



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022086/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/06/2019 09:58 Data/Hora Fim: 17/06/2019 10:08
 Origem: Polícia Judiciária
 Delegado de Polícia: Ricardo Castelo Rodrigues Casas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 2ª Regional
 Data/Hora do Fato: 24/04/2019 11:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
 Logradouro: RUA DA AMIZADE

Bairro: Bairro Santa Helena

Ponto de Referência: PRÓXIMO A PANIFICADORA PÃO NOSSO
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1095: Auto lesão - Acidente de trânsito

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDA ARAÚJO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 14/07/1980
 Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
 Estado Civil: Casado(a)
 Nome da Mãe: Antonia Araújo da Silva Nome do Pai: José Soares da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 665.463.462-49
 RG - Carteira de Identidade: 345790

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: TRAVESSA COIMBRA
 Bairro: BAHIA VELHA
 Telefone: (68) 99224-6338 (Recado)

Nº: 14

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 665.463.462-49	Placa QLX2612
Renavam 01080207055	Número do Motor G3G2E-010003
Número do Chassi 9C6RG3110G0002704	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor PRETA	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo YAMAHA/YBR150 FACTOR E
Modelo YAMAHA/YBR150 FACTOR E	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 08/03/2016	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA



Delegado de Polícia Civil: Ricardo Castelo Rodrigues Casas
 Impresso por: Francielly Almeida da Silva Moreno
 Data de Impressão: 17/06/2019 10:08
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022086/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Raimunda Araújo da Silva	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA MUNIDA DA DECLARAÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 7/2019, DO PRONTUÁRIO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DE RIO BRANCO Nº DO BR 2634722 E DO PRONTUÁRIO DO SAMU Nº DA OCORRÊNCIA 1904240034, PARA NOTICIAR QUE, ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO (JÁ DESCRITA NESTE BOLETIM), QUANDO BATEU EM UM BURACO, PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU, VINDO A FRATURAR O ANTEBRAÇO ESQUERDO. DIANTE DO EXPOSTO, REGISTRA-SE.

ASSINATURAS

Francielly Moreno
Agente de Polícia Civil
Mat. 9139052

Francielly Almeida da Silva Moreno
Responsável pelo Atendimento

Raimunda Araújo da Silva

Raimunda Araújo da Silva
(Comunicante / Vítima)

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

Ricardo Castelo R. Casas
Delegado de Polícia Civil



Delegado de Polícia Civil: Ricardo Castelo Rodrigues Casas
Impresso por: Francielly Almeida da Silva Moreno
Data de Impressão: 17/06/2019 10:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022086/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/06/2019 09:58 Data/Hora Fim: 17/06/2019 10:08
 Origem: Polícia Judiciária
 Delegado de Polícia: Ricardo Castelo Rodrigues Casas

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 2ª Regional
 Data/Hora do Fato: 24/04/2019 11:00

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
 Logradouro: RUA DA AMIZADE

Bairro: Bairro Santa Helena

Ponto de Referência: PRÓXIMO A PANIFICADORA PÃO NOSSO
 Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RAIMUNDA ARAÚJO DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Feminino Nasc: 14/07/1980
 Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
 Estado Civil: Casado(a)
 Nome da Mãe: Antonia Araújo da Silva

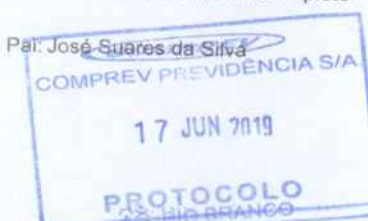
Nome do Pai: José Soares da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 665.463.462-49
 RG - Carteira de Identidade: 345790

Endereço

Município: Rio Branco - AC
 Logradouro: TRAVESSA COIMBRA
 Bairro: BAHIA VELHA
 Telefone: (68) 99224-6338 (Recado)



Nº: 14

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 665.463.462-49	Placa QLX2612
Renavam 01080207055	Número do Motor G3G2E-010003
Número do Chassi 9C6RG3110G0002704	Ano/Modelo Fabricação 2016/2016
Cor PRETA	UF Veículo Acre
Município Veículo Rio Branco	Marca/Modelo YAMAHA/YBR150 FACTOR E
Modelo YAMAHA/YBR150 FACTOR E	Veículo Aduiterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Última Atualização Denatran 08/03/2016	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA



Delegado de Polícia Civil: Ricardo Castelo Rodrigues Casas
 Impresso por: Francielly Almeida da Silva Morano
 Data de Impressão: 17/06/2019 10:08
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 3ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022086/2019

Nome Envolvido

Raimunda Araújo da Silva

Envolvimentos

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA DELEGACIA MUNIDA DA DECLARAÇÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 7/2019, DO PRONTUÁRIO DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DE RIO BRANCO Nº DO BR 2634722 E DO PRONTUÁRIO DO SAMU Nº DA OCORRÊNCIA 1904240034, PARA NOTICIAR QUE, ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO (JÁ DESCRITA NESTE BOLETIM), QUANDO BATEU EM UM BURACO, PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU, VINDO A FRATURAR O ANTEBRAÇO ESQUERDO. DIANTE DO EXPOSTO, REGISTRA-SE.

ASSINATURAS

Francielly Moreno
Agente de Polícia Civil
Mat. 9139052

Francielly Almeida da Silva Moreno
Responsável pelo Atendimento

Raimunda Araújo da Silva

Raimunda Araújo da Silva
(Comunicante / Vítima)

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

Ricardo Castelo R. Casas
Delegado de Polícia Civil



Delegado de Polícia Civil: Ricardo Castelo Rodrigues Casas
Impresso por: Francielly Almeida da Silva Moreno
Data de Impressão: 17/06/2019 10:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Declaração de Acidente de Trânsito Nº99/2019

COMUNICAMOS A V. Sª QUE NESTA DATA COMPARECEU A VÍTIMA ABAIXO IDENTIFICADA DECLARANDO QUE SE ENVOLVEU EM ACIDENTE DE TRÂNSITO.

1. LOCAL/DATA DO ACIDENTE

DATA: 24/04/2019	HORA: 11:00	
LOGRADOURO: RUA DA AMIZADE		
BAIRRO: SANTA MARIA	CIDADE: RIO BRANCO	UF: AC
REFERÊNCIA: PRÓXIMO A PANIFICADORA PÃO NOSSO		

2. IDENTIFICAÇÃO DO VEÍCULO

PLACA: QLX2612	MARCA: YAMAHA	MODELO: YBR FACTOR 150	ESPÉCIE: MOTOCICLO
RENAVAM: 01080207055	CHASSI: 9C6RG3110G0002704	COR: PRETA	UF: AC
PROPRIETÁRIO: RAIMUNDA ARAÚJO DA SILVA		CPF: 665.463.462-49	
ENDEREÇO: TRAV. COIMBRA N 14 BAIRRO: BAHIA VELHA		CIDADE: RIO BRANCO	

3. DADOS DA VÍTIMA

(X) CONDUTOR () PASSAGEIRO () CICLISTA () PEDESTRE				
NOME: RAIMUNDA ARAÚJO DA SILVA		ESTADO CIVIL: CASADA		
SEXO: FEMININO	NASCIMENTO: 14/07/1980	PROFISSÃO: AUTÔNOMA		
CPF: 665.463.462-49	RG: 345790	ORG.: SSP/AC		
NATURALIDADE: RIO BRANCO		NACIONALIDADE: BRASILEIRA		
GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO INCOMPLETO				
REGISTRO DA CNH: 04159583324		CATEGORIA: AB	VALIDADE: 30/04/2019	UF: AC
ENDEREÇO: TRAV COIMBRA N 14 BAIRRO: BAHIA VELHA		CIDADE: RIO BRANCO		

4. NARRATIVA DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÃO DO CONDUTOR

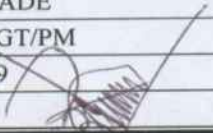
Faço saber que nesta data compareceu a este Batalhão de Policiamento de Trânsito a Sra. RAIMUNDA ARAÚJO DA SILVA, ela relata que no dia, local e horário supramencionados a mesma trafegava na referida motocicleta, quando em dado momento ao passar por um buraco bateu com a motocicleta e perdeu o equilíbrio caindo na via e fraturando o antebraço esquerdo, que foi socorrida por populares que acionaram o SAMU, que a conduziu ao PS de acordo com BE n 2634722.



Raimunda Araújo da Silva

DECLARANTE

5. COMUNICAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

NOME: B ANDRADE	RG: 3491	
POSTO/GRAD: SGT/PM	MATRÍCULA: 9121480-1	OPM: BPTRAN
DATA: 17/06/2019	HORA: 09:30	
ASSINATURA: 		

A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES FALSAS CONSTITUI CRIME.
ENQUADRAMENTO LEGAL – ART. 297 E 299 DO CÓDIGO PENAL.

AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS SÃO DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190525431

Vítima: RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA

Data do Acidente: 24/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de seqüela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Consulta de Veículos na Base Local

Consulta Local por Placa: QLX2612

Situação:

1-EM CIRCULACAO

DADOS DO VEICULO

Placa: QLX2612 Chassi: 9C8RG3110G0002704 Renavam: 01080207055 Remarcado(SIN): N
Município: 00139-RIO BRANCO
Procedência: 1 - NACIONAL Marca/Mod: 009634-YAMAHA/YBR150 FACTOR E
Tipo: 04-MOTOCICLO Espécie: 01-PASSAGEIRO
Categoria: 01-PARTICULAR - Combustível: 16-ALCOOL/GASOL Ano Mod/Fab: 2016 / 2016
Cor: 11-PRETA Cap Passag: 002 Potência: 000 Cilindradas: 0149
Carroceria: 999-NAO APLICA Nº Motor: G3G2E-010003 Nº Câmbio:
Faixa Seguro: 09 Deficiente Físico:
Roubo Furto: N Data da Última Atualização: 08/03/2016 Taxi: NAO Selo Idoso:
Ano Último Licenciamento: 2019

Numero do Lacre: AAC000164003

Número de autorização:

Status do SNG: ALIENACAO FIDUCIARIA - BAIXADA

DADOS DO PROPRIETÁRIO

Nome: RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA CPF/CNPJ: 665.463.462-49
Endereço: RUA DO PASSEIO Nº: 2253 Bairro: TAQUARI
Complemento: Cidade: RIO BRANCO Cep: 69906410
Data Aquisição 0km: 03/03/2016 Valor 0km: 8490,00
Data Transferência: 03/03/2016 Valor: 8490,00 Nº Doc. Aquisição: 085891

PROPRIETÁRIO ANTERIOR

Nome: RECOL MOTORS LTDA CPF/CNPJ: 06.265.737/0001-12
Endereço Anterior: RIO BRANCO UF: AC

DADOS DA DOCUMENTAÇÃO

Data CRV: 08/03/2016 Nº CRV: ***** Data CRLV: 22/04/2019 Nº CRLV: 014398767092

RESTRICÇÕES

03-ALIENACAO FIDUCIARIA

Observações:

Data Limite Rest Tributária: // Doc. Restrição Tributária:

07-BENEFICIO TRIBUTARIO

Nº Restrição:

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Ins. Estadual: 01.004.141/001-46
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série Única

Nº da Nota Fiscal 001165190

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAT/2018	17/05/2018	30	15,74

GABRIELLY BEATRIZ DA SILVA ARAUJO
TV COIMBRA 14 BAHIA VELHA
CPF: 00001482539209
CEP: 69.909-710 - RIO BRANCO

DADOS DA LEITURA		ROT: 9.001.09.13.003200	
Atual:	10438	Anterior:	10/05/2018
Anterior:	10438	Próxima Leitura:	12/04/2018
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissor:	08/06/2018
Consumo Medido:	0	Apresentação:	09/05/2018
Consumo Fatorado:	30		

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Indicador	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7204067		1.1.1.1	68

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
ABR/18 0	CONSUMO 30 A R\$ 0,524783 = 15,74
MAR/18 0	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA 0,10
FEV/18 38	
JAN/18 97	
DEZ/17 273	
NOV/17 0	
OUT/17 0	
SET/17 0	
AGO/17 0	
JUL/17 0	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 30 - 0,513581	

