_\_\_\_ ml  
 Obstrução: \_\_\_\_\_ Co2  
 Náuseas: \_\_\_\_\_  
 Vômitos: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

**Dra. Nayara Pimentel**  
 Anestesiólogista  
 CREMEC 14.193

Assinatura do Anestesiologista/CRM





BOLETIM DE GASTOS COM ANESTESIA

ITENS UTILIZADOS PARA REALIZAÇÃO DA ANESTESIA

| SOLUÇÕES                                                                                                                                                                                                                                            | UNID | QTDE | MEDICAMENTOS                       | UNID | QTDE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------------------------------|------|------|
| Soro Fisiológico 0,9% 100ml                                                                                                                                                                                                                         | unid | 01 ✓ | Adalat Retard 10mg                 | unid |      |
| Soro Fisiológico 0,9% 250ml                                                                                                                                                                                                                         | unid |      | Adrenalina 1mg                     | amp  |      |
| Soro Fisiológico 0,9% 500ml                                                                                                                                                                                                                         | unid | 01 ✓ | Água Bidestilada 20ml              | amp  | 01 ✓ |
| Soro Fisiológico 0,9% 1000ml                                                                                                                                                                                                                        | unid |      | Atropina 0,25mg - 1ml              | amp  |      |
| Soro Glicosilado 0,5% 500ml                                                                                                                                                                                                                         | unid |      | Bextra 40mg                        | amp  |      |
| Soro Glicosilado 5% 500ml                                                                                                                                                                                                                           | unid |      | Bicarbonato de Sódio 10ml 8,4%     | amp  |      |
| Ringer Lactato 500ml                                                                                                                                                                                                                                | unid | 01 ✓ | Clonidin 150mcg                    | amp  |      |
| SANGUE-HEMODERIVADOS                                                                                                                                                                                                                                |      |      | Dexametasona 4mg/ml - 2,5ml        | amp  | 01 ✓ |
| Albumina                                                                                                                                                                                                                                            | unid |      | Diazepam 10mg                      | amp  |      |
| Crio                                                                                                                                                                                                                                                | unid |      | Dimorf 10ml                        | amp  |      |
| Hemácias                                                                                                                                                                                                                                            | unid |      | Dimorf 2ml                         | amp  |      |
| Plaquetas                                                                                                                                                                                                                                           | unid |      | Dimorf SP 0,2mg                    | amp  |      |
| Plasma                                                                                                                                                                                                                                              | unid |      | Dipirona                           | amp  | 02 ✓ |
| MATERIAIS                                                                                                                                                                                                                                           |      |      | Diprosplan                         | amp  |      |
| Abocath n°                                                                                                                                                                                                                                          | unid |      | Dolantina 100mg                    | amp  |      |
| Agulha desc. para raquí n°                                                                                                                                                                                                                          | unid |      | Dopamina 500mg                     | amp  |      |
| Agulha desc. Peridural n°                                                                                                                                                                                                                           | unid |      | Dormonid 15mg                      | amp  | 01 ✓ |
| Cal Sodada                                                                                                                                                                                                                                          | gr   |      | Dormonid 5mg                       | amp  |      |
| Cateter para O <sub>2</sub> Tipo Óculos                                                                                                                                                                                                             | unid | 01 ✓ | Efortil 10mg                       | amp  |      |
| Eletrodos                                                                                                                                                                                                                                           | unid | 05 ✓ | Etomidato 20mg                     | amp  |      |
| Equipo para BIC                                                                                                                                                                                                                                     | unid |      | Fentanil 10ml - 0,50mg             | amp  |      |
| Equipo para soro com injetor lateral                                                                                                                                                                                                                | unid | 01 ✓ | Fentanil 2ml                       | amp  | 01 ✓ |
| Extensor de 20cm                                                                                                                                                                                                                                    | unid | 01 ✓ | Fentanil 5ml                       | amp  |      |
| Extensor de 40cm                                                                                                                                                                                                                                    | unid |      | Glicose 25%                        | amp  |      |
| Extensor de 60cm                                                                                                                                                                                                                                    | unid |      | Glicose 50%                        | amp  |      |
| Extensor de 120cm                                                                                                                                                                                                                                   | unid |      | Halotano                           | ml   |      |
| Perfusor de 120cm                                                                                                                                                                                                                                   | unid |      | Heparina 25.000ui                  | amp  |      |
| Sonda de aspiração Traqueal n°                                                                                                                                                                                                                      | unid | 01 ✓ | Ipsilon 1gr                        | amp  |      |
| Sonda Endotraqueal n°                                                                                                                                                                                                                               | unid |      | Kefazol 1gr                        | amp  | 01 ✓ |
| Terneira Three-Way                                                                                                                                                                                                                                  | unid | 01 ✓ | Keflin 1gr                         | amp  |      |
| OBRIGATORIO JUSTIFICAR                                                                                                                                                                                                                              |      |      | Ketamin 50mg                       | amp  |      |
| Agulha stimuplex                                                                                                                                                                                                                                    | unid | 01 ✓ | Lasix 40mg                         | amp  |      |
| Ciprofloxacino 200mg - 200ml                                                                                                                                                                                                                        | unid |      | Lidocaína 2% c/ vaso - 20ml        | unid | 01 ✓ |
| Ciprofloxacino 400mg - 200ml                                                                                                                                                                                                                        | unid |      | Lidocaína 2% s/ vaso - 20ml        | unid |      |
| Flagyl 500mg - 100ml                                                                                                                                                                                                                                | unid |      | Narcan 0,4mg                       | amp  |      |
| Ipsilon 4gr                                                                                                                                                                                                                                         | amp  |      | Neocaína 0,5% c/ Epinefrina - 20ml | amp  |      |
| Kit PAM (transdutor de pressão)                                                                                                                                                                                                                     | unid |      | Neocaína 0,5% s/ Vasocons - 20ml   | amp  |      |
| Lanexat 0,5mg                                                                                                                                                                                                                                       | amp  |      | Neocaína Isobárica 0,5%            | amp  |      |
| Naropin 10mg/ml                                                                                                                                                                                                                                     | amp  | 01 ✓ | Neocaína Pesada 0,5%               | amp  |      |
| Naropin 7,5mg/ml                                                                                                                                                                                                                                    | amp  |      | Omeprazol 40mg                     | amp  |      |
| Nausedron 4mg - 2ml                                                                                                                                                                                                                                 | amp  |      | Plamet 5mg/ml                      | amp  |      |
| Nimbium 10mg                                                                                                                                                                                                                                        | amp  |      | Plasil 5mg                         | amp  | 01 ✓ |
| Pantozol 40mg                                                                                                                                                                                                                                       | amp  |      | Profenid 100mg EV                  | amp  |      |
| Propofol 1% - 20ml                                                                                                                                                                                                                                  | amp  |      | Prostigmine 0,5mg                  | amp  |      |
| Rocefin 1gr                                                                                                                                                                                                                                         | amp  |      | Quelicim 100mg                     | amp  |      |
| Sensor Bis                                                                                                                                                                                                                                          | unid |      | Ranitidina                         | amp  |      |
| Sevorane                                                                                                                                                                                                                                            | ml   |      | Rapifen 25mg                       | amp  |      |
| Sonda Endotraqueal Aramada n°                                                                                                                                                                                                                       | unid |      | Rocuron 50mg - 5ml                 | amp  |      |
| Sonda Nasogástrica                                                                                                                                                                                                                                  | unid |      | Solu-cortef 100mg                  | unid |      |
| Tubo Carlens                                                                                                                                                                                                                                        | unid |      | Solu-cortef 500mg                  | unid |      |
| Tubo Polar                                                                                                                                                                                                                                          | unid |      | Sufenta 1ml                        | amp  |      |
| Ultiva 2mg                                                                                                                                                                                                                                          | amp  |      | Sufenta 2ml                        | amp  |      |
| Vancomicina 500mg                                                                                                                                                                                                                                   | amp  |      | Superan 50mg - 2ml                 | amp  |      |
| <p>JUSTIFICATIVA MÉDICA:</p> <p><i>Naropin e stimuplex p/ soro</i></p> <p><i>slavo</i></p> <p>UNICLINIC<br/>CONFERE COM O ORIGINAL</p> <p>Dra. Nayara L. Pimentel<br/>Anestesiologista<br/>CREMEC 14.193</p> <p>ASSINATURA DO ANESTESISTA - CRM</p> |      |      | Tramal 100mg                       | amp  |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Tramal 50mg                        | amp  |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Transamin 50mg                     | amp  |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Vitamina K                         | amp  |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | APARELHOS                          |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Bomba de infusão                   | hora |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Bomba de Seringa                   | hora |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Capnógrafo                         | hora |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Cardioscópio (ECG)                 | hora |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Monitor (PNI)                      | hora | 1h ✓ |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Oxímetro                           | hora |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | GASES                              |      |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Ar comprimido                      | hora |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Óxido nítrico                      | hora | 1h ✓ |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |      |      | Oxigênio                           | hora |      |



