

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

CRISTIAN RAUF DA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
363228 SSP AC

CPF
757.040.562-53

DATA NASCIMENTO
11/05/1983

PLACAO

MARIA JOCINEIDE DA COSTA

PERMISSAO

ACC

CAT. HAB.
A.B

Nº REGISTRO
03797325586

VALIDADE
14/07/2020

1ª PRELACAO
30/03/2006

OBSERVAÇÕES

1

31 07

CRISTIAN RAUF DA COSTA

LOCAL
RIO BRANCO - ACRE

DATA EMISSAO
16/07/2015

18332367081
AC406310793

DETRAN AC (ACRE)

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL
1022685960

1022685960

TORRES ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

CRISTIAN RAUF DA COSTA, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 363228 SSP/AC e inscrito no CPF sob o nº 757.040.512-53, residente e domiciliado à Travessa Boa Esperança, nº 71, Casa 02 – Bairro Doca Furada, nesta cidade, desejando obter os benefícios da Justiça Gratuita, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, fazendo jus, portanto, aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Rio Branco – Acre, 29 de maio de 2019.


CRISTIAN RAUF DA COSTA

Rev. João Vitor, nº 113, Rua... e 87, nº 303, Rio Branco, Acre.
Fone: (068) 32661111 e 32661112
E-mail: joao.vitor@torresadvocacia.com.br

TORRES ADVOCACIA

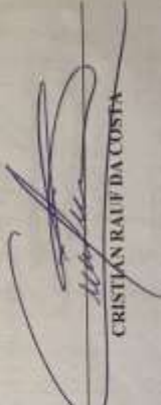
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CRISTIAN RAUF DA COSTA, brasileiro, solteiro, portador do RG nº 363228 SSP/AC e inscrito no CPF sob o nº 757.040.562-53, residente e domiciliado à Travessa Boa Esperança, nº 71, Casa 02 - Bairro Doca Furtado, nesta cidade, nomeia e constitui sua bastante procuradora.

OUTORGADO: LORENA LEAL DE ARAÚJO TORRES, brasileira, casada, advogada, OAB/AC nº 3317, com endereço profissional, onde recebe as intimações de praxe, situado à Rua João XXIII, n.º 753, Bosque - CEP 69.900-580, Rio Branco - AC.

Pelo presente instrumento particular de procuração, o Outorgante acima qualificado, nomeia e constitui como sua procuradora a advogada acima indicada e qualificada, a quem confere amplos poderes contidos nas cláusulas *ad iudicium et extra*, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber citação, inclusive receber e assinar alvarás judiciais, agindo em conjunto ou separadamente com outro(s) advogado(s), podendo ainda substelecer esta para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e válido.

Rio Branco - AC, 29 de maio de 2019,


CRISTIAN RAUF DA COSTA

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL - SEPC
1ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - 1PRPC
ENDEREÇO: RUA HENRIQUE DAVILA, Nº 118 - BAIRRO BOSSALZE - CEP 69061-911
RIO BRANCO - AC
TELEFONE: (16) 328-4208

B.O.
OFF-LINE

Registro: 280402019 11:55:04

OCCORRÊNCIA Nº 402/2019

DATA/HORA do fato, APROXIMADAMENTE, 11/04/2019

FATO COMUNICADO:
ACIDENTE DE TRANSITO

LOCAL: AVENIDA CEARÁ, EM FRENTE AO POSTO EQUATORIAL, PROXIMO A TV RIO BRANCO, RIO BRANCO, AC.

Município: Rio Branco Estado: AC
Logradouro: AVENIDA CEARÁ, PROXIMO A TV RIO BRANCO, CEP: 69200-000
Bairro: ESTACÃO EXPERIMENTAL
Tipo de Local: VIA PÚBLICA

COMUNICANTE/VÍTIMA: CRISTIAN RAULF DA COSTA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA NATURALIDADE: RIO BRANCO/AC, ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, DATA DE NASCIMENTO: 11/06/1983, RG: 3832285SP/AC, FILIAÇÃO: MARIA JOSENE DA COSTA, RESIDENTE: TRAV. BOA ESPERANÇA, 71, CASA 02, Bairro DOÇA FURTADO, FONE: 88.98401 6433