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
COMPREV DE RENDIMENTO S/A
21 NOV 2018
PROTOCOLO
AG. RIO BRANCO

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 25/05/2018, em função das contas realizadas nesta fatura. O não pagamento poderá gerar, também, a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir em conta(s) vencida(s) e já realizadas(s) no valor de R\$ 354,85 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2017 (Lei 12007/09)

LIGUE 0800 647 7196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 7 13 19 25 28

RESERVADO AO FISCO		COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	6,95	Base de Cálculo:		Alíquota ICMS:	
Energia:	5,53	Valor do ICMS:		Valor do PIS:	0,05
Transmissão:	0,18	Valor do COFINS:	0,27		
Encargos:	2,76				
Tributos:	0,32				

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
	DIC	FIC	DMIC	DICRI			
	Plenar	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99
Realizado	0,00		0,00				0,00

Conjunta TANGARA Período de apuração: 03/2018 EUSD: 9,60

ROT: 9.001.09.13.003200

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0304756-3	15,74
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2018	17/05/2018
Nº da Nota Fiscal:	FCAM
001165190	

83630000000 4 15740045000 1 00000000304 6 75630518008 2



CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Emitido conforme Parágrafo Único do art. 123 da Resolução ANEEL 414/2010

Cliente: GABRIELLY BEATRIZ DA SILVA ARAUJO

Endereço: TV COIMBRA, 14 -

N.F.: 4791358

Unidade Consumidora

3047563

Mês Faturado - FD

06/2019 - 0

Vencimento

17/06/2019

Valor a Pagar

R\$ 269,94

Após o vencimento será cobrado multa de 2%, juros de 0,0333% por dia, correção pelo IGP-M podendo ainda ter o fornecimento suspenso, após 15 dias do reaviso e inclusão no SERASA.

ATENDIMENTO ELETRÔNICO PARA CLIENTES

0800-647-7196

www.elektrobrasacre.com

autenticação mecânica

onde aqui

**Eletrobras**
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE

Rua Valério magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco/AC

CNPJ 04.065.033/0001-70 INSC, EST. 01.004.141/001-46

Unidade Consumidora

3047563

Mês Faturado - FD

06/2019 - 0

Vencimento

17/06/2019

Valor a Pagar

R\$ 269,94

83660000002.7 69940045000.2 00000000304.6 75630619005.6



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - AC
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014122979427
VIA COB-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
01 010B0207055 2018

RAIMUNDA ARAÚJO DA SILVA
Nº Lateral: AC0000164003

PLACA 665.463.462-49
CHASSI QLX2612
AC

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MAD APLICIA
MARCA/MODELO YAMAHA/YBR150 FACTOR E
ANO FAB 2016 ANO MOD 2016
CATEGORIA 2F/0149CC/ PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COB-RENAVAM
COTA ÚNICA
I *PAGOR* 1* *****
P FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2* *****
V ** PAGO COTA ÚNICA ** 3* *****
A

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$185,5
PREMIO TOTAL (R\$) R\$185,5
DATA DE PAGAMENTO 02/04/2018

AL.FID. BANCAR PAN SA * BEN. TRIBUTARIO *
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

RIO BRANCO - AC
DATA 05/04/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

AC Nº 014122979427 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 01 665.463.462-49
RENAVAM
010B0207055
YAMAHA/YBR150 FACTOR E
ANO FAB 2016 ANO MOD 2016
CATEGORIA 2F/0149CC/ PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

PLACA 665.463.462-49
CHASSI QLX2612
AC

COB-RENAVAM
COTA ÚNICA
I *PAGOR* 1* *****
P FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2* *****
V ** PAGO COTA ÚNICA ** 3* *****
A

PREMIO TARIFARIO (R\$) R\$185,5
PREMIO TOTAL (R\$) R\$185,5
DATA DE PAGAMENTO 02/04/2018

AL.FID. BANCAR PAN SA * BEN. TRIBUTARIO *
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

RIO BRANCO - AC
DATA 05/04/2018

COMPREV - SEGURO S/A
17 JUL 2018
RIO BRANCO

Destino:		
Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 11:15	Situação: F
Intercorrência:		
Observação:		

CONCLUSÃO**MOVIMENTAÇÃO DE VEÍCULO**

SEQ 1	Veículo: USB 03-RBO	Data/Hora Envio Equipe: 24/04/2019 10:24
	Dt./Hr. Saída Base: 24/04/2019 10:24	Dt./Hr. Chegada Local: 24/04/2019 10:51
	Dt./Hr. Saída Local: 24/04/2019 11:17	Dt./Hr. Chegada Destino: 24/04/2019 11:37
	Dt./Hr. Saída Destino: 24/04/2019 11:49	Dt./Hr. Chegada Base: 24/04/2019 12:01

MOVIMENTAÇÃO INTERNA DA OCORRÊNCIA

	Efetuada pelo Profissional	Data / Hora	Origem	Destino
	GEOVANE DOS SANTOS	24/04/2019 10:08		GEOVANE DOS SANTOS
	GEOVANE DOS SANTOS	24/04/2019 10:09	GEOVANE DOS SANTOS	EM FILA
	VIVIANE FREITAS	24/04/2019 10:13	VIVIANE FREITAS	EM FILA
	VIVIANE FREITAS	24/04/2019 10:31	VIVIANE FREITAS	EM FILA
	VIVIANE FREITAS	24/04/2019 10:36	VIVIANE FREITAS	EM FILA
	VIVIANE FREITAS	24/04/2019 10:57	VIVIANE FREITAS	EM FILA
	VIVIANE FREITAS	24/04/2019 11:16	VIVIANE FREITAS	EM FILA

SAMU 192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192		Data Emissão: 14/06/2019 Hora emissão: 15:26 Operador:
Nº da Ocorrência 1904240034	Qtd. Vítimas 1	Dt/Hr Início: 24/04/2019 10:08 Dt/Hr Término: 24/04/2019 11:54	Classificação de Risco: VERDE (BAIXO RISCO) Tipo Ocorr.: CAUSAS EXTERNAS Motivo Ocorr.: QUEDA DE MOTO	

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Solicitante:
End.: R VILA BENFICA / RUA DA AMIZADE
Bairro: VILA ACRE
Cidade: RIO BRANCO
CEP:
Ponto de Referência: NA RUA DE TUJOLO / ENTRA EM FRENTE O PETS SHOP

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: ATENDIMENTOS
Telefone do Solicitante: (68) 992253076
Queixa: QUEDA DE MOTO

Origem da Ligação: DOMICÍLIO



VÍTIMAS

Vítima 1	Nome: Paciente 1: RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA	Idade: 38 ANO(s)	Sexo: MASCULINO
	Classificação:	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

Vítima 1	Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 11:14
	Avaliação: EQUIPE NO LOCAL INFORMA SENHORA ENCONTRADA LOTE COM FRATURA EM MSE	
Vítima 1	Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 10:13
	Avaliação: SOLICITANTE INFORMA VÍTIMA CONSCIENTE COM POSSÍVEL FRATURA DE BRACO	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

DECISÃO TÉCNICA

Vítima 1	Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 11:15	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 11:15	Situação: F
	Destino: HOSPITAL DE URGENCIA E EMERGENCIA DE RIO - HUERB		
	Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 11:15	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 11:15	Situação: F
	Decisão: ENVIO DE VEÍCULO		
	Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 11:15	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA		
	Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 11:15	Situação: F
	Intercorrência:		
	Observação:		
Vítima 1	Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 11:15	Situação: F
	Decisão:		
	Profissional: VIVIANE FREITAS	Data/Hora: 24/04/2019 11:15	Situação: F

14/06/2019 15:40

CÓDIGO DE BARRAS PARA PAGAMENTO

Emitido conforme Parágrafo Único do art. 123 da Resolução ANEEL 414/2010

Cliente: EIDA MARIA SILVA DE OLIVEIRA

Endereço: R. FLAMINGO, 79 - AP 01

N.F.: 5581009

Unidade Consumidora

2740621

Mês Faturado - FD

09/2019 - 0

Vencimento

10/09/2019

Valor a Pagar

R\$ 88,24

Após o vencimento será cobrada multa de 2%, juros de 0,0333% por dia, correção pelo IGP-M podendo ainda ter o fornecimento suspenso, após 15 dias do reaviso e inclusão no SERASA.

ATENDIMENTO ELETRÔNICO PARA CLIENTES

0800-647-7196

www.elektrobrasacre.com

autenticação mecânica

onde aqui



Eletrobras
Distribuição Acre

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE

Rua Valério magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco/AC

CNPJ 04.065.033/0001-70 INSC. EST. 01.004.141/001-46

Unidade Consumidora

2740621

Mês Faturado - FD

09/2019 - 0

Vencimento

10/09/2019

Valor a Pagar

R\$ 88,24

83680000000.9 88240045000.4 00000000274.1 06210919005.8





PRONTUÁRIO: 34873 - 8

PACIENTE: RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA

DATA: 15/05/2019

LEITO: 109 A

☒ LÚCIDO E ORIENTADO	☐ DESORIENTADO	☐ SONOLENTO
☐ DELIRIUM/CAM-ICU	☐ COMATOSO-GLASGOW TOTAL: _____	☐ SEDADO- RAMSEY TOTAL: _____

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ SEM O2 ☐ COM O2 _____ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL: ☐ TOT Nº _____ ☐ TQT Nº _____

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM ☐ NÃO ☐

AUSCULTA PULMONAR: _____

PADRÃO VENTILATÓRIO: ☒ EUPNEIA ☐ TAQUIPNEIA ☐ DISPNEIA ☐ BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: _____

☒ T() N() COOPERANTE	☐ T() N() NÃO COOPERANTE
--	---

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

01 M() T() N() TÉCNICAS REEXPANSIVAS	20 M() T() N() ASPIRAÇÃO EM COT OU TQT
02 M() T() N() TÉCNICAS DESOBRUTIVAS	21 M() T() N() FORTALECIMENTO MUSCULAR
03 M() T() N() EXERCÍCIOS RESPIRATÓRIOS	22 M() T() N() CRIOTERAPIA
04 M() T() N() VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA	23 M() T() N() ELETROTHERAPIA
05 M() T() N() DESMAME DA PRÓTESE VENTILATÓRIA	24 M() T() N() AUXÍLIO COM DESLOCAMENTO PARA EXAME
06 M() T() N() VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA	25 ☒ T() N() ORIENTAÇÕES DE AVD'S: QUAIS? _____
07 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA LIVRE	26 M() T() N() INSPIRÔMETRO DE INCENTIVO
08 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVA RESISTIDA	27 M() T() N() MANOBRA DE HIPERSINSUFLAÇÃO PULMONAR COM AMI
09 M() T() N() CINESIOTERAPIA ATIVO-ASSISTIDA	28 M() T() N() MANOBRA DE BAG SQUEEZING
10 M() T() N() CINESIOTERAPIA PASSIVA	29 M() T() N() DRENAGEM AUTOGÊNICA (DA)
11 M() T() N() ALONGAMENTO GLOBAL	30 M() T() N() VIBRAÇÃO E VIBROCOMPRESSÃO
12 M() T() N() ORTOSTATISMO	31 M() T() N() HUFF
13 M() T() N() TREINO DE MACHA	32 M() T() N() ACELERAÇÃO DO FLUXO EXPIRATÓRIO (AFE)
14 M() T() N() SENTADO(A) NA POLTRONA	33 M() T() N() TERAPIA POR OSCILAÇÃO ORAL DE ALTA FREQUÊNCIA
15 M() T() N() SENTADO(A) NO LEITO COM MMII EM DESCENSO	34 M() T() N() MANOBRA DE PEEP/ZEEP
16 M() T() N() POSICIONAMENTO FUNCIONAL /QUAL? _____	35 M() T() N() PEAK FLOW
17 ☒ T() N() DEAMBULAÇÃO	36 M() T() N() THRESHOLD
18 ☒ T() N() SEDESTAÇÃO	37 M() T() N() ESTIMULAÇÃO DIAFRAGMÁTICA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA
19 M() T() N() ASPIRAÇÃO NASOTRAQUEAL	38 M() T() N() ALONGAMENTO GLOBAL

OBSERVAÇÕES: ASSINATURAS DOS ATENDIMENTOS E OUTRAS CONDUTAS NO VERSO DESTA.