Nome do Paciente: Wagner Luiz de Souza At: WMC  
Data: 10/11/17 Leito: 01 Convênio: WMC  
Início: 07:30 Término: 08:30

*Tratamento cirúrgico praticado clinicado D - enxerto*

| MATERIAIS                   | UNID | QTDE | NOME                     | UNID  | QTDE | NOME                | UNID | QTDE |
|-----------------------------|------|------|--------------------------|-------|------|---------------------|------|------|
| Abbocath N°                 | unid |      | Latex                    | unid  | 01   | Fio Ethibond N°     | unid |      |
| Adaptador p/Soro            | unid | 01   | Lâmina de Bisturi N° 21  | unid  | 01   | Fio Ethibond N°     | unid |      |
| Água Destilada 20ml         | unid |      | Lâmina de Bisturi N° 15  | unid  | 01   | Fio de Aço N°       | unid |      |
| Água Destilada 1000ml       | unid |      | Lâmina de Tricotomizador | unid  |      | Fio de Kirschner N° | unid |      |
| Água Destilada de 500ml     | unid |      | Liga Clips N°            | unid  |      | Fio de Steinmann N° | unid |      |
| Agulha 13x4,5               | unid |      | Luva 6,5                 | unid  |      | Catgut Simples N°   | unid |      |
| Agulha 13x5                 | unid |      | Luva 7,0                 | unid  | 03   | Catgut Cromado N°   | unid |      |
| Agulha 25x7                 | unid |      | Luva 7,5                 | unid  | 03   | Caprofil            | unid |      |
| Agulha 30x8,0               | unid | 01   | Luva 8,0                 | unid  |      | Caprofil            | unid |      |
| Agulha 40x12                | unid | 04   | Luva 8,5                 | unid  |      | Monocryl            | unid |      |
| Algodão Hidrófilo           | gr   | 20   | Máscara                  | unid  | 01   | Monocryl            | unid |      |
| Algodão Ortopédico          | 10cm |      | Malha Tubular N°         | cm    |      | Mononylon 2.0       | unid |      |
| Algodão Ortopédico          | 15cm |      | Micropore 2,5 cm         | cm    |      | Mononylon 3.0       | unid |      |
| Algodão Ortopédico          | 20cm |      | Micropore 5,0 cm         | cm    | 100  | Mononylon 4.0       | unid |      |
| Algodão Ortopédico          | 30cm |      | Propés                   | pares | 06   | Mononylon 5.0       | unid |      |
| Atadura de Crepon           | 6cm  |      | Placa Descartável        | unid  | 01   | Mononylon 6.0       | unid |      |
| Atadura de Crepon           | 10cm |      | Raio X de Controle       | unid  |      | Mononylon duplo     | unid |      |
| Atadura de Crepon           | 15cm | 02   | Seringa 01 cc            | unid  |      | Vicryl Rapid        | unid |      |
| Atadura de Crepon           | 20cm |      | Seringa 03cc             | unid  |      | Tela de marlex      | unid |      |
| Atadura de Crepon           | 25cm |      | Seringa 05cc             | unid  |      | Polycot N°          | unid |      |
| Atadura de Crepon           | 30cm |      | Seringa 10cc             | unid  | 03   | Polycot N°          | unid |      |
| Atadura de Gesso            | 10cm |      | Seringa 20cc             | unid  | 02   | Prolene N°          | unid |      |
| Atadura de Gesso            | 15cm |      | Seringa 60cc             | unid  |      | Prolene N°          | unid |      |
| Atadura de Gesso            | 20cm |      | Sonda Dormia             | unid  |      | Seda N°             | unid |      |
| Avental Descartável         | unid |      | Sonda de Folley N°       | unid  |      | Seda N°             | unid |      |
| Azul de Metileno            | unid |      | Sonda de Asp Traq N°     | unid  |      | Vicryl Plus         | unid |      |
| Bolsa de Colostomia         | unid |      | S.F 0,9% 100 ml          | unid  | 01   | Vicryl 0            | unid |      |
| Bolsa de Karaia             | unid |      | S.F 0,9% 250 ml          | unid  |      | Vicryl 1            | unid |      |
| Capa Laparoscópica          | unid |      | S.F 0,9% 500 ml          | unid  |      | Vicryl 1.0          | unid |      |
| Capa Microscópio            | unid |      | S.F 0,9% 1000 ml         | unid  |      | Vicryl 2            | unid |      |
| Cateter Duplo J             | unid |      | Surgicel                 | unid  |      | Vicryl 2.0          | unid |      |
| Campo Impermeável Descar    | unid | 01   | Talafix tipo:            | unid  |      | Vicryl 3.0          | unid |      |
| Caneta de Bisturi           | unid | 01   | Tala Gessada             | unid  |      | Vicryl 4.0          | unid |      |
| Cera para Osso              | unid |      | Tipóia Descartável       | unid  |      | Vicryl 5.0          | unid |      |
| Compressa Grande            | unid | 15   | Tree Way                 | unid  |      | Ominipaque          | Fr   |      |
| Clorexidina Degermante      | ml   | 200  | Trocater N°              | unid  |      | Co2                 | Dur  |      |