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRANSITO

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

O COMUNICANTE INFORMA QUE POR VOLTA DAS 06:30H ESTAVA DESLOCANDO-SE PARA O TRABALHO, COMO FAZ TODAS AS MANHÃS E QUE FAZ O TRAJETO DE SUA CASA AO TRABALHO DE BICICLETA, QUANDO EM CERTO LOCAL, EM FRENTE AO POSTO EQUATORIAL NA AVENIDA CEARÁ, HAVIA UM VEÍCULO ESTACIONADO NA VIA OCULTISTA E QUE O COMUNICANTE AO TENTAR DESVIAR DESSE VEÍCULO A RODA DA BICICLETA BATEU CONTRA UM "OLHO DE GATO OU TARTARUGUINHA", FAZENDO COM QUE O COMUNICANTE PERDESSE O CONTROLE DA BICICLETA VINDO A CAIR, COM ESSA QUEDA O COMUNICANTE FRATUROU A CLAVÍCULA, CORTOU A CABEÇA E TEVE VÁRIAS ESCORRIÇÕES PELO CORPO. POR ESTÁ MUITO ABALADO NÃO FOI POSSÍVEL AMOTAR A PLACA DO VEÍCULO QUE ESTAVA ESTACIONADO IRREGULARMENTE E QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E MESMO MUITO MACHUCADO CHEGOU AO LOCAL DE TRABALHO EMPURRANDO A BICICLETA E QUE SOMENTE DEPOIS FOI LEVADO PARA SER ATENDIDO NA UPA DO 3º DISTRITO.

OBS.: A PRESENTE OCORRÊNCIA FOI REGISTRADA FORA DO SISTEMA LINESP EM DECORRÊNCIA DA IMPOSSIBILIDADE DO MESMO NO HORÁRIO DA SUA LAVRATURA, ESTE BOLETIM É VÁLIDO PARA TODOS OS FINS LEGAIS E SEM DEVOIMENTO INSERIRDO NO SINESP APÓS REESTABELECIMENTO DE SUAS OPERAÇÕES.

EDUARDO A.A. SANTA BARBARA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

EDSON CARLOS MATOS PORTIELA
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL

CRISTIAN RAULF DA COSTA
COMUNICANTE

COMPREVE ATENDÊNCIA S/A
07 MA 2019
PROTOCOLO

S Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

AR-3153819/19
Vítima: CRISTIAN RAUF DA COSTA
CPF: 757.040.562-53
Seguradora: ARAUJO SEGURADORA S/A

Data de aquisição: 11/04/2019
Titular do CPF: COSTA

CPF da: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Protocolo de ocorrência
Comprovação de ato declarativo
Declaração de Inscrição de IM
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

CRISTIAN RAUF DA COSTA: 757.040.562-53
Assinatura de pagamento
Comprovação de incidência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvogadro.com.br ou ligue 0800-8221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Essa valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 5194 / 94.

Documentação recebida sob conformidade.

A documentação solicitada aos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocoladas como comprovante de entrega por meio de carimbo ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A regularidade pelo guarda dos documentos originais é de inteira responsabilidade do interessado/sinista.

Particular da documentação entregue	Responsável pelo custodiamento na seguradora
Data da entrega: 07/07/2019 Nome: CRISTIAN RAUF DA COSTA CPF: 757.040.562-53	Data do cadastramento: 07/05/2019 Nome: GUSTAVO BARBOSA KREHER DA SILVA CPF: 383.757.483-15
CRISTIAN RAUF DA COSTA	GUSTAVO BARBOSA KREHER DA SILVA



Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME: Castien Reu / do Costa

O paciente supracitado apresenta Fratura de
Clevicula Esquerda a partir de 22/04/19

ou há —, tendo sido tratado com - Analgésicos,
Osteossíntese de clevicula com FK.

No momento, encontra-se - com dor leve no ombro
E, com limitação funcional MSE
consentindo capacidade de pre-
realizar atividades diárias
segue curtilo do umgo

CID: 5420

Médico

Rio Branco - AC

15 MAI 2019

15/05/19.