08:20

Elaine Cristina
Fisioterapeuta
CREFITO-9 2170724

15/05/19

Conferência Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Lauro

Atente para Sr. Raimundo Amaro da
Silva, 80 anos, residente de Trânsito no dia
24/04/19 apresentando fratura. Infus
de radio do antebraço esquerdo. Auso
Antes da cirurgia ortopédica.
com placa e parafusos.

Em um em estado avançado de
15cm no dorso antebraço, aumento
de volume do punho, redução da força
muscular do MSE, limitação na flexão
extensão e pronosupinação do antebraço.
portanto é portador de sequelas de punho
no MSE e de alta médica.

DATA: 8/8/19

ASSINATURA DO PROFISSIONAL


Dr. Silveiro C.
Médico Ortopedista
CRM 23.383 - AC

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO ACRE – CNPJ: 04.039.178.0001/05
RUA ALVORADA, Nº 54 BOSQUE – RIO BRANCO – ACRE
CEP: 69.909-380 – FONE: 3223-4608

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 91610
Numero do CNS.....: 708008551994530
Nome.....: RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA
Documento.....: NT
Data de Nascimento: 14/07/1980
Sexo.....: FEMININO
Responsavel.....: JOSE SUARES DA SILVA
Nome da Mae.....: ANTONIA ARAUJO DA SILVA
Endereco.....: RUA DO PASSEIO 2253
Bairro.....: TAQUARI
Telefone.....: 99224-6338
Município.....: 1200401 - - AC
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: ACRE

Tipo :
Idade: 38 anos

Cep.: 69900-000

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
Leito.....: 999.0075
Data da Internacao: 24/04/2019
Hora da Internacao: 11:59
Medico Solicitante: 979.018.573-15 - MARCOS DANIEL XAVIER
Proced. Solicitado: 03.03.13.001-6
Diagnostico.....: Y87.1
Identif. Operador..: ROSY

INFORMACOES DE SAIDA

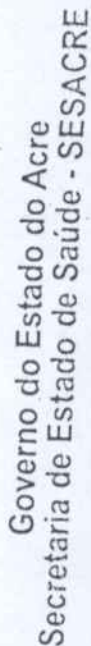
Proc.Realizado:
Dt.Hr Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
CID Principal:
CID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:

1219/0014879-4

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

APPENDIX

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAIR VILA DE MESSIAS NASCIMENTO, liberado nos autos em 27/09/2019 às 14:52 .
Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0009746-08, informe o código 238921E.



UNIDADE: FLUE RB

NOME: Raimundo Araújo da Silva IDADE: 38 B.E.: _____

பு.

OBSERVAÇÃO

LEITO: Ab

DATA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO.

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

24/04/19	Re-batido no dia F
	Ostentando uma F

Q Dots Level

Environ. Insects 13

IV de 8189

3) Low volatility 0.91

400 ml + 1 amp. of brand IV of
+ 1 amp of plasil 8/8h

④ Cylindrospira

SAIME / HUERB

CÓPIA

CONFIRM ORIGINAL

5	Overone Lane	(11) 5/6 hours	16
6	Overone Lane	(11) 5/6 hours	16
IV 11/1/8			

Exames Pré-Operatórios

② Control de sinistros.

9) Cnidocyst organ

Dr. J. L. L. L.
Medicine
Orthopedics

1100

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BCSQUE - RIO BRANCO - CEP.69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA (EME)
Requisicao: 19.PC.1.008693
Num. do BE: 02634722

Idade...: 38A
Requis.: 25/04/2019

US. Origem.: HUERB/PS *COB*
Solicitante: ANDRESSA DO NASCIMENTO MOREIRA

Cons. Regional: 2129

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,40	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	13,30	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	37,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	84,90	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	30,20	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	35,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	10.500	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	1	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	105	mm3	
Segmentados:.....	65	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	6.825	mm3	
Linfocitos:.....	30	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	3.150	mm3	
Monocitos:.....	4	%	VR: 4 a 8 %
Valor Absoluto:.....	420	mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA

CONFORME ORIG'NAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Alexandre Passos da Silva
Farmacêutico - Clínicos
CRPAC 000

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 25/04/19 as 16:57 Coleta: 25/04/19 as 15:39-1a. Via Impressa: 25/04/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	3 min	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:....	6 min	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	225.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 25/04/19 as 16:57 Coleta: 25/04/19 as 15:39-1a. Via Impressa: 25/04/19

167
BE: 2634722HUERB
PATOLOGIA CLINICAAV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BRANCO - CEP. 69908620 - Tel.: 223-3080
CGC - 04.034.526/0002-24Paciente...: RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA (EME)
Requisicao: 19.PC.2.004659
Num. do BE: 02634722Idade...: 38A
Requis.: 25/04/2019US. Origem.: HUERB/PS C/C-3
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: EMERG. CIRURGICA E TRAUMA
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemacias (em milhoes):...	4,31	mm3	VR: H:4,5 a 6 M:4 a 5 milhoes/mm3
Hemoglobina:.....	12,40	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
Hematocrito:.....	37,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	85,60	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	28,80	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	33,60	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	8.400	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofils:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	VR: 2 a 4 %
Eosinofils:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	VR: 0 a 1 %
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	mm3	VR: 54 a 64 %
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	0	%	VR: 4 a 8 %
Bastos:.....	1	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	84	mm3	
Segmentados:.....	65	%	
Valor Absoluto:.....	5.460	mm3	
Linfocitos:.....	30	%	
Valor Absoluto:.....	2.520	mm3	
Monocitos:.....	4	%	
Valor Absoluto:.....	236	mm3	
Blastos:.....	0	%	
Valor Absoluto:.....	0	mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIG'NALAlexandre Passos da Silva
Armedólogo - Diagnósticos
CRF/AC 009OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 25/04/19 as 09:53 Coleta: 25/04/19 as 06:46-1a. Via Impressa: 25/04/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	1 MINUTO	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:.....	5 MINUTOS E 30 SEGUNDOS	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:....	233.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 25/04/19 as 09:48 Coleta: 25/04/19 as 06:46-1a. Via Impressa: 25/04/19

HUEB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA *

Paciente: RAIMUNDO ARAÚJO DA SILVA

ID paciente:

ID amost: 7

Data nascimento:

Idade: 38 Ano

Cód barra: 2004659

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Masc

Data da coleta: 25/04/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	83	mg/dL		74 - 106
URE	35	mg/dL		10 - 50
CRE	0.9	mg/dL		0.7 - 1.2

Data/Hora solicitação: 25/04/2019

Data/Hora teste: 25/04/2019

Data/Hora impr.: 25/04/2019 09:15:00

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 1 de 1

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Francisco C. A. Menezes
Biomédico
CRBM-4 nº 780-PA

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Paciente com histórico de acidente de trânsito atingindo antebraço esquerdo

História da Doença Atual: Paciente com dor com impotência funcional em membro superior esquerdo

História da Doença Anterior: Paciente com acidente de trânsito atingindo membro superior esquerdo.

Exame Físico: Paciente com edema, deformidade, impotência funcional em membro superior esquerdo. Raio-X com imagem de fratura em rádio esquerdo.

Diagnóstico Provisório: Re-fratura rádio esquerdo

Diagnóstico Definitivo: Osteosíntese ulna esquerda

Motivo da Cobrança: /

- SAME / HUERB**
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL
- 11-ALTA CURA
 - 12-ALTA MELHORADA
 - 13-ALTA INALTERADA
 - 14-ALTA PEDIDO
 - 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
 - 16-ALTA ADMINISTRATIVA
 - 17-ALTA POR INDISCIPLINA
 - 18-ALTA POR EVASÃO
 - 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
 - 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
 - 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
 - 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
 - 24-POR DOENÇA CRÔNICA
 - 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
 - 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISILOGIA
 - 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
 - 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
 - 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
 - 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
 - 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
 - 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
 - 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
 - 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
 - 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
 - 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
 - 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
 - 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC. NASC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 HS A 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 HS A 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO



HOSPITAL SANTA JULIANA

Rua Alvorada, 506 - 69909-380 - Rio Branco - AC

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36

fls. 25

Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: hsj@hsj.org.br

FICHA DE INTERNACAO

Prontuário: 34873 - 8

Entrada: 13/05/2019

Hora: 1434

Apto/Leito: 221 109-A

Paciente:

RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA

Reg. Geral: 345790

Orgão Emissor: SSP

AC

Data Expedição: 03/07/2009

CPF: 66546346249

Raca/Cor: Parda

Cartão SUS: 708008551994530

Sexo: F

Dt. Nasc.: 14/07/1980

Est. Civil: CASADO(A)

Natur.: RIO BRANCO

AC

Idade: 38 Anos

Conjuge:

Nacionalidade.: BRASIL

End.: TRAVESSA COIMBRA

Nro: 14

Bairro.: BAHIA VELHA

CEP: 69900970

Cidade: Rio Branco

Estado: AC

Fone: 68

Cel.: 999253425

Fone Contato: 68 999729725

MANOEL PIRES BRILHANTE

Local de Trabalho:

Profissão: AUFILHO

PAI: JOSE SUARES DA SILVA

MAE: ANTONIA ARAUJO DA SILVA

Resp.: RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA

End.: TRAVESSA COIMBRA

Nro.: 14

Cidade: Rio Branco

17 JUN 2019

UF: AC

Fone Res.: -

Fone Com.: -

Motivo da Internação: Clínica Cirúrgica

Trouxe RX: S

Exame: S

Convênio: SUS

Plano: ENFERMARIA

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

308.439.792.91
03.02.04.001-3

Treat. in. frat. Rodio ©

Médico (a): FRANCISLEI LIMA DE FREITAS

Q-1

Anderson de Souza Sandoz
TAC em Radiologia
CRTR: 01278 T

Observação: AIH EM ANEXO + SOLICITACAO DO SISREG NUMERO 287589954 + PACIENTE EM APARTAMENTO AGUARDANDO VAGA NA CIRURGICA (MARIANA CIENTE)

Atendente: Crys Lima da Silva

TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO

Autorizo a internação de RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 13 de maio de 2019

Raimunda Araújo da Silva
RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA

AVISO

O hospital Santa Juliana, avisa aos usuários que não dispõe de serviços de guarda de objetos pessoais ou bens de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que é de inteira responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a guarda de tais objetos não tendo o Hospital nenhuma responsabilidade civil sobre eventuais danos que por ventura possa ocorrer nas dependências desse nosocômio.