| Clorexidina Alcoólica       | ml   | 200  |                          |       |      | Nitrogênio          | Dur  |      |
| Clorexidina Aquosa          | ml   |      | TAXAS                    |       |      |                     |      |      |
| Cotonóide                   | unid |      | Aspirador                |       |      |                     |      |      |
| Coletor de Urina Sist. Fech | unid |      | Bisturi Elétrico         |       |      | MATERIAL FORNECEDOR |      |      |
| Depo Medrol                 | unid |      | Trépano Elétrico         |       |      | Pneumad             |      |      |
| Dreno Penrose N°            | unid |      | Tx. de Microscópio       |       |      | 01 Placa 1/3 tubula |      |      |
| Dreno Portovac N°           | unid |      | Tx. de Videocirurgia     |       |      | 35                  |      |      |
| Dreno de Toráx N°           | unid |      | Tx. Intensif. de Imagem  |       |      | 06 unids            |      |      |
| Equipo                      | unid |      | Tx. Ureterorreno         |       |      |                     |      |      |
| Esparadrapo                 | cm   | 60   | Tx. Ureterotripsor       |       |      |                     |      |      |
| Éter                        | ml   | 40   | OUTROS                   |       |      |                     |      |      |
| Extensor de 20cm            | unid |      | Coletor de Mucosidade    | unid  |      |                     |      |      |
| Faixa de Smarch             | unid |      | Cateter Single Lumen     | unid  |      |                     |      |      |
| Formol                      | ml   |      | Cateter Duplo Lumen      | unid  |      |                     |      |      |
| Fio Guia Hidrofílico        | unid |      | Cateter de Hemodialise   | unid  |      |                     |      |      |
| Fita Cardíaca               | unid |      | Heparina                 | unid  |      |                     |      |      |
| Gaze 7,5x7,7                | unid | 60   | Xilocaína                | unid  |      |                     |      |      |
| Gaze Acolchoada             | unid |      | Xilocaína Gel            | gr    |      |                     |      |      |
| Esteranios 2%               | ml   |      | Naropin mg               | unid  |      |                     |      |      |
| Gel Foan                    | unid |      | Diprospar                | unid  |      |                     |      |      |
| Gorro                       | unid | 06   | Kollagenase              | gr    |      |                     |      |      |
| Intracath N°                | unid |      | Adrenalina               | unid  |      |                     |      |      |
|                             |      |      | Oximetazolina            | Fr    |      |                     |      |      |

CIRURGIÃO: Dr. Victor Monte  
Anestesista: Dr. Naysara  
Aux 1:

Aux 2:  
Aux 3:

INSTRUMENTADOR: lemo  
CIRCULANTE: lemo



Paciente: Wagner Cruz de Souza Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_ Grupo Sang.: \_\_\_\_\_ Fator RH: \_\_\_\_\_ Data: 21.09.17 Hora: \_\_\_\_\_

**PRÉ-OPERATÓRIO**

Hipertensão (✓) Cardiopatias (✓) Diabetes (✓) Doenças Resp. (✓) Alergia (N) Outros (N)

Quais: \_\_\_\_\_

Faz uso de medicações? Sim ( ) Não (✓)

Quais? \_\_\_\_\_

Peso: 88 Kg: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ cm: \_\_\_\_\_ Cirurgia anterior: Sim ( ) Não (✓)

Qual? \_\_\_\_\_

Anestesia anterior: Sim ( ) Não (✓)

Tipo? \_\_\_\_\_

Próteses: Sim ( ) Não (✓) Fumante: Sim ( ) Não (✓)

Cirurgia proposta: clavícula direita Médico: João Ricardo

Sinais vitais: T= \_\_\_\_\_ °C: \_\_\_\_\_ P= \_\_\_\_\_ bpm: \_\_\_\_\_ R= \_\_\_\_\_ mpm: \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ mmhg: \_\_\_\_\_

**TRANS-OPERATÓRIO**

Cirurgia realizada: vide gesto. PA: \_\_\_\_\_ mmhg: \_\_\_\_\_

Tipo an. estésico: Melexin Tempo cirúrgico: Início: 07:30 Término: 08:15

Medicações utilizadas: Fiorenid, Ketazol

Peça cirúrgica / corpo estranho: \_\_\_\_\_ Destino: \_\_\_\_\_

Exames durante o trans-operatório: RX ( ) ECG ( ) Laboratório ( ) US ( )

Realizado contagem de compressas: Sim (✓) Não ( )

Instrumentador(a): Bonina Circulante: Guilherme

Paciente encaminhado para: SR (✓) UTI ( ) Posto (✓)

**COM:**

- |                        |                            |                               |
|------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| ( ) Sonda nasogástrica | ( ) Tubo endotraqueal      | (✓) Cateter venoso periférico |
| ( ) Sonda vesical      | ( ) Cateter venoso central | ( ) Curativo                  |
| ( ) Traqueostomia      | ( ) Tampão                 | ( ) Dreno                     |
| ( ) Tala               |                            |                               |