**UPA DO
TUCUMÃ
UNINORTE
*POSTO
RONEY
MEIRELES
*FAMETA**

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
FUNDAÇÃO HOSPITALAR ESTADUAL DO ACRE

AUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA E REABILITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			CNS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>Artur Raul de Costa</i>			Nº DO PRONTUÁRIO
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		DATA DE NASCIMENTO	SEXO
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		COD. IBGE MUNICÍPIO	UF RAÇA/COR

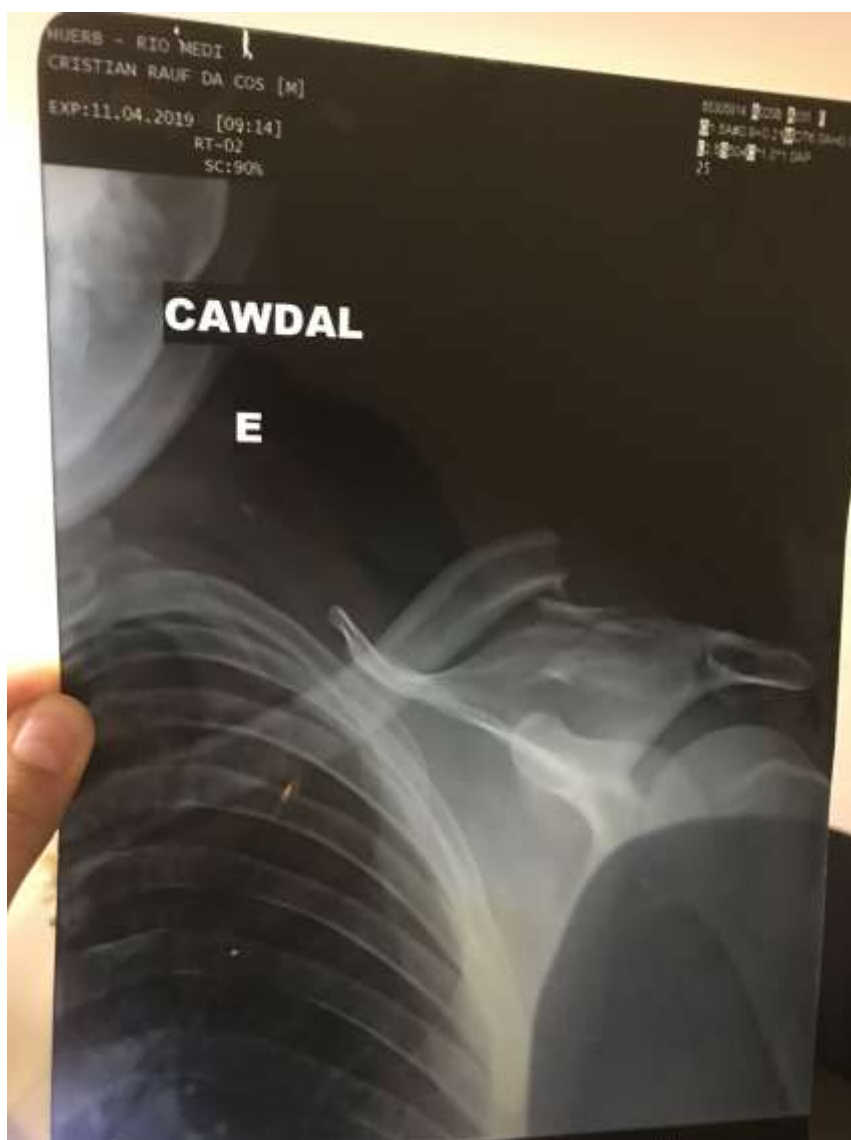
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Fisioterapia</i>

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)	
DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fratura clavícula</i>	CID 10 PRINCIPAL <i>S42.0</i>
OBSERVAÇÕES <i>gouho ADM Fecho lacunado muscular</i>	

SOLICITAÇÃO	
NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	DATA DA SOLICITAÇÃO <i>19/06/19</i>
CBO	Nº DOCUMENTO CNS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

[Assinatura]



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190310374

Vítima: CRISTIAN RAUF DA COSTA

Data do Acidente: 11/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CRISTIAN RAUF DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14281450





Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Carta nº: 14295203

A/C: CRISTIAN RAUF DA COSTA

Sinistro: 3190310374 ASL-0152819/19
CRISTIAN RAUF DA COSTA
Data Acidente: 11/04/2019
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM COBERTURA TÉCNICA

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/05/2019** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/04/2019** e, de acordo com a análise realizada, esclarecemos que o dano reclamado não é decorrente de evento sujeito à cobertura técnica pelo Seguro DPVAT.