Rio Branco - AC, 13 de maio de 2019

Raimunda Araújo da Silva
RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

fls. 26

Data da Internação: 13/05/2019

Hora: 1434

Prontuário: 34873 - 8

Nome: RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA

Nasc: 14/07/1980

Leito: 221

Sexo: F

Médico Assistente: FRANCISLEI LIMA DE FREITAS

Procedência: RESIDENCIA

Acompanhante: ☒ Sim ☐ Não

Cor da Pele: Parda

Quem: Esposo

HISTÓRIA CLÍNICA:

Queixa Principal: doença m. SEDiagnóstico Médico: Pré-Operatório Fr. Periplaca de Ulcer.Patologias Associadas: ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipertensão Arterial ☐ Outros: _____Hábitos: ☐ Tabagismo ☐ Etílico ☐ Uso de drogas. Por quanto tempo: _____Prótese: ☐ Dentária ☐ Ocular ☐ Auditiva ☐ Motora: _____Medicamentos em uso: ☐ Não ☐ Sim/Qual: _____Cirurgias anteriores: ☐ Não ☒ Sim/Qual: cesariana e mastoplastiaAlergias: ☒ Não ☐ Sim/Qual: _____

AVALIAÇÃO FÍSICA

Sinais Vitais: PA 110x80 mmHg; Tax: 36.3 °C; FC: 75 bpm; FR: 20 ^{SpO2} 98% mmmMedidas antropométricas: Peso 67 kg; Altura: 1.73 mLocomoção: ☐ Deambulando ☐ Acamado ☐ Restrito ao leito _____Função Motora: ☒ Sem alteração ☐ Com alteração/ Qual: _____Acuidade Visual: ☒ Preservada ☐ DiminuídaAcuidade Auditiva: ☒ Preservada ☐ DiminuídaFala/linguagem: ☒ Sem alteração ☐ Com alteração/ Qual: _____Pele/Mucosas: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hidratadas ☐ hipohidratada☒ Íntegra ☐ Lesão/ Tipo: _____ Localização: _____Função Respiratória: ☒ Eupnéico ☐ Taquipnéico ☐ Dispneico ☐ Bradpnéico☒ Ar ambiente ☐ TOT ☐ TQT☐ O2 contínuo. ☐ Cateter nasal ☐ Mascara de venturi. _____ l/minAusculta pulmonar: ☐ Não ☐ Sim (roncos, sibilos) Especificar: _____Ausculta cardíaca/bulhas normofonéticas: ☐ Não ☐ Sim; Especificar: _____Alimentação: ☐ Dieta zero ☐ Oral ☐ SNE ☐ JGGTFunção Intestinal: ☐ Regular ☐ Diarréia: _____ dias ☐ Ausente ☐ Constipado: _____ diasFunção Vesical: ☐ Espontânea ☐ Fralda ☐ SVD ☐ SVA

OBSERVAÇÕES

Paciente admitido nesta unidade procedente da internação para ser submetido a procedimento cirúrgico nos membros inferiores. Estado clínico estável, normotense, normoalérgico.

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO

Data: 13/05/19 às 15:50 hs

Assinatura/COREN: _____

Kelly Freitas
Enfermeira
COREN/AC - 429.064



FORMULÁRIO

CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO

fls. 27

FO.CME.HSJ, Nº02

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

Página: 1 de 2

DADOS DO PACIENTE

NOME

Raimundo Araujo da Silva

NOME DA MÃE

Antônia Araujo da Silva

DATA NASCIMENTO

14.07.1980

IDADE

38

SEXO

F

LEITO

221

CONVÊNIO

SUS

EQUIPE CIRURGICA

CIRURGIÃO

Fratura de Rádio

INSTRUMENTADOR

Rosemildo

CIRURGIÃO

Dr. Frontisley / Carlos

PERFUSIONISTA

—

1ª AUXILIAR

Dr. Aluizio / Dr. Paulo

ENFERMEIRO

Yeane / Fernanda

ANESTESISTA

Dr. Nley

CIRCULANTE

Dalvany

DATA

14.05.2019

SALA

3

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)

ETIQUETA

130519 01
Data do Processo
Data de Validade
130619 05
No. do Operador
BROWNE
16

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

ETIQUETA

130519 01
Data do Processo
Data de Validade
130619 06
No. do Operador
BROWNE
06

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

ETIQUETA

130519 01
Data do Processo
Data de Validade
130619 05
No. do Operador
BROWNE
17

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

ETIQUETA

130519 02
Data do Processo
Data de Validade
280519 01
No. do Operador
BROWNE
25

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

ETIQUETA

130519 02
Data do Processo
Data de Validade
250519 03
No. do Operador
BROWNE
17

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

Cx Básica ortopédica

Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 08.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

FORMULÁRIO PARA CONTROLE DE RASTREABILIDADE DE CARGA ESTERILIZADA

Medplus

Pag. 1/2



FORMULÁRIO
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO

fls. 28

FO.CME.HSJ. Nº02

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

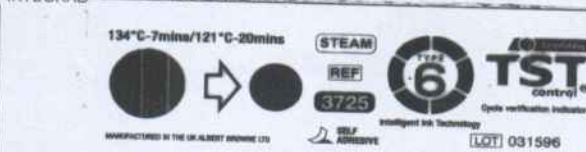
Página: 2 de 2

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)

ETIQUETA

130519 02
Data do Processo
Data de Validade
130619 03
No. do Operador
BROWNE
23

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

03 capotes

ETIQUETA

130519 01
Data do Processo
Data de Validade
130619 06
No. do Operador
BROWNE
23

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

03 capotes

ETIQUETA

100519 02
Data do Processo
Data de Validade
100619 05
No. do Operador
BROWNE
23

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

03 capote

ETIQUETA

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque – CEP: 69.900-631
Rio Branco-AC – Tel.: (68) 3212-4700 – Fax: (68) 3224-9129

RELATÓRIO DE CIRURGIAS

NOME:

Reinando Augusto da Silva

PRONTUÁRIO:

34873-8

IDADE:

38 anos

SEXO:

Feminino

PESO:

DATA: 14/05/19

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura Periploca de rádio distal esquerdo.

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

CIRURGIAS REALIZADAS:

Osteossíntese de rádio distal esquerdo com placa DCP de 6 Furos.

FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO:

☒ LIMPA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA

TIPO DE CIRURGIA

ANESTESISTA

Urologia

EQUIPE CIRURGICA:

CIRURGIÃO:

Dr. Francisco

1º AUXILIAR:

Dr. Carlos Dr. Aluizio

2º AUXILIAR:

Dr. Paulo Marcelino

ANESTESISTA:

Dr. Ney

CIRCULANTE:

Dalvina

Hora Início:

Horá Término:

Duração:

PATOLOGIA CIRÚRGICA

(Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)

Conferido com a Original

Hospital Santa Juliana

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada nº 806 - Bosque

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
(Campo, Acesso, Exploração Tática, Técnica, Fechamento)
FX RÁDIO DIAF

- 1- PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA + GARROTE
- 2- ASSEPSIA, ANTISSEPÇÃO E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3- INCISÃO DORSAL (THOMPSON) DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
- 4- DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DE RÁDIO
- 5- RETIRADA DE PLACA DCP DE 6 FUROS E 6 PARAFUSOS CORTICAIS
- 5- LIMPEZA DO FOCO DE FRATURA, REDUÇÃO CRUENTA
- 6- FIXAÇÃO DE PLACA DCP DE 06 FUROS COM COMPRESSÃO DO FOCO + PASSAGEM DE 6 PARAFUSOS CORTICAIS 3 PROXIMAIS E 3 DISTAIS
- 7- CONTROLE RADIOSCÓPICO
8. PRONOSUPINAÇÃO LIVRE
- 8- LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIDA COM SF 0,9%
- 9- SUTURA POR PLANOS ATE PELE
- 10- CURATIVO
- 11- RETIRADA DE GARROTE + TALA GESSADA EM SUPINAÇÃO

ACIDENTES E INCIDENTES:

MATERIAL DE SUTURA - DRENOS

MEDICAÇÕES:

- | | | |
|--|---|--|
| ☒ ABD 500 ml _____ | ☐ Glicose 50% inj. _____ | ☐ SF 1000 ml _____ |
| ☒ ABD 1000 ML _____ | ☐ Kolagenase pomada _____ | ☐ Telebrix _____ |
| ☒ Adrenalina 1 mg/1ml _____ | ☐ Neomicina pomada 5mg _____ | ☐ Xilocaína gel _____ |
| ☒ Bupivacaína 0,5% s/v _____ | ☐ Ropivacaína 200mg _____ | ☐ Xilocaína s/v _____ |
| ☒ Glicose 25% inj _____ | ☐ SF 500 ml _____ | ☐ Xilocaína c/v _____ |
| ☒ Sorbitol 1000ml _____ | ☐ Ioversol _____ | ☐ Outros: _____ |

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO

Página 1

CIRURGIÃO – CRM-AC

Paulo Marcelino S. Jr.
FIM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM/AC 2217

14 MAI 2019
AUXILIAR CRM-AC



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 – Rio Branco – AC

Tel.: (68) 3212-4700; Fax: (68) 3224-9129

fls. 31

REQUERIMENTO

Eu, Raimunda Araújo da Silva

Portador de RG nº _____ e CPF: _____

Residente e domiciliado: _____

Na cidade de _____

Venho REQUERER:

- ☒ Prontuário de atendimento neste Hospital,
- ☐ Relatório da cirurgia realizada,
- ☐ Exames que eventualmente estejam em seu poder,
- ☐ 2ª Via da Carteira de Vacina
- ☐ Declaração para Planejamento Familiar,
- ☐ Outros:

Obs. _____

Prontuário: 34873 Médico: Dr. Francisco

Entrada: 13 / 05 / 19 Saída: 15 / 05 / 2019

Convênio: Sus Telefone: (68) 99972-9725

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) DPUAT

Nome do Paciente: A mesma

Parentesco com Paciente: _____

Raimunda Araújo da Silva
Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco – Ac, 15 / 05 / 2019 Hora: 08:52

Governo do Estado do Acre
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

Unidade: _____

ANEXO I


 Sistema Único de Saúde
 Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HVERD

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HSJ

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Raimundo Araújo do Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fx periplo ca de ulno

(E)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

 Paciente c/ cirurgia agendado p/ o dia 14.05.19
 fx periplo ulno (E)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação

Ortopedia

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

M. Monaster

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/05/19

28 - CÓDIGO DO



FORMULÁRIO

ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Raimunda Araújo da Silva PRONTUÁRIO: 34873-8
 DATA DA CIRURGIA: 14 / 05 / 19 DATA DE NASCIMENTO: 14 / 07 / 1980

PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO

HORA: 09:05

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Ortopedia / Ulna

SINAIS VITAIS: PA: 110 X 70 mmHg FC: 65 bpm SPO₂: 98 % TAX: 35.1 °C

PESO: 68 kg ALTURA: 1.73 m

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☒ LÚCIDO ☒ CONSCIENTE ☐ TORPOROSO ☐ DESORIENTADO ☐ COMATOSO

PACIENTE: ☐ DEAMBULANDO ☒ CADEIRA DE RODAS ☐ MACA

ESTADO EMOCIONAL: ☒ ANSIOSO ☐ TRANQUILO ☐ EMOTIVO

CIRURGIAS ANTERIORES: ☒ SIM ☐ NÃO

QUAIS: 2 cesáreas, 160moplastia

COMORBIDADES: ☐ HAS ☐ DIABETES MELLITUS OUTRAS: _____

MEDICAMENTOS EM USO: ☐ SIM ☒ NÃO

QUAIS: _____

ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL? _____

☐ TABAGISTA ☐ ETILISTA ☐ USO DE DROGAS QUANTO TEMPO: _____

EXAMES LABORATORIAIS: ☒ SIM ☐ NÃO IMAGEM: ☒ SIM ☐ NÃO

RISCO CIRÚRGICO: ☒ SIM ☐ NÃO

TRICOTOMIA: ☐ SIM ☐ NÃO JEJUM: ☒ SIM ☐ NÃO HÁ QUANTO TEMPO: _____

RETIRADO PRÓTESES, LENTES E ADORNOS: ☐ SIM ☒ NÃO

IDENTIFICADAS E ENTREGUES AO FAMILIAR: ☐ SIM ☒ NÃO

PORTANDO ACESSO VENOSO: ☒ SIM ☐ NÃO BOM FLUXO: ☐ SIM ☐ NÃO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

pt veio com AVP, utilizado apenas 3 SR.