Intercorrências: \_\_\_\_\_

**POS-OPERATÓRIO**

Encaminhado: \_\_\_\_\_ hs: \_\_\_\_\_ Enfermagem: \_\_\_\_\_

UNICLINIC  
CONFERE COM  
ORIGINAL



## CEARAMED DISTRIBUIDORA DE IMPLANTES ESPECIALIZADOS LTDA.

Av. Dom Luiz, 609 salas 305/306/307 Aldeota CEP 60.160-230 Fortaleza/CE

CNPJ- 03.349.368/0001-58 CGF- 06.202.423-0 Insc.municipal 211.365-1

e-mail: cearamed@oriontelecom.com.br

Fones: (85) 3268.3597 Fax: (85) 3261.9456



|           |                      |               |                   |
|-----------|----------------------|---------------|-------------------|
| Paciente: | Wagner Luiz de Sousa | Data:         | 21/09/17          |
| Hospital: | Uniclínica           | Prontuário:   | 151.176           |
| Convênio: | TSSEP                | Aih:          |                   |
| Médico:   | Dr. Victor Monte     | Procedimento: | Fratura do Plavio |

| Quant. | Descrição Material                         | Descrição Material            | Quant. |
|--------|--------------------------------------------|-------------------------------|--------|
|        | PLACA P/ OSTEOTOMIA ABERTA DE TIBIA        | PARAF. TRANSV. BIO ABSORVÍVEL |        |
|        | PLACA BLOQ. UMERAL DIST. / PROX. / CLAVÍC. | PARAF. INTERF. BIO ABSORVÍVEL |        |
|        | PLACA BLOQ. 3,5                            | PARAF. DE MINI CANULADO       |        |
|        | PLACA BLOQ. 4,5                            | PARAF. ESPONJOSO              |        |
|        | PLACA BLOQ. DE RECONST. 3,5                | PARAF. CORTICAL 3,5           | 06     |
|        | PLACA BLOQ. DE RECONST. 4,5                | PARAF. CANULADO               |        |
|        | PLACA BLOQ. OLÉCRANO                       | ARRUELA                       |        |
|        | PLACA BLOQ. TÍBIA DISTAL / PROXIMAL        | FIO GUIA CALIBR. DHS/DCS      |        |
|        | PLACA BLOQ. DE A/C EM T e L 4,5            | FIO GUIA ROSQ.P/ HASTE        |        |
|        | PLACA BLOQ. PILÃO TIBIAL                   | FIO KIRSCHNER / STEIMANN      |        |
|        | PLACA BLOQ. 1/3 TUBULAR 3,5                | FIO DE AÇO P/ CERCLAGEM       |        |
|        | PLACA BLOQ. VOLAR FLEXÍVEL                 | ÂNCORA TITÂNIO                |        |
|        | PLACA BLOQ. ANGULADA FÊMUR                 | HASTE FEMORAL (PRÓTESE)       |        |
|        | PLACA BLOQ. DHS/DCS (4,5 / 5,0)            | CABEÇA INTERC. METÁLICA       |        |
|        | PLACA DCP 3,5                              | ACETÁBULO BIPOLAR             |        |
|        | PLACA DCP 4,5                              | ACETÁBULO CIMENTADO           |        |
|        | PARAF. BLOQ. / AUTROSQ. 2,0                | RESTRITOR DE CIMENTO          |        |
|        | PARAF. BLOQ. / AUTROSQ. 2,4 e 2,7          | CENTRALIZADOR DE PRÓTESE      |        |
|        | PARAF. BLOQ. / AUTROSQ. 3,9                | KIT CIMENTAÇÃO A VÁCUO        |        |
|        | PARAF. BLOQ. / AUTROSQ. 4,9                | CIMENTO ORTOPÉDICO            |        |
|        | PARAF. BLOQ. / AUTROSQ. 5,0                | CIMENTO ORTOP. C/ ANTIB.      |        |
|        | PARAF. BLOQ. P/HASTE TÍBIA/FÊMUR 4,5       | STERI-DRAPE (CAMPO PLÁSTICO)  |        |
|        | PARAF. DESLIZANTE DHS/DCS                  | HASTE BLOQUEADA PARA TÍBIA    |        |
|        | PARAF. BLOQ./TAMPÃO PARA DHS/DCS           | HASTE BLOQUEADA PARA FÊMUR    |        |
|        | PARAF. MALEOLAR                            |                               |        |

Médico / Carimbo e Assinatura

FORTALEZA 21/09/17

UNICLINIC  
CONFERE COM O  
ORIGINAL

Func. Responsável

INFORMAÇÕES  
INTERNAS

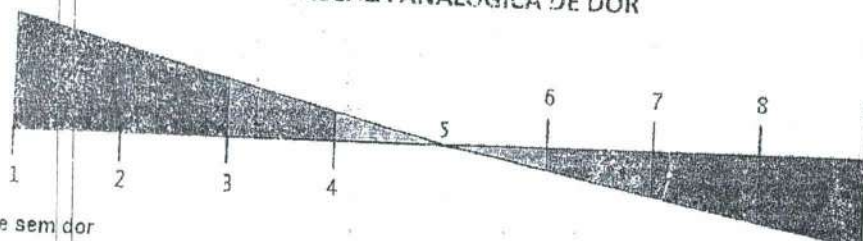
|                 |         |       |     |
|-----------------|---------|-------|-----|
| NOTA FISCAL N°: | EMIÇÃO: | RS:   |     |
| DATA PAGT°:     | CH.     | BCO.: | RS: |
| DATA DEPÓSITO:  | BCO.:   | RS:   |     |
| OUTROS          |         |       |     |



NOME: Wagner Cruz de SousaPRONTUÁRIO: 1511761318610DATA DE NASC.: 01/05/81DATA ADMISSÃO: 04/09/14HORA ADMISSÃO: 08 : 00☐ HAS☐ DM☐ IC☐ AVC PRÉVIO☐ Outras:☐ IRC☐ IRA☐ ARRITMIAS☐ DEMÊNCIA☐ ALERGIAS:

## LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES

## ESCALA ANALÓGICA DE DOR



Quase sem dor

A pior dor da  
minha vidaNA ADMISSÃO: 1APÓS UMA HORA: 1ESCORE NA ALTA: 1

## SUGESTÕES DA ANESTESIA

## ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

| A) ATIVIDADE   |      | P) PRESSÃO          |      | C) CONSCIÊNCIA      |      | R) RESPIRAÇÃO      |      | S) SpO <sub>2</sub> |      |
|----------------|------|---------------------|------|---------------------|------|--------------------|------|---------------------|------|
| CRITÉRIO       | NOTA | CRITÉRIO            | NOTA | CRITÉRIO            | NOTA | CRITÉRIO           | NOTA | CRITÉRIO            | NOTA |
| MOVE 4 MEMBROS | 2    | <20% NÍVEL PRÉ-OP   | 2    | ACORDADO            | 2    | PROFUNDA/ TOSSE    | 2    | >92%                | 2    |
| MOVE 2 MEMBROS | 1    | 20-49% NÍVEL PRÉ-OP | 1    | DESPERTA VERBAL     | 1    | LIMITADA/ DISPNEIA | 1    | 90-92%              | 1    |
| NÃO MOVE       | 0    | >50% NÍVEL PRÉ-OP   | 0    | NÃO DESPERTA VERBAL | 0    | APNEIA             | 0    | <90%                | 0    |

| ADM | 15' | 30' | 45' | 1h | 1h30' | 2h | 2h30' | 3h | 4h | 5h | 6h | 8h | 12h |
|-----|-----|-----|-----|----|-------|----|-------|----|----|----|----|----|-----|
| A   | 2   | 2   | 2   | 2  | 2     |    |       |    |    |    |    |    |     |
| P   | 2   | 2   | 2   | 2  | 2     |    |       |    |    |    |    |    |     |
| C   | 1   | 1   | 1   | 1  | 2     |    |       |    |    |    |    |    |     |
| R   | 1   | 2   | 2   | 2  | 2     |    |       |    |    |    |    |    |     |
| S   | 1   | 1   | 1   | 1  | 2     |    |       |    |    |    |    |    |     |
|     | 7   | 8   | 8   | 9  | 10    |    |       |    |    |    |    |    |     |

## INTERCORRÊNCIAS

- |                                      |                                   |                                   |                                          |                                         |                                      |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO | <input type="checkbox"/> CEFALÉIA | <input type="checkbox"/> TOSSE    | <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO        | <input type="checkbox"/> VAR. GLICEMIAS | <input type="checkbox"/> ANESTESIAS  |
| <input type="checkbox"/> HIPOTENSÃO  | <input type="checkbox"/> TONTURA  | <input type="checkbox"/> SECREÇÃO | <input type="checkbox"/> DELIRIUM        | <input type="checkbox"/> DIST. POTÁSSIO | <input type="checkbox"/> PARESTESIAS |
| <input type="checkbox"/> TAQUICARDIA | <input type="checkbox"/> NÁUSEAS  | <input type="checkbox"/> DISPNEIA | <input type="checkbox"/> ANSIEDADE       | <input type="checkbox"/> DIST. SÓDIO    | <input type="checkbox"/> PARESIS     |
| <input type="checkbox"/> BRADICARDIA | <input type="checkbox"/> VÔMITOS  | <input type="checkbox"/> APNÉIA   | <input type="checkbox"/> CHORO           | <input type="checkbox"/> DIST. CÁLCIO   | <input type="checkbox"/> AMAUROSE    |
| <input type="checkbox"/> PARADA      | <input type="checkbox"/> DOR ABD. | <input type="checkbox"/> RE-IOT   | <input type="checkbox"/> SUICIDABILIDADE | <input type="checkbox"/> DIST. MAGNÉSIO | <input type="checkbox"/> SURDEZ      |

## EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

Wagner Cruz de Sousa  
2015 04/09/14 08:00  
010x0 + 5, 20x5 010x0 010x0

## CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

- |                                      |                                      |                                        |                                        |                                   |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PANTOZOL    | <input type="checkbox"/> DIPIRONA    | <input type="checkbox"/> TRAMAL        | <input type="checkbox"/> PLAMET/PLASIL | <input type="checkbox"/> LORAX    |
| <input type="checkbox"/> CLEXANE     | <input type="checkbox"/> PARACETAMOL | <input type="checkbox"/> MORFINA       | <input type="checkbox"/> DRAMIN B6     | <input type="checkbox"/> RIVOTRIL |
| <input type="checkbox"/> HEPARINA NF | <input type="checkbox"/> PROFENID    | <input type="checkbox"/> OUTRO OPIÓIDE | <input type="checkbox"/> ONDASETRONA   | <input type="checkbox"/> DIAZEPAM |

HORA DA ALTA: 09:55PA: 112 x 61FC: 62 SpO<sub>2</sub>: 96☒ APARTAMENTO☐ UTI☐ RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO)

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA



CONFIDENTIAL





# PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO

NOME: Wagner Luiz de Souza

CONVÊNIO: meu LEITO: 405-1 IDADE:          SEXO: M DATA:         

PROCEDIMENTO REALIZADO: clavícula

**UNICLINIC**  
CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO  
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL: Resposta Isimim

Nº DE PEÇAS: 06 Res RESP. PREPARO: Ogônia

DATA DA ESTERILIZAÇÃO: 20/09/17 Nº DO LOTE: 2508

OBS / CIRURGIÃO: Dr. J. Ricci

**UNICLINIC**  
CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO  
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL: ex: Bódica

Nº DE PEÇAS: 32 Res RESP. PREPARO: Ogônia

DATA DA ESTERILIZAÇÃO: 20/09/17 Nº DO LOTE: 2508

OBS / CIRURGIÃO:         

ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E /OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER ÍNTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.

**UNICLINIC**  
CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO  
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL: Pequeno Normal flt

Nº DE PEÇAS: 1 Resposta Isimim RESP. PREPARO: Ogônia

DATA DA ESTERILIZAÇÃO: 20/09/17 Nº DO LOTE: 2155

OBS / CIRURGIÃO: Consolid - Consignado

ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E /OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER ÍNTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.

**UNICLINIC**  
CONFERE COM O ORIGINAL

**UNICLINIC**  
CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO  
RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR

MATERIAL: Stand Pequeno Normal

Nº DE PEÇAS: 1 Res RESP. PREPARO: Ogônia

DATA DA ESTERILIZAÇÃO: 20/09/17 Nº DO LOTE: 2155

OBS / CIRURGIÃO: Consolid - Consignado

ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E /OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER ÍNTEGRO, SECO, LIMPO E EM ARMAZENAMENTO ADEQUADO.