ASSINATURA/COREN DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

Téc. Enf. Jeciana coren 375729

Brucos
 Conferido com a Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO.HSJ.CC.001

Versão: 01

Página: 1/5

TRANS-OPERATÓRIO					
SALA OPERATÓRIA: <u>3</u>		HORÁRIO DE ENTRADA: <u>10:10</u>			
CIRURGIA: <u>Fratura de Rádio</u>					
LOCAL ANATÔMICO DA CIRURGIA: _____					
CIRURGIÃO: <u>Dr. Frantzlei Carlos</u>		AUXILIAR: <u>Dr. Aluizio / Paula</u>			
INSTRUMENTADOR: <u>Rosemilda</u>		PERFUSIONISTA: _____			
ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Nely</u>		CIRCULANTE: <u>Sahrany</u>			
ANESTESIA: ☐ LOCAL ☒ SEDAÇÃO ☐ RAQUIDEANA ☐ PERIDURAL ☒ PLEXO					
☐ GERAL VENOSA ☐ GERAL INALATÓRIA					
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>10:20</u>		INÍCIO DA CIRURGIA: <u>10:35</u>			
SINAIS VITAIS:					
HORA	PA	FC	PULSO	SPO2	TAX
10:15	134 x 109	73	-	100%	-
10:35	112 x 68	71	-	96%	-
11:15	120 x 83	73	-	100%	-
POSICIONAMENTO CIRÚRGICO:					
☒ DECÚBITO DORSAL OU POSIÇÃO SUPINA		☐ TREDELENBURG			
☐ DECÚBITO VENTRAL OU POSIÇÃO PRONA		☐ TREDELENBURG REVERSA			
☐ DECÚBITO LATERAL DIREITO		☐ GINECOLÓGICA OU LITOTÔMICA			
☐ DECÚBITO LATERAL ESQUERDO		☐ FOWLER		☐ CANIVETE	
ACESSO VENOSO: ☒ SIM ☐ NÃO		BOM FLUXO: ☒ SIM ☐ NÃO			
TUBO OROTRAQUEAL: ☐ SIM ☒ NÃO		Nº DO TUBO: _____		QUANTIDADE: _____	
HORA DA INTUBAÇÃO: _____:_____		HORA DA EXTUBAÇÃO: _____:_____			
OXIGENIOTERAPIA: ☐ SIM ☒ NÃO		LITROS/MIN: _____			
HORA DE INÍCIO: _____:_____		HORA DE TÉRMINO: _____:_____			
SONDAS: ☐ SIM ☒ NÃO		QUAL: _____		QUANTIDADE: _____	
CARACTERÍSTICA: _____					
DRENOS: ☐ SIM ☒ NÃO		QUAL: _____		QUANTIDADE: _____	
CARACTERÍSTICA: _____					
USO DO BISTURI ELÉTRICO: ☒ SIM ☐ NÃO ☐ MONOPOLAR ☐ BIPOLAR					
LOCAL DA PLACA DISPERSIVA: <u>Panturrilha</u>					
PORTE DA CIRURGIA POR TEMPO:					
☒ PORTE I (ATÉ 2H) ☐ PORTE II (2 À 4H) ☐ PORTE III (4 À 6H) ☐ PORTE IV (> QUE 6H)					


 conferido com o Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO.HSJ.CC.001

Versão: 01

Página: 2/5

PEÇA CIRÚRGICA: [] SIM ☒ NÃO QUAL?

TÉRMINO DA CIRURGIA: 11 : 15 TÉRMINO DA ANESTESIA: _____

INTERCORRÊNCIAS: [] SIM (DESCREVER NAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM) ☒ NÃO

ENCAMINHADO ÀS: 11 : 25 [] DEAMBULANDO ☒ MACA [] CADEIRA DE RODAS

LOCAL: ☒ RPA [] UTI [] LEITO [] RESIDÊNCIA

ANEXO:

☒ CHECK LIS DE CIRURGIA SEGURA ☒ RELATÓRIO DE CIRURGIA

☒ RASTREABILIDADE DO MATERIAL ☒ FICHA DE ANESTESIA

☒ CONTROLE DE GASTO DE MATERIAL ☒ PRESCRIÇÃO MÉDICA

[] FICHA DE AUTO CUSTO [] PEDIDO DE ANÁTOMO PATOLÓGICO [] EXAMES

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

ASSINATURA/COREN DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: Juc. Enf. Jahrony
Coren 324027

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

HORA DE ENTRADA NA RPA: 11 : 30 ACOMPANHADO POR: _____

CIRURGIA: Fratura de Rádio ANESTESIA: sed + Plexo

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: [] LÚCIDO ☒ SONOLENTO [] CONSCIENTE

[] TORPOROSO [] DESORIENTADO [] COMATOSO [] AGITADO

QUEIXAS: [] DOR [] ÊMESE [] NÁUSEAS [] FRIO [] DISPNEIA [] TONTURAS

[] OUTRAS, ESPECIFICAR: _____

conferir com o Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO.HSJ.CC.001
Versão: 01
Página: 3/5

OXIGENIOTERAPIA: ☐ SIM ☐ NÃO LITROS/MIN: _____

HORA DE INÍCIO: _____:_____:_____ HORA DE TÉRMINO: _____:_____:_____

LOCAL DO CURATIVO CIRÚRGICO: MSD

TIPO DE CURATIVO: Oclusivo SITUAÇÃO GERAL: limpo e seco

HEMORRAGIA: ☐ SIM ☒ NÃO

EXTREMIDADES: ☒ AQUECIDAS ☐ FRIAS ☐ CIANÓTICAS ☐ PERFUNDIDAS

DRENOS: ☐ SIM ☒ NÃO VOLUME DRENADO: _____ ASPECTOS: _____

DIURESE: ☐ SIM ☒ NÃO VOLUME DRENADO: _____ ASPECTOS: _____

SSVV	15MIN	30MIN	45MIN	60MIN	1H E 30MIN	2H
PA	138x97	128x89	125x86	129x90		
FC						
PULSO	73 bpm	68 bpm	69 bpm	69 bpm		
SPO2	98.1	98.1	97.1	97.1		
TÁX						

ESCALA DE DOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

TOTAL: ○

INTERCORRÊNCIAS: ☐ SIM (DESCREVER NAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM) ☐ NÃO

ENCAMINHADO ÀS: 12:30 ☐ DEAMBULANDO ☒ MACA ☐ CADEIRA DE RODAS

LOCAL: ☐ UTI ☒ LEITO ☐ RESIDÊNCIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

Encaminhada ao leito sem queixas de

dor, em seroterapia com SRL 500 ml. — x —

ASSINATURA/COREN DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

Andressa Morris da Silva
 Técnica de Enfermagem
 COREN AC 001.385.940

Conferido com a Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO.HSJ.CC.001
 Versão: 01
 Página: 4/5



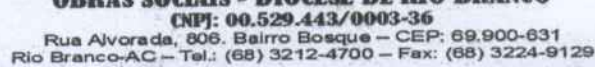
HOSPITAL SANTA JULIANA

fls. 37
CONTROLE DE SAÍDA
DE MATERIAL

Nº Prontuário: 34873-8 Convênio: SUS Data: 14.05.2019 Apt/Leito: 221 Sala: 3
Paciente: Raimunda Araujo da Silva Circulante: Vahrony
Cirurgia: Fratura de ulna Cirurgião: Dr. Francisco Carlos Dr. Aluzio / Paulo Instrum.: Rosemundo
Anestesiista: Dr. Nelly Tipo Anestesia: Rilex + Sedação Hora Entrada S.O.: 10:10 A: 10:20 J: 10:35 T: 11:15

Materiais	Quant.	Medicamentos	Quant.	Taxas	Quant.
ABOCATH nº		ABD 1000 ML		AR COMPRIMIDO	
AGULHA nº 10x12	1	ABD 10 ML		ASPIRADOR	
AGULHA RAQUI nº		ABD 500 ML		BEÇO AQUECIDO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO cm		ADRENALINA		BILIBERÇO	
ATADURA CREPE cm 10cm	1	ÁGUA OXIGENADA		BIST. BIPOLAR	
ATADURA GESSADA cm		ÁLCOOL A 70%	80ml	BIST. MONOPOLAR	Sim
EJA COLOSTOMIA		ATRACUR		CAPNÓGRAFO	
BURETA		ATROPINA		CAF	
CATETER NASAL		CIPROFLOXACINA		ENCUBADORA	
CATETER P/ PERIDURAL		DECADRON 2 MG		MON. CARDIACO	Sim
CAOSSEA		DECADRON 4 MG	1	NITROGENIO	
COLETOR SISTEMA FECHADO		DIAZEPAN		OXIDO NITROSO	
COLETOR UNIVERSAL		DIPIRONA	1	OXIGENIO	
COMPRESSA	1	DOLANTINA		OXÍMETRO	Sim
COTTONOIDE		DORMONID	1	R.P.A	Sim
DRENO PENROSE nº		EFEDRINA		RAIO - X	
DRENO ORTO VAC nº		EFORTIL		RESPIRADOR	
ELETRODOS nº	1	ETOMIDATO		VIDEO	
EQUIPO MACRO		FENTANIL 2ml	1	Furadeira	Sim
EQUIPO MICRO		GENTAMICINA 80 GM			
FIO ALGODÃO nº		GLICINA			
FIO CAT GUT CROMADO nº		HALOTANO			
FIO CAT GUT SIMPLES nº		HEMACEL			
FIO ETHIBOND nº		HIDROCORTIZONA 500MG			
FIO NYLON nº 3	1	INOVAL			
FIO PROLENE nº		ISOFLURANO			
FIO VICRIL nº 2	1	KEFLIN 1GR			
FORMOL A 10%		KETALAR			
G		MANITOL			
GLUCARON		MARCAINA PESADA 0,5%			
INTRACATH		METRONIDAZOL			
LAMINA BISTURI nº 24	1	NARCAN			
LENT. INTRA-OCULAR nº		NAROPIM			
LINHO nº		NAUSEDRON	1		
LUVA ESTÉRIL nº 8.0	1	NEOCAINA ISOBARICA 0,5%			
LUVA PROCEDIMENTO		OCITOCINA			
MALHA TUBULAR		OXACILINA 500MG			
METILCELULOSE		PAVULON			
MICROPORE		PLASIL			
POVIDINE DEGERMANTE		PROPOFOL			
POVIDINE TINTURA		PROSTIGMINE			
POVIDINE TOPICO		QUELICIM			
SERINGA 10 ML	1	ROCEFIM			
SERINGA 20 ML		SOLUÇÃO SALINA			
SERINGA 3 ML		SORO FISIOLÓGICO 125 ML			
SERINGA 5 ML		SORO FISIOLÓGICO 250 ML			
SERINGA INSULINA		SORO FISIOLÓGICO 500 ML	1	vp / lavar	
SONDA ASPIRAÇÃO nº		SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML			
SONDA FOLLEY nº		SORO GLICOSADO 500 ML			
SONDA NASOGÁSTRICA nº		SORO RINGER 500 ML	1		
TELA DE MARLEX		TAGAMET			
TUBO ENDOTRAQUEAL nº		THIOPENTAL 1GR			
Luva Estéril 7.0	1	TILATIL			
Luva Estéril 7.5	1	XILOCAINA 2% CV	20mg		
Luva 8.0 2x30	1	XILOCAINA 2% SN			
Relax. Degermanente	100ml	XILOCAINA GEL			
Relax. Alcobolico	80ml	Ropivacaine	1		
		Cefazolina 1g	1		

Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque



Ney Ferreira de Souza Filho
Anestesiologista
CRM - AG 1824

Conferir com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque



OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO
HOSPITAL SANTA JULIANA

fls. 39

Fone: 0xx68-3212-4700 / fax: 0xx68-3224-9129

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Pontuação)

Paciente: Raimunda Araújo da Silva

Nº Apt.: 221

Data: 14/05/19

Cirurgia: Fratura de Rádio

Início 10:35

Término: 11:15

Pontuação Final:

Cirurgião: Dr. Francisco

Enfermeiro (o) Fernanda Leone

Anestesista: Dr. Ney

Tipo de Anestesia: Sed + Plexo

Item de Avaliação	pontuação	Na Admissão	1h	2h	3h
Respiração:					
- Capacidade de respirar profundamente e tosse	2				
- Esforço respiratório limitado	1	2	2		
- Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica:					
- >80% do nível pré-anestésico	2				
- 50 à 80% do nível pré-anestésico	1	2	2		
- <50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência					
- Responde verbalmente a questões (orientado tempo e espaço)	2				
- Acorda quando chamado pelo nome	1	1	2		
- Não responde o comando	0				
Coloração:					
- Coloração e aparência normais da pele	2				
- coloração da pele alterada pálida, escura, manchada, icterico	1	2	2		
- cianose evidente:	0				
Atividade muscular:					
- Capacidade de movimentar todas extremidades:	2				
- Capacidade de movimentar-se duas extremidades	1	1	1		
- Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total		9	9		
* Necessário para que receba alta acima de 7 pontos.					
* Horário de liberação.					
* Assinatura do Enfermeiro <i>Fernanda Leone</i>					
* Assinatura do Médico Anestesiologista: <i>Ney</i>					

Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 886 - Bosque

[illegible]

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAIR VILA DE MESSIAS NASCIMENTO, liberado nos autos em 27/09/2019 às 14:52.
Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0009746-08-2019-8.01-0070 e código 238921E.