1639612

405-1

|              |                     |
|--------------|---------------------|
| Atendimento  | 1.318.610           |
| Convênio     | ISSEC / ENFERMARIA  |
| Data Prescr. | 22/09/2017 12:00:00 |

Descrição Técnica

### Descrição Técnica

1000

500 ml

| Dose / Intervalo / Via | Horarios |
|------------------------|----------|
| 1EA 12/12 h IV         |          |

20

1 amp 12/12 h IV

---

1FA 8/8 h IV

D021 02  
SEPARAR 1 FA EM 18 AD  
INICIO:21/09

Intervalo

**Horários**  
**MANTENDO**

## ROUTINA

UNICLINIC  
CONFERE COM  
ORIGINAL

Dr. Charles Samuel M. Dantas  
Traumatologia - Ortopedia  
Artroscopia e Cirurgia do Joelho  
CREMEC 14474 TE01 12676

## Evolução Paciente

|              |                      |         |             |                     |
|--------------|----------------------|---------|-------------|---------------------|
| Paciente     | Wagner Cruz de Sousa |         | Atendimento | 1.318.610           |
| Data Nascto. | 01/05/1981           | 36 Anos | Prontuário  | 151.176             |
| Sexo         | Masculino            |         | Dt. Entrada | 19/09/2017 15:38:17 |
| Telefone     | 32132654             |         | Convênio    | ISSEC ENFERMARIA    |
| Leito        | 405-1                |         |             |                     |

|               |            |               |               |                                       |             |
|---------------|------------|---------------|---------------|---------------------------------------|-------------|
| Data evolução | Função     | Tipo evolução | Especialidade | Usuário                               | Código prof |
| 22/09/2017    | Enfermeiro | Evolução      |               | Ana<br>Carolina<br>Machado<br>Gadelha |             |

**Paciente: Wagner Cruz de Sousa**  
**Enfermeiro(a): ANA CAROLINA MACHADO GADELHA Enfermeira**

**Evolução M**

- Diagnóstico: Pré-op. de fratura em clavícula.
- Especialidade: Cirurgico

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado;
2. Respiratório: Eupneico em ar ambiente;
3. Cardiovascular: Normocardio;
4. Digestivo: V.O;
5. Renal: Diurese espontanea;
6. Tegumentar: Lesão de F.O;
7. Dispositivos: CVP;
8. Antimicrobianos: Kefazol d2;

Condutas/Intercorrencias

Realizado as 9:00 curativo de F.O, ferida limpa e seca, pontos integros e sem sinais de flogose.  
 As 9:15 pte saiu de alta hospitalar.

Ana Carolina M. Gadelha  
 Enfermeira  
 COREN 513702

ANA CAROLINA MACHADO GADELHA

UNIVERSIDADE  
 CONFIRMAÇÃO COM O  
 ORIGINAL





OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Magnum Venaz de Sousa

DATA: 22/09/17 POSTO: 4 LEITO: 405-4

CONVÊNIO: Unice

|                                                    |                                                                 |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| TURNO: <u>PM</u>                                   |                                                                 |
| AC. VENOSO:                                        |                                                                 |
| CVP <u>(+)</u> Local                               | CVC ( ) Local ( ) Dissecção                                     |
| RESPIRAÇÃO:                                        |                                                                 |
| (+) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi _____ % | ( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sub>2</sub> : _____ % |
| DIETA:                                             |                                                                 |
| (+) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT             | ( ) Zero Para: _____                                            |

|                                                    |                                                                 |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| TURNO: _____                                       |                                                                 |
| AC. VENOSO:                                        |                                                                 |
| CVP ( ) Local                                      | CVC ( ) Local ( ) Dissecção                                     |
| RESPIRAÇÃO:                                        |                                                                 |
| ( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi _____ % | ( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo <sub>2</sub> : _____ % |
| DIETA:                                             |                                                                 |
| ( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT             | ( ) Zero Para: _____                                            |

Observações: Ata de 09:15 reunião familiar  
esta reunião de família  
conferenciado por seus familiares  
em

Marques Araújo  
Coord. Enfermagem  
COREN-PA 794.186

Observações:

**UNICLINIC**  
**CONFERE COM O**  
**ORIGINAL**

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_



[illegible]





NOME DO PACIENTE:

Wagner Luiz

CREDENCIAMENTO:

ENF. / APTO:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

13/09/07 - Fratura clavícula D. Nega compressão e abgao.  
Futura do Hb. negativo e Hto.

Dr. Anselmo Martins  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1477 0971 1421

2007 Atend. antes  
Cirurgia

João Ricardo A. de Alencar  
Trauma  
CRM 5244

2109 H. Trauma físico  
a fim de pH e pH de dia

Dr. Victor Monte Teófilo  
Cirurgia de Quadris e Joelhas  
CRMCE 11967 TEOT 13604

UNICLINIC  
CONFERE COM O  
ORIGINAL

21 / 9 / 07  
SR  
Cirurgia  
2109 H. Trauma físico  
a fim de pH e pH de dia  
17 / 09 / 07  
CA. A. J. de J.  
Cirurgia

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

22/09  
20/7

1º DPC FURTO 90  
Lun. 600 F. 1000  
alunos 60  
ADL SLTS 1000 1000

Dr. Charles Samuel M. Dantas  
Traumatologia Ortopedia  
Antropologia e Criminalística  
CREMEC 1444-TEU

UNICLINIC  
CONFERE COM O  
ORIGINAL





Fortaleza, 20/12/17

## PROTOCOLO DE RECEBIMENTO.

Informo que nesta data, recebemos a documentação referente ao benefício de seguro de vida do Segurado: Wagner Cruz de SousaEntregue pelo Sr(a): João Batista

Obs: Enviaremos a documentação inicial à seguradora e a mesma poderá solicitar novos documentos.

RECEBIDO  
DATA 20/12/17  
BR Insurance Corretora de Seguros S/A



# PAN Seguros

Seguro, você vai mais longe.



## AVISO DE SINISTRO INVALIDEZ POR ACIDENTE

### DADOS DO SEGURADO

|                                                                      |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| NOME DA EMPRESA (SOMENTE QUANDO O SEGURO FOR FEITO PELA EMPRESA)     |                       | DATA ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | APÓLICE            |
| NOME<br>WAGNER CRUZ DE SOUSA                                         |                       | 04/08/2003                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |
| ENDEREÇO<br>Rua Vera Cruz, 2393                                      |                       | CPF<br>616.453.113-68                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | DATA DE NASCIMENTO |
| BAIRRO<br>Potirã                                                     | CIDADE<br>Caucaia     | UF<br>CE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CEP<br>61650240    |
| PROFISSÃO<br>Policia militar                                         | FAIXA DE RENDA MENSAL | TELEFONE<br>(85) 9 8651 4680                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                    |
| SEGURADO ERA APOSENTADO?                                             | DESDE QUANDO?         | QUAL O MOTIVO?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |
| <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |                       | <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> DE R\$ 5.000,01 A R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00<br><input type="checkbox"/> TEMPO DE SERVIÇO <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR DOENÇA <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR ACIDENTE <input type="checkbox"/> POR IDADE |                    |
| MENCIONE OUTRAS SEGURADORAS COM AS QUAIS POSSUI SEGUROS<br>Upvat     |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |

### DADOS DO SINISTRADO

|                                                                                                                                                                                       |        |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------|
| NOME                                                                                                                                                                                  |        | CPF                |
| ENDEREÇO                                                                                                                                                                              |        | DATA DE NASCIMENTO |
| BAIRRO                                                                                                                                                                                | CIDADE | UF                 |
| PROFISSÃO                                                                                                                                                                             | CEP    | TELEFONE           |
| FAIXA DE RENDA MENSAL                                                                                                                                                                 |        |                    |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> DE R\$ 5.000,01 A R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |        |                    |
| CASO O EVENTO NÃO TENHA OCORRIDO COM O SEGURADO TITULAR, IDENTIFICAR O SINISTRADO (PARA OS CASOS DE SEGURO FAMILIAR)                                                                  |        |                    |
| <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO <input type="checkbox"/> FILHOS <input type="checkbox"/> PAIS                                                   |        |                    |

### DADOS BANCÁRIOS

|                           |                    |                   |                                                                                            |             |
|---------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| NOME DO BANCO<br>Bradesco | Nº DO BANCO<br>237 | AGÊNCIA<br>0683-1 | CONTA CORRENTE <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA <input type="checkbox"/> | DÍGITO<br>1 |
|---------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|

### INFORMAÇÃO SOBRE O ACIDENTE

|                                                                                                                                                                 |                                          |                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| QUANDO OCORREU O ACIDENTE?<br>18/09/2017                                                                                                                        | ONDE OCORREU O ACIDENTE?<br>Fortaleza-CE | O ACIDENTE FOI REGISTRADO? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO - POR MEIO DE:                                         |
| DESCREVA DETALHADAMENTE COMO OCORREU O ACIDENTE:<br>Acidente de trânsito, queda de moto e socorrido ao hospital Central de Fortaleza. Deixou ferimento no ombro |                                          | <input type="checkbox"/> COMUNICADO DE ACIDENTE DO TRABALHO <input type="checkbox"/> BOLETIM DE OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS: |

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO PERGENTINO MAIA - 3º OFÍCIO DE NOTAS E 1º RTDPJ  
TABELIÃO: ROBERTO FIUZA MAIA - CNPJ: 06.572.994/0001-05  
AV. Pe. Antonio Tomás, N° 920 - Aldeota - CEP: 60.140-160 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3304-9444 - E-mail: tabeliao@cartoriomaia.com.br

Reconheço POR AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de  
[LCP91NT] -- WAGNER CRUZ DE SOUSA

Dou fé. Us. 086

Fortaleza-CE, 04 de Dezembro de 2017.

Em testemunho da verdade

Fabrizio Goulart de Aquino / Maria Marly Mota Ribeiro

Antonio Alexandre Paiva de Oliveira / Claudia Carneiro da Silva

Selo: - Valor: R\$ 4,15

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.



01-07 - Registro SUSEP: 665-3

Avenida Paulista, 1374 - 11º andar - São Paulo - SP - 01310-100 - www.panseguros.com.br



Seguro, você vai mais longe.

04/12/17 Fast. card. Andrade de Ale.  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

**NOTA**

- a) A ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO AGILIZA A ANÁLISE DO PROCESSO  
b) CASO HAJA NECESSIDADE, OUTROS DOCUMENTOS PODERÃO SER SOLICITADOS PELA SEGURADORA  
c) SE O SEGURADO NÃO POSSUIR CONTA EM SEU NOME, É PRECISO PREENCHIMENTO DE TERMO (DOCUMENTO DISPONÍVEL NO SITE [WWW.PANSEGUROS.COM.BR](http://WWW.PANSEGUROS.COM.BR))

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

Dr. João Ricardo Andrade  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5244  
CPF: 423.888.408-6

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO PERGENTINO MAIA - 3º OFÍCIO DE NOTAS E 1º RTDPJ  
TABELIAO: ROBERTO FIUZA MAIA - CNPJ: 06.572.994/0001-05  
AV. Pe Antonio Tomás, Nº 920 - Aldeota - CEP: 60.140-160 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3304-9444 - E-mail: tabeliao@cartoriomaia.com.br

Reconheço por SEMELHANCA a(s) firma(s) de:  
[LCP8f19] -- JOAO RICARDO ANDRADE DE ALENCAR

Dou fé. Us: 086  
Fortaleza-CE, 04 de Dezembro de 2017.

Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.   
 Fabricio Goulart de Aquino | Maria Marly Mota Ribeiro  
 Antonio Alexandre Paiva de Oliveira/Claudia Carneiro da Silva  
 Selo: - Valor: R\$ 4,15

**VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE**

Confira os dados do ato em:



PAN Seguros S.A. - CNPJ 33.245.762/0001-07 - Registro SUSEP: 665-3  
Avenida Paulista, 1374 - 11º andar - São Paulo - SP - 01310-100 - [www.panseguros.com.br](http://www.panseguros.com.br)



# PAN Seguros

Seguro, você vai mais longe.