Arquivo impresso em: 02/05/2019 às 11:10:49

REGISTRO

PACIENTE

Ka munda Maupo do S. Lira

IDADE

38

CLÍNICA

LEITO

HUEB

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICO:

fx peri place de Juliana

DATA DO TRAUMA:

?

DATA DA INTERNAÇÃO:

13.05.19

DATA DA CIRURGIA:

14.05.19

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Dr. Honorário

MATERIAL:

Cx 3.5 mm

HOSPITAL:

ASJ

1. DIETA ZERO A PARTIR DAS 00:00 HRS

2. SF 0,9% 500 ML EV 12/12HRS

3. DIPIRONA 1 GR 6/6 HRS

4. TRAMAL 100 MG EV + SF 0,9% 100ML EV S/N

5. PLASIL 10 MG EV S/N

6. OMEPRAZOL 40 MG EV 24/24 HRS

7. CAPTOPRIL 25 MG VO S/N PA MAIOR DE 140/90

8. SINAIS VITAIS

*Dr. Patrícia Munda
Pneumologista e Reumatologista
CRM/AC 1870*

*Subjunta
2x 04 10*

*de
Juliana
2x 04 10*

Conferência Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

	FORMULÁRIO		
	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		
	ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA		
Código: FO.ENF.HSJ.007	Versão: 001	Data Elaboração:	Página: 1 de 5
		07/01/2019	

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: <u>Raimundo Araújo da Silva</u>	Leito: <u>221</u>
Data: <u>13/05/19</u>	Prontuário: _____
Idade: <u>38</u>	Dias Internação: _____
Diagnóstico: <u>Pre - Fratura Úlma</u>	
Precaução: ☒ Padrão () Contato () Gotículas () Aerossóis	

2. AVALIAÇÃO DE RISCOS

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO					Pontuação
Percepção Sensorial	1. Completamente Limitada	2. Muito Limitada	3. Ligeiramente Limitada	4. Nenhuma Limitação	4 4 4 4 3 23
Umidade	1. Pele constantemente úmida	2. Pele muito úmida	3. Pele ocasionalmente úmida	4. Pele raramente úmida	
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda	
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	
Nutrição	1. Muito Pobre	2. Provável inadequada	3. Adequada	4. Excelente	
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema		
Valores de Referência: Risco baixo (15 a 18); Risco Moderado (13 a 14); Risco Alto (10 a 12); Risco Muito Alto (≤9)					TOTAL

ESCALA DE MORSE PARA RISCO DE QUEDA				PONTUAÇÃO
História de queda até três meses	Não: 0	Sim: 25		25
Diagnóstico secundário	Não: 0	Sim: 15		0
Deambulação	Normal/restrito ao leito: 0	Muleta/bengala/andador: 15	Se apoia nos móveis: 30	0
Dispositivo intravenoso	Não: 0	Sim: 20		20
Marcha	Normal/imóvel: 0	Marcha fraca: 10	Marcha prejudicada: 20	0
Estado Mental	Orientado para sua capacidade: 0	Esquece suas limitações: 15		0
Valores de Referência: sem risco (≤24); baixo risco (entre 25-50); alto risco (≥51)				TOTAL
				45

ESCALA DE DOR	
	
TOTAL	

CATETERES E SONDAS	
Cateter Central: ()	Local: _____
Cateter Periférico: ☒	Local: <u>MSD</u>
Sonda Aliment.: SNG () SOG () SNE ()	Data: / /
Sonda Vesical: SVD () SVA ()	Data: / /
Drenos: _____	Data: / /
Outros: _____	

3. EXAME FÍSICO

SISTEMA NEUROLÓGICO	☒ Consciente ☒ Orientado () Desorientado () Sedado () Torporoso () Comatoso () Agitado () Reage aos estímulos () Não reage
PUPILAS	() Mióticas () Midríáticas ☒ Fotorreagentes () Não reagentes ☒ Isocóricas () Anisocóricas
REGULAÇÃO TÉRMICA	() Hipotérmico ☒ Afebril () Febril () Febre Alta Temp: <u>36.3</u> °C
OXIGENAÇÃO	☒ Eupnéico () Bradpnéico () Taquipnéico () Dispnéico ☒ Ar ambiente () Oxigenoterapia: () Mascara de Venturi () Cateter nasal () Intubação
PELE	☒ Normocorada () Hipocorada () Cianótica () Ictérica
SISTEMA GASTROINTESTINAL	() SNG/SOG () SNE () VO () Gavagem () Aberta () Êmese Evações: () Presente ☒ Ausente Flatos: ☒ Presente () Ausente
APARELHO CARDIOVASCULAR	☒ Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico ☒ Normotenso () Hipertenso Pulso: ☒ Cheio () Filiforme ☒ Rítmico () Arritmico () Hipotenso
REGULAÇÃO ABDOMINAL	☒ Plano () Globoso () Distendido () Côncavo RHA: ☒ Presente () Ausente
SISTEMA URINÁRIO	☒ Espontâneo () SVD () Anúria () Disúria () Poliúria () Oligúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Estimulo medicamentoso


 Conferido com o Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

	FORMULÁRIO		
	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		
	ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA		
Código: FO.ENF.HSJ.007	Versão: 001	Data Elaboração: 07/01/2019	Página: 2 de 5

4. MANEJO DAS LESÕES

INTEGRIDADE CUTÂNEA	☒ Preservada () Comprometida
TIPO DE LESÃO	() Ferida Operatória Local:
CARACTERÍSTICAS DA FERIDA OPERATÓRIA	() Limpa () Seca () Dor () Calor () Rubor
ASPECTO EXSUDATO	() Seroso () Sanguinolento () Serossanguinolento () Purulento () Seropurulento
COLORAÇÃO EXSUDATO	() Branca () Amarelada () Esverdeada () Achocolatada
QUANTIDADE EXSUDATO	() Pouca () Média () Grande () Abundante
DOR	() Ausente () Discreto () Acentuado
USO DE COBERTURA / SUBSTÂNCIA ESPECIAL	() Sim. Qual: _____
DEMAIS CONDUTAS ESPECIFICAR	Durabilidade habitual: _____ dias ou se necessário. Troca de curativo: _____ / _____ / _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
() Ansiedade relacionada à procedimento cirúrgico evidenciado por agitação, preocupação.	() Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores relacionada a secreções em grande quantidade
() Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirurgia e evidenciada por faces de dor/sofrimento	() Mobilidade física prejudicada relacionada à força insuficiente para movimentar-se evidenciada por cirurgia
() Retenção urinária relacionada à bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical e dor	☒ Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos evidenciado por sinais flogísticos
() Constipação relacionado à administração a administração de fármacos e modificações recentes no ambiente e evidenciado por timpanismo abdominal	() Náusea relacionada à período pós-operatório evidenciado por relato de náusea e palidez cutânea
() Padrão respiratório ineficaz relacionada à ansiedade evidenciado por dispneia, tosse e saturação alterada	() Déficit no auto-cuidado e higiene relacionada à fraqueza, dor e fadiga, evidenciado por incapacidade de fazer a própria higiene
() Padrão de sono alterado relacionado a mudança no ambiente evidenciado por insônia	Outros: _____
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
☒ Aferir e registrar SSVV de 6/6 horas	APRAZAMENTO
() Observar alterações no nível de consciência	10 2/2 9/9 10
() Estimular deambulação/ atividades recreativas	
() Verificar saturação de O2	
() Observar e anotar características da dor	
() Aplicar compressas () mornas () frias	
() Realizar mudança de decúbito de ____ / ____ horas	
() Observar e anotar edemas	
() Comunicar intercorrências ao enfermeiro	
() Comunicar reflexos de náuseas/êmetese	
() Manter cabeceira elevada à ____º (graus)	
() Observar integridade da pele se há sinais de rubor/calor	
() Realizar curativo na FO ____ vez ao dia	
☒ Realizar troca de acesso venoso periférico	

Assinatura/Carimbo do Enfermeiro: _____

Se necessário

Katy Freitas

COREN/AC - 829.064

Confete com a Original

Hospital Santa Juliana

CNPJ: 00.529.443/0003 - 36

Rua Alvorada nº 806 - Bosque

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Página: 3 de 5

07/01/2019

Nome: <u>Raimundo Araújo de Silve</u>					Leito: <u>221</u>		
Data: <u>13/05/19</u>		Prontuário:		Idade: <u>38</u>		Dias Internação:	
Diagnóstico: <u>Pne - Traqueal Alve</u>							
Precaução: ☒ Padrão () Contato () Gotículas () Aerossóis							
CONTROLE DE SINAIS VITAIS					GLICEMIA		ASSINATURA
HORA	TEMPERATURA	PRESSÃO ARTERIAL	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	VALOR	QUANT. INSULINA	
16:00	36,4°C	120x70	70bpm	99%	—	—	<u>Dr. Heli Braga</u> <u>Te. Autamito</u>
22:	36,1°C	100x60	98	100 99%	—	—	
04:	35,9°C	110x60	97	98%	—	—	

33/05/19 Das 13:00 as 19:00 horas, paciente evolui em repouso no leito, lúcido, orientada, diambulando, comunicativa, eufórica, febril, me-molmoza. Su-
toy dieta oferecida VO com funções fisiológicas presentes no período.
Portando AVP em msp com hidratação em cloroal. Abouquerque Neurol. Abouquerque
sucesso. Segue aos cuidados de enfermagem. Neurol. Enfermagem
COREN-AC 001.292.838

COREN-AC 001 292 838

13.05.19 Das 19:00 as 7:00 segue em Alponso no
luto lylida e orientada, afilil, supruil, clom-
ulonda, medicada e. v. m. gluton, deta opucida
diverse, ericualdo - portando, AVE em m. d
+ H0 em Rudo, segue sem althralm no periodo
te: maior mlanita 2000r Baltayn Lomr 1al. 738215

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque



FORMULÁRIO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Código: FO.ENF.HSJ.007

Versão: 001

Data Elaboração:

07/01/2019

Página: 4 de 5

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÕES DE MATERIAIS COM JUSTIFICATIVA

às 15:50 Solicito de farmácia o antibiótico n° 18, o poli-
glico, o 1º grupo para realizar AUP.