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS – PESSOA FÍSICA

O PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIO É PARTE INTEGRANTE DO PROCESSO DE LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, CONFORME ESTABELECE A CIRCULAR SUSEP 445/2012. O CONTEÚDO PODE SER CONSULTADO NA ÍNTEGRA NO SITE: [WWW.SUSEP.GOV.BR](http://WWW.SUSEP.GOV.BR). DEVE SER ANEXADA A ESTE FORMULÁRIO UMA CÓPIA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.

| DADOS DO SEGURADO               |                   |          |                       |                           |
|---------------------------------|-------------------|----------|-----------------------|---------------------------|
| NOME<br>WAGNER CRUZ DE SOUSA    |                   |          | CPF<br>616.453.113.68 |                           |
| DADOS DO FAVORECIDO             |                   |          |                       |                           |
| NOME<br>Wagner Cruz de Sousa    |                   |          | CPF<br>616.453.113.68 |                           |
| ENDEREÇO<br>Rua Vera Cruz, 2393 |                   |          |                       |                           |
| BARRIO<br>Pôrto                 | CIDADE<br>Caucaia | UF<br>CE | CEP<br>61650240       | TELEFONE<br>(85) 98651468 |

### ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)\*

EM CASO DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO COM PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE, INFORMAR OS DADOS DO PEP.

☐ SIM ☒ NÃO ☐ RELACIONAMENTO PRÓXIMO

| SE RELACIONAMENTO PRÓXIMO, NOME DA PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE | GRAU DE RELACIONAMENTO                                                                                                            | CPF |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|                                                                 | <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> ENTEADO |     |
|                                                                 | <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS:                                                             |     |

\* PEP: SIGLA UTILIZADA PARA SE REFERIR ÀS PESSOAS EXPOSTAS POLITICAMENTE, OU SEJA, PESSOAS QUE OCUPAM OU TENHAM OCUPADO, NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, CARGOS POLÍTICOS OU POSIÇÃO RELEVANTE EM EMPRESAS PÚBLICAS OU PÚBLICO-PRIVADAS, NO BRASIL OU NO EXTERIOR.



FORTALEZA, 04 DE DEZEMBRO 2017 Wagner C. de Sousa Wagner Cruz de Sousa

LOCAL E DATA NOME ASSINATURA

### Fale com a PAN Seguros

| Central de Atendimento                                                                                                              | Serviço de Atendimento ao Consumidor                                                                                                       | Atendimento a Deficientes Auditivos e/ou com dificuldade de Fala | Ouvidoria                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Para consultas e informações sobre apólices e sinistros: 0800-775-9191<br>2ª a 6ª feira, das 8h às 20h e aos sábados, das 8h às 14h | Para reclamações, cancelamentos, sugestões, elogios e informações gerais sobre produtos ou serviços:<br>0800 776 2252<br>Diariamente, 24hs | 0800 776 2253<br>Diariamente, 24hs                               | Se não ficar satisfeito com a solução apresentada pelo SAC, com o número do protocolo em mãos, contate a Ouvidoria:<br>0800 776 2254<br>2ª a 6ª feira, das 9h às 18h. |

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO PERGENTINO MAIA - 3º OFÍCIO DE NOTAS E 1º RTDPJ  
TABELIAO: ROBERTO FIUZA MAIA - CNPJ: 06.572.994/0001-05  
AV. Pe Antonio Tomás, N° 920 - Aldeota - CEP: 60.140-160 - Fortaleza - CE  
Tel: (85) 3304-9444 - E-mail: [tabeliao@cartoriomaia.com.br](mailto:tabeliao@cartoriomaia.com.br)

Reconheço POR AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:  
[LCP91NT]--WAGNER CRUZ DE SOUSA

Dou fé. Us: 086  
Fortaleza-CE, 04 de Dezembro de 2017.  
Em testemunho da verdade.

Fabricio Goulart de Aquino | Maria Mary Mota Ribeiro  
Antonio Alexandre Palva de Oliveira/Claudia Carneiro da Silva  
Selo: - Valor: R\$ 4,15

VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Confira os dados do ato em:  
selodigital.tjce.jus.br/portal



Centro SUSEP: 665-3

[www.panseguros.com.br](http://www.panseguros.com.br)





Recibo de Indenização de Sinistro

Recibo Nº: 2018/1

|                                                                    |                |                                           |                                     |                                                   |                  |            |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------|------------|
| Apólice / Endosso<br>1098200007019 / 6                             |                | Ramo<br>82 - ACIDENTES PESSOAIS COLETIVOS |                                     | Grupo de Pagamento<br>2 - Indenização de Sinistro |                  |            |
| Beneficiário<br>WAGNER CRUZ DE SOUSA                               |                |                                           |                                     | CPF/CNPJ<br>616.453.113-68                        |                  |            |
| Nome do Estipulante<br>PAN ACIDENTES PESSOAIS-LICITAÇÃO-SEPLAG APC |                |                                           |                                     |                                                   |                  |            |
| Corretor<br>BR INSURANCE CORRETORA DE SEGUROS S.A.                 |                |                                           |                                     |                                                   |                  |            |
| Data de Previsão de Pagamento<br>05/02/2018                        |                |                                           | Data da Ocorrência<br>18/09/2017    |                                                   |                  |            |
| Valor Total do Recibo<br>3.141,86                                  |                |                                           | Valor Líquido à Receber<br>3.141,86 |                                                   |                  |            |
| Forma de Pagamento<br>3 - TED                                      |                |                                           | Nº Cheque ou Nº Ordem de Pagamento  |                                                   |                  |            |
| Banco<br>237 - Bradesco                                            |                | Agência<br>0683-1                         |                                     | Conta Corrente<br>13420-1                         |                  |            |
| Sinistros                                                          |                |                                           |                                     |                                                   |                  |            |
| Segurado                                                           | CPF/CNPJ       | Nº Sinistro                               | Nº Bilhete                          | Nº Sin. Líder                                     | Nº Certif. Líder | Valor Pago |
| WAGNER CRUZ DE SOUSA                                               | 616.453.113-68 | 1008200011766                             | 6164531136813584311                 |                                                   | 16933            | 2.653,77   |
| WAGNER CRUZ DE SOUSA                                               | 616.453.113-68 | 1009300011736                             | 6164531136813584311                 |                                                   | 64683            | 488,09     |
| Total Página                                                       |                |                                           |                                     |                                                   |                  | 3.141,86   |

## DECLARAÇÃO

Recebi da PAN Seguros S.A, a importância mencionada acima, referente à liquidação total / Parcial de Indenização de Sinistro do segurado acima citado. Com este Recibo, dou plena, total, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação do valor ora recebido da PAN Seguros S.A, para nada mais reclamar com relação a este sinistro, quer em juízo ou fora dele, em qualquer época.