Kelly Freitas
Enfermeira
COREN/AC 419.864

Conferido com o Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA**

Página: 1 de 5

Nome: <u>Jaime da Silva</u>		Leito: <u>221</u>	
Data: <u>14/05/19</u>	Prontuário: <u>8</u>	Idade: <u>28</u>	Dias Internação: <u>1</u>
Diagnóstico: _____			
Precaução: ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Gotículas ☐ Aerossóis			

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO					Pontuação
Percepção Sensorial	1. Completamente Limitada	2. Muito Limitada	3. Ligeiramente Limitada	4. Nenhuma Limitação	
Umidade	1. Pele constantemente úmida	2. Pele muito úmida	3. Pele ocasionalmente úmida	4. Pele raramente úmida	
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda	
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	
Nutrição	1. Muito Pobre	2. Provável inadequada	3. Adequada	4. Excelente	
Reflexo e Cislamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema		
Pontuação de Referência: Risco baixo (15 a 18); Risco Moderado (13 a 14); Risco Alto (10 a 12); Risco Muito Alto (≤9)					TOTAL

ESCALA DE MORSE PARA RISCO DE QUEDA				
ITENS	OPÇÃO			PONTUAÇÃO
História de queda até três meses	Não: 0		Sim: 25	
Diagnóstico secundário	Não: 0		Sim: 15	
Deambulação	Normal/restrito ao leito: 0	Muleta/bengala/andador: 15	Se apoia nos móveis:30	
Dispositivo intravenoso	Não: 0		Sim: 20	
Marcha	Normal/imóvel: 0	Marcha fraca: 10	Marcha prejudicada: 20	
Estado Mental	Orientado para sua capacidade: 0		Esquece suas limitações: 15	
Valor de Referência: sem risco (≤24); baixo risco (entre 25-56); alto risco (≥51)	TOTAL			

ESCALA DE DOR

LEVE MODERADA INTENSA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TOTAL

CATETERES E SONDAS	
Cateter Central: ()	Local: _____
Cateter Periférico ()	
Sonda Aliment.: SNG () SOG () SNE ()	Data: ____/____/____
Sonda Vesical: SVD () SVA ()	Data: ____/____/____
Drenos:	Data: ____/____/____
Outros:	

TEMA NEUROLÓGICO	() Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torporoso () Comatoso () Agitado () Reage aos estímulos () Não reage	
PUPILAS	() Mióticas () Midríaticas () Fotorreagentes () Não reagentes () Isocóricas () Anisocóricas	
REGULAÇÃO TÉRMICA	() Hipotérmico () Afebril () Febril () Febre Alta Temp: _____ °C	
OXIGENAÇÃO	() Eupnéico () Bradpnéico () Taquipnéico () Dispnéico () Ar ambiente () Oxigenoterapia: () Mascara de Venturi () Cateter nasal () Intubação	
PELE	() Normocorada () Hipocorada () Cianótica () Ictérica	
SISTEMA GASTROINTESTINAL	() SNG/SOG () SNE () VO Evacuações: () Presente () Ausente	() Gavagem () Aberta () Êmese Flatos: () Presente () Ausente
APARELHO CARDIOVASCULAR	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico Pulso: () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arrítmico	() Normotenso () Hipertenso () Hipotenso
REGULAÇÃO ABDOMINAL	() Plano () Globoso () Distendido () Côncavo RHA: () Presente () Ausente	
SISTEMA URINÁRIO	() Espontâneo () SVD () Anúria () Disúria () Poliúria () Oligúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Estimulo medicamentoso	

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

	FORMULÁRIO		
	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		
	ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA		
Código: FO.ENF.HSJ.007	Versão: 001	Data Elaboração: 07/01/2019	Página: 2 de 5

4. MANEJO DAS LESÕES

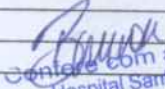
INTEGRIDADE CUTÂNEA	() Preservada () Comprometida
TIPO DE LESÃO	() Ferida Operatória Local:
CARACTERÍSTICAS DA FERIDA OPERATÓRIA	() Limpa () Seca () Dor () Calor () Rubor
ASPECTO EXSUDATO	() Seroso () Sanguinolento () Serossanguinolento () Purulento () Seropurulento
COLORAÇÃO EXSUDATO	() Branca () Amarelada () Esverdeada () Achocolatada
QUANTIDADE EXSUDATO	() Pouca () Média () Grande () Abundante
ODOR	() Ausente () Discreto () Acentuado
TIPO DE COBERTURA / SUBSTÂNCIA ESPECIAL	() Sim. Qual: _____
DEMAIS CONDUTAS ESPECIFICAR	Durabilidade habitual: _____ dias ou se necessário. Troca de curativo: _____ / _____ / _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Ansiedade relacionada à procedimento cirúrgico evidenciado por agitação, preocupação.	() Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores relacionada a secreções em grande quantidade
() Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirurgia e evidenciada por faces de dor/sofrimento	() Mobilidade física prejudicada relacionada à força insuficiente para movimentar-se evidenciada por cirurgia
() Retenção urinária relacionada à bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical e dor	() Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos evidenciado por sinais flogísticos
() Constipação relacionado à administração a administração de fármacos e modificações recentes no ambiente e evidenciado por timpanismo abdominal	() Náusea relacionada à período pós-operatório evidenciado por relato de náusea e palidez cutânea
() Padrão respiratório ineficaz relacionada à ansiedade evidenciado por dispneia, tosse e saturação alterada	() Déficit no auto-cuidado e higiene relacionada à fraqueza, dor e fadiga, evidenciado por incapacidade de fazer a própria higiene
() Padrão de sono alterado relacionado a mudança no ambiente e evidenciado por insônia	Outros: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**APRAZAMENTO**

() Aferir e registrar SSVV de 6/6 horas
() Observar alterações no nível de consciência
() Estimular deambulação/ atividades recreativas
() Verificar saturação de O2
() Observar e anotar características da dor
() Aplicar compressas () mornas () frias
() Realizar mudança de decúbito de ____ / ____ horas
() Observar e anotar edemas
() Comunicar intercorrências ao enfermeiro
() Comunicar reflexos de náuseas/êmetese
() Manter cabeceira elevada à ____ ° (graus)
() Observar integridade da pele se há sinais de rubor/calor
() Realizar curativo na FO ____ vez ao dia
() Realizar troca de acesso venoso periférico


 Confira com a Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Assinatura/Carimbo do Enfermeiro: _____



FORMULÁRIO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Código: FO.ENF.HSJ.007

Versão: 001

Data Elaboração:

07/01/2019

Página: 3 de 5

Nome:

Leito:

Data: ____/____/____

Prontuário:

Idade:

Dias Internação:

Diagnóstico:

Precaução: () Padrão () Contato () Gotículas () Aerossóis

[illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

FORMULÁRIO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Código: FO.ENF.HSJ.007

Versão: 001

Data Elaboração:

07/01/2019

Página: 4 de 5

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

SOLICITAÇÕES DE MATERIAIS COM JUSTIFICATIVA

Brund
 Conferido com a Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque



HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

Pag. 1
fls. 50

109A

PACIENTE: 34873 - 8

RAIMUNDA ARAUJO DA SILVA

LEITO: 221

DATA: 14/05/2019

HORA: 09:51

NRO PRESCRICAO: 248496

NRO REQ. FARM: 1446703

PRESCRIÇÃO MÉDICA

QTD VIA FREQUENCIA

HORARIO

01	DIETA LIVRE	UN	1						
02	DIPIRONA 1 G/2 ML INJ. C/2 ML (NOVALGINA)	AMP	1	EV	6 X 6				
	SERINGA C/AG 10 ML	UN	1	EV	6 X 6				
	AGua DesTILAda INJ C/10 ML	AMPO	1	EV	6 X 6				
03	TRAMADOL 100 MG/2 ML INJ (TRAMAL)	AMP	1	EV	8 X 8				
	SERINGA C/AG 3 ML	UN	1	EV	8 X 8				
	SoRo FisiOLOGico 0,9% INJ EV C/100 ML (SIST FECHADO)	FRAS	1	EV	8 X 8				
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8				
	AGua DesTILAda INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 8				221
05	ONDASETRONA 4 MG/2 ML INJ. C/ 2 ML (NAUSEDRON)	AMP	1	EV	8 X 8				
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	8 X 8				
	AGua DesTILAda INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	8 X 8				
06	CEFALOTINA 1 G INJ (KEFLIN)	FA	1	EV	6 X 6				
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	6 X 6				
	AGua DesTILAda INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	6 X 6				
07	CURATIVO	UN	1						

EVOLUÇÃO

por 4 osteomielite e urina

Francieli L. Freitas
CRM: 751

15/05/2019
Francieli L. Freitas
CRM: 751

Confere com o Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Código: FO.ENF.HSJ.007

Versão: 001

Data Elaboração:

07/01/2019

Página: 1 de 5

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	Raimunda Araújo da Silva			Leito:	109A
Data:	14/05/19	Prontuário:	34873	Idade:	38
Diagnóstico:	P.O. Radio				
Precaução:	☒ Padrão ☐ Contato ☐ Gotículas ☐ Aerossóis				

2. AVALIAÇÃO DE RISCOS

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO					Pontuação
Percepção Sensorial	1. Completamente Limitada	2. Muito Limitada	3. Ligeiramente Limitada	4. Nenhuma Limitação	4
Umidade	1. Pele constantemente úmida	2. Pele muito úmida	3. Pele ocasionalmente úmida	4. Pele raramente úmida	4
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda	4
Imobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação	3
Nutrição	1. Muito Pobre	2. Provável inadequada	3. Adequada	4. Excelente	4
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema		3
Valores de Referência: Risco baixo (15 a 18); Risco Moderado (13 a 14); Risco Alto (10 a 12); Risco Muito Alto (≤9)					TOTAL
					22

ESCALA DE MORSE PARA RISCO DE QUEDA				PONTUAÇÃO
ITEMS	OPÇÃO			
História de queda até três meses	Não: 0	Sim: 25		25
Diagnóstico secundário	Não: 0	Sim: 15		0
Deambulação	Normal/restrito ao leito: 0	Muleta/bengala/andador: 15	Se apoia nos móveis: 30	0
Dispositivo intravenoso	Não: 0	Sim: 20		20
Marcha	Normal/imóvel: 0	Marcha fraca: 10	Marcha prejudicada: 20	0
Estado Mental	Orientado para sua capacidade: 0	Esquece suas limitações: 15		0
Valores de Referência: sem risco (≥24); baixo risco (entre 25-50); alto risco (≥51)			TOTAL	45

ESCALA DE DOR										
BAIXA			MODERADA				INTENSA			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOTAL										
2										

CATETERES E SONDAS	
Cateter Central: ()	Local: MSD
Cateter Periférico: ☒	
Sonda Alim.: SNG () SOG () SNE ()	Data: / /
Sonda Vesical: SVD () SVA ()	Data: / /
Drenos:	Data: / /
Outros:	

3. EXAME FÍSICO

SISTEMA NEUROLÓGICO	☒ Consciente ☒ Orientado () Desorientado () Sedado () Torporoso () Comatoso
	() Agitado ☒ Reage aos estímulos () Não reage
PUPILAS	() Mióticas () Midriáticas ☒ Fotorreagentes () Não reagentes
	☒ Isocóricas () Anisocóricas
REGULAÇÃO TÉRMICA	() Hipotérmico () Afebril () Febril () Febre Alta Temp: 35.3 °C
OXIGENAÇÃO	☒ Eupnéico () Bradpnéico () Taquipnéico () Dispnéico
	☒ Ar ambiente () Oxigenoterapia: () Mascara de Venturi () Cateter nasal () Intubação
PELE	☒ Normocorada () Hipocorada () Cianótica () Ictérica
SISTEMA GASTROINTESTINAL	() SNG/SOG () SNE ☒ VO () Gavagem () Aberta () Êmese
	Evacuações: () Presente ☒ Ausente Flatos: () Presente () Ausente
APARELHO CARDIOVASCULAR	☒ Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Hipertenso
	Pulso: () Cheio ☒ Filiforme ☒ Rítmico () Arrítmico () Hipotenso
REGULAÇÃO ABDOMINAL	☒ Plano () Globoso () Distendido () Côncavo
	RHA: ☒ Presente () Ausente
SISTEMA URINÁRIO	☒ Espontâneo () SVD () Anúria () Disúria () Poliúria () Oligúria () Colúria () Hematúria
	() Cistostomia () Estimulo medicamentoso

Confere com o Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Código: FO.ENF.HSJ.007

Versão: 001

Data Elaboração:

07/01/2019

Página: 2 de 5

4. MANEJO DAS LESÕES

INTEGRIDADE CUTÂNEA	() Preservada ☒ Comprometida
TIPO DE LESÃO	☒ Ferida Operatória Local: <u>abdô</u>
CARACTERÍSTICAS DA FERIDA OPERATÓRIA	☒ Limpa ☒ Seca () Dor () Calor () Rubor
ASPECTO EXUDATIVO	() Seroso () Sanguinolento () Serossanguinolento () Purulento () Seropurulento
COLORAÇÃO EXUDATIVO	() Branca () Amarelada () Esverdeada () Achocolatada
QUANTIDADE EXUDATIVO	() Pouca () Média () Grande () Abundante
ODOR	☒ Ausente () Discreto () Acentuado
USO DE COBERTURA	☒ Sim. Qual:
SUBSTÂNCIA ESPECIAL	Durabilidade habitual: <u>01</u> dias ou se necessário. Troca de curativo: <u>15/05/19</u>
DIVULGAR	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
() Ansiedade relacionada à procedimento cirúrgico evidenciado por agitação, preocupação.	() Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores relacionada a secreções em grande quantidade
() Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirurgia e evidenciada por faces de dor/sofrimento	☒ Mobilidade física prejudicada relacionada à força insuficiente para movimentar-se evidenciada por cirurgia
() Retenção urinária relacionada à bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical e dor	() Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos evidenciado por sinais flogísticos
() Constipação relacionado à administração a administração de fármacos e modificações recentes no ambiente e evidenciado por timpanismo abdominal	() Náusea relacionada à período pós-operatório evidenciado por relato de náusea e palidez cutânea
() Padrão respiratório ineficaz relacionada à ansiedade evidenciado por dispneia, tosse e saturação alterada	() Déficit no auto-cuidado e higiene relacionada à fraqueza, dor e fadiga, evidenciado por incapacidade de fazer a própria higiene
() Padrão de sono alterado relacionado a mudança no ambiente e evidenciado por insônia	Outros: _____
APREZAMENTO	
☒ ferir e registrar SSVV de 6/6 horas	<u>16</u> <u>22</u> <u>09</u> <u>10</u>
☒ Observar alterações no nível de consciência	<u>Observar</u>
() Estimular deambulação/ atividades recreativas	<u>rotine</u>
☒ Verificar saturação de O2	
☒ Observar e anotar características da dor	
() Aplicar compressas () mornas () frias	
() Realizar mudança de decúbito de ____/____ horas	
☒ Observar e anotar edemas	
☒ Comunicar intercorrências ao enfermeiro	<u>comunicar</u>
☒ Comunicar reflexos de náuseas/êmese	<u>comunicar</u>
() Manter cabeça elevada à ____º (graus)	
☒ Observar integridade da pele se há sinais de rubor/calor	<u>observar</u>
☒ Realizar curativo na FO <u>01</u> vez ao dia	<u>01</u>
☒ Realizar troca de acesso venoso periférico	<u>SV</u>

Assinatura/Carimbo do Enfermeiro: _____

Assinatura: Maria Pereira da Silva
Enfermeira
Coren/Acre 354.368Confere com Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Código: FO.ENF.HSJ.007

Versão: 001

Data Elaboração:

07/01/2019

Página: 4 de 5

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

14/05/19 Solicito da lamina 01, abscate 20, 01 multivitamin para novo
doente, 10 unidades suficientes infusão. 12 (dois) 762-283

Prado
Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Código: FO.ENF.HSJ.007

Versão: 001

Data Elaboração:
07/01/2019

Página: 1 de 5

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: <u>Raimunda Araújo da Silva</u>	Leito: <u>109-A</u>
Data: <u>15/05/2019</u>	Prontuário: <u>24.873</u>
Idade: <u>33</u>	Dias Internação: <u>2</u>
Diagnóstico: <u>FDI Fratura de Tíbia</u>	
Precaução: ☒ Padrão ☐ Contato ☐ Gotículas ☐ Aerossóis	

2. AVALIAÇÃO DE RISCOS

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO				Pontuação
Percepção Sensorial	1. Completamente Limitada	2. Muito Limitada	3. Ligeiramente Limitada	4. Nenhuma Limitação
Umidade	1. Pele constantemente úmida	2. Pele muito úmida	3. Pele ocasionalmente úmida	4. Pele raramente úmida
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda
Mobidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação
Nutrição	1. Muito Pobre	2. Provável inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema Potencial	3. Nenhum problema	
TOTAL				

Valores de Referência: Risco baixo (15 a 18); Risco Moderado (13 a 14); Risco Alto (10 a 12); Risco Muito Alto (≤9)

ESCALA DE MORSE PARA RISCO DE QUEDA				PONTUAÇÃO
História de queda até três meses	Não: 0	Sim: 25		
Diagnóstico secundário	Não: 0	Sim: 15		
Deambulação	Normal/restrito ao leito: 0	Muleta/bengala/andador: 15	Se apoia nos móveis: 30	
Dispositivo intravenoso	Não: 0	Sim: 20		
Marcha	Normal/imóvel: 0	Marcha fraca: 10	Marcha prejudicada: 20	
Estado Mental	Orientado para sua capacidade: 0	Esquece suas limitações: 15		
TOTAL				

Valores de Referência: sem risco (≤24); baixo risco (entre 25-50); alto risco (≥51)

ESCALA DE DOR										
LEVE MODERADA INTENSA 012345678910										
TOTAL										

CATETERES E SONDAS	
Cateter Central: ()	Local: _____
Cateter Periférico: ()	
Sonda Aliment.: SNG () SOG () SNE ()	Data: / /
Sonda Vesical: SVD () SVA ()	Data: / /
Drenos: _____	Data: / /
Outros: _____	

3. EXAME FÍSICO

SISTEMA NEUROLÓGICO	() Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torporoso () Comatoso
PUPILAS	() Agitado () Reage aos estímulos () Não reage
REGULAÇÃO TÉRMICA	() Mióticas () Midríáticas () Fotorreagentes () Não reagentes
OXIGENAÇÃO	() Isocóricas () Anisocóricas
PELE	() Hipotérmico () Afebril () Febril () Febre Alta Temp: _____ °C
SISTEMA GASTROINTESTINAL	() Eupnéico () Bradpneico () Taquipnéico () Dispneico
APARELHO CARDIOVASCULAR	() Ar ambiente () Oxigenoterapia: () Mascara de Venturi () Cateter nasal () Intubação
REGULAÇÃO ABDOMINAL	() Normocorada () Hipocorada () Cianótica () Ictérica
SISTEMA URINÁRIO	() SNG/SOG () SNE () VO () Gavagem () Aberta () Êmese
	Evacuações: () Presente () Ausente Flatos: () Presente () Ausente
	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Hipertenso
	Pulso: () Cheio () Filiforme () Rítmico () Arritmico () Hipotenso
	() Plano () Globoso () Distendido () Côncavo
	RHA: () Presente () Ausente
	() Espontâneo () SVD () Anúria () Disúria () Poliúria () Oligúria () Colúria () Hematúria
	() Cistostomia () Estimulo medicamentoso

Assinatura
 Copiada com a Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Código: FO.ENF.HSJ.007

Versão: 001

Data Elaboração:

07/01/2019

Página: 2 de 5

4. MANEJO DAS LESÕES

INTEGRIDADE DE CUTÂNEA	() Preservada () Comprometida
TIPO DE LESÃO	() Ferida Operatória Local:
CARACTERÍSTICAS DA FERIDA OPERATÓRIA	() Limpa () Seca () Dor () Calor () Rubor
ASPECTO EXSUDATO	() Seroso () Sanguinolento () Serossanguinolento () Purulento () Seropurulento
COLORAÇÃO EXSUDATO	() Branca () Amarelada () Esverdeada () Achocolatada
QUANTIDADE EXSUDATO	() Pouca () Média () Grande () Abundante
ODOR	() Ausente () Discreto () Acentuado
USO DE COBERTURA / SUBSTÂNCIA ESPECIAL	() Sim. Qual: _____
DIRETIVAS CONDUTAS ESPECIFICAR	Durabilidade habitual: _____ dias ou se necessário. Troca de curativo: _____ / _____ / _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | |
|--|---|
| () Ansiedade relacionada à procedimento cirúrgico evidenciado por agitação, preocupação. | () Desobstrução ineficaz das vias aéreas superiores relacionada a secreções em grande quantidade |
| () Dor aguda relacionada a lesão tecidual/cirurgia e evidenciada por faces de dor/sofrimento | () Mobilidade física prejudicada relacionada à força insuficiente para movimentar-se evidenciada por cirurgia |
| () Retenção urinária relacionada à bloqueio no esfíncter urinário evidenciado por presença de globo vesical e dor | () Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos evidenciado por sinais flogísticos |
| () Constipação relacionado à administração a administração de fármacos e modificações recentes no ambiente e evidenciado por timpanismo abdominal | () Náusea relacionada à período pós-operatório evidenciado por relato de náusea e palidez cutânea |
| () Padrão respiratório ineficaz relacionada à ansiedade evidenciado por dispneia, tosse e saturação alterada | () Déficit no auto-cuidado e higiene relacionada à fraqueza, dor e fadiga, evidenciado por incapacidade de fazer a própria higiene |
| () Padrão de sono alterado relacionado a mudança no ambiente e evidenciado por insônia | Outros: _____ |

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

- | | |
|--|--|
| () Ferir e registrar SSVV de 6/6 horas | |
| () Observar alterações no nível de consciência | |
| () Estimular deambulação/ atividades recreativas | |
| () Verificar saturação de O2 | |
| () Observar e anotar características da dor | |
| () Aplicar compressas () mornas () frias | |
| () Realizar mudança de decúbito de ____/____ horas | |
| () Observar e anotar edemas | |
| () Comunicar intercorrências ao enfermeiro | |
| () Comunicar reflexos de náuseas/êmese | |
| () Manter cabeceira elevada à ____º (graus) | |
| () Observar integridade da pele se há sinais de rubor/calor | |
| () Realizar curativo na FO ____ vez ao dia | |
| () Realizar troca de acesso venoso periférico | |

Assinatura/Carimbo do Enfermeiro: _____

Brando
Confere com o Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque



FORMULÁRIO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA

Código: FO.ENF.HSJ.007

Versão: 001

Data Elaboração:

07/01/2019

Página: 4 de 5

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS COM JUSTIFICATIVA

Conferir com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Eletroacre **energia**

COMPANHIA DE ELETRICIDADE DO ACRE S.A.
Rua Valério Magalhães, 226 - Bosque - Rio Branco - AC
CNPJ: 04.065.033/0001-70 | Inscrito estadual: 01.004.141/001-46
Nota fiscal / Conta de Energia Elétrica / Série Única.

Para contato com a Eletroacre Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: 005648600

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2003.

SEU CÓDIGO

0304756-3

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
SETEMBRO/2019	17/09/2019	130	173,72

GABRIELLY BEATRIZ DA SILVA ARAUJO
TV COIMBRA 14 BAHIA VELHA
CPF: 00001482539209
CEP: 69.909-710 - RIO BRANCO

ROT: 9.001.09.13.003330

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	11431	Atual:	10/09/2019
Anterior:	11301	Anterior:	10/08/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	09/10/2019
Consumo Medido:	130	Emissão:	09/09/2019
Consumo Faturado:	130	Apresentação:	10/09/2019

Forma de Faturamento: **NORMAL** Código de Irregularidade: Dias de Consumo: **31**

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	7204067		1.1.1.1	95

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
AGO/19	138	CONSUMO 130 A R\$ 0,818492 =	106,40
JUL/19	129	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,97
JUN/19	147	CORRECAO MONETARIA IG 08/19-00	0,63
MAI/19	173	MULTA POR ATRASO 08/19-00	4,95
ABR/19	61	PARCELAMENTO DE DEBITO 4/6	55,12
MAR/19	0	JUROS DE MORA DE IMPO 08/19-00	1,65
FEV/19	99	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	5,19
JAN/19	115		
DEZ/18	0		
NOV/18	0		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 130 - 0,637770

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Parabéns! Até o dia 09/09/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO C54E.95C7.9B6C.D8EE.C000.2B38.F07D.3EDA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$			IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$		
Distribuição:	31,10		Base de Cálculo:		106,40
Energia:	40,11		Alíquota ICMS:	16,00%	
Transmissão:	0,94		Valor do ICMS:		17,02
Encargos:	10,77		Valor do PIS:	1,08%	1,15
Tributos:	23,48		Valor do COFINS:	4,99%	5,31

	DIC			FIC			DMIC			DICRI		
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
Limite	9,24	18,49	36,99	4,83	9,66	19,32	4,99					
Realizado	0,00			0,00			0,00					

Consumo: **TANGARA** Período de apuração: **07/2019** EUSD: **47,90**

COMPREV - PREVIDÊNCIA S/A
17 out 2009
PROTÓCOLO
AG- RIO-BRANCO