Diante do exposto, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato com a COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado, ou conosco por meio do 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01057/01058 - carta_10 - INVALIDEZ



[illegible]

0708010134-0.487 201

HISTÓRIA DO DOENTE

HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DE RIO BRANCO

NO DO DOENTE: 4611238 DATA: 11/04/2019 HORA: 06:40 USUÁRIO: [assinado]

COD: 8980288193953 SETOR: UF: SALA DE GUERDA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: CHRISTIAN RAUF DA COSTA NASC: 11/05/1983 SEXO: MASCULINO

IDADE: 35 ANOS ENDEREÇO: RUA LINDREIRA BATERIO: NOVA ESTACAO UF: AC CEP: 65900-000

CONEJUNTO: RIO BRANCO

NOME PAI/MAE: O PROCURIO

PROCURIO: URA VIA VERDE

PROCURIO: SUSPENSÃO DE PLACENTA

CASO POLICIAL: NAO

ACER: TRABALHAR: NAO

PA: X ANOS: PULSO: [] TEND: [] PESO: [] PC: [] SPES: []

EXAM. COMPL: [] PAIO X: [] SANGUE: [] URINA: [] LICO: [] LICO: [] ULTRASSONOGRAFIA

SITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: [] / [] / []

DADOS CLÍNICOS:

QBS. EXPLORAÇÃO: CLASSEIF. [] VERDE [] AVARELO [] VERMELHO [] AMEL. []

ESCALA DA DOR: [] SEM DOR [] LEVE [] MODERADA [] INTENSA []

DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO

87 MM Hg

PROLAPSO

DATA DA SAÍDA: []

ALTA: [] EXCISÃO MÉDICA [] A PERDIDA [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SITOM): []

TRANSFUSÃO (UNIDADE DE SANGUE): []

SAÍDA: [] ATN 48H [] APOZ 48H []

FAMÍLIA: [] IMI [] AMT: []

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: [] ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: []

HUERR
HOSPITAL DE UBERLÂNDIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
PROTÓCOLO DE MANUTENÇÃO

CLÍNICO
ODONTOLÓGICO

CLASSIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE
QUEIXA PRINCIPAL

FLUXOGRAMA

DISCRIMINADOR

PARÂMETROS

PA	X	mmHg	Temp. °C	Sat. O2 %	Peso	Puls. bpm
ESCALA DE DOR						

CLASSIFICADOR
(paciente e ambiente)

RECLASSIFICAÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

At _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

☐ Medicação Via Oral - VO, com _____ ml de água potável.

☐ Medicação Intramuscular - IM, local _____.

☐ Medicação Endovenosa - EV, introduzida em () MEE () HED, total com () Lúcio nº _____ () Solut nº _____.

☐ Medicação sublingual _____.

☐ Medicação subcutânea, local _____.

☐ NEZ _____.

Atropina administrada: _____.

ADMISSÃO NA OBSERVAÇÃO DE METRÊNCIA

At _____

Assinatura: _____

[illegible]

 Governo do Estado do Acre SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE		Unidade: _____	
Formulário de Autorização de Internação Hospitalar		Formulário de Autorização de Internação Hospitalar	
1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nome: <u>LESTON MARC DA SILVA</u> Idade: <u>25</u> anos Sexo: <u>M</u> Profissão: <u>---</u> Endereço: <u>---</u> Cidade: <u>---</u> Estado: <u>---</u> CPF: <u>---</u> RG: <u>---</u>		2. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nome: <u>LESTON MARC DA SILVA</u> Idade: <u>25</u> anos Sexo: <u>M</u> Profissão: <u>---</u> Endereço: <u>---</u> Cidade: <u>---</u> Estado: <u>---</u> CPF: <u>---</u> RG: <u>---</u>	
3. HISTÓRICO DA DOENÇA Doença: <u>---</u> Diagnóstico: <u>---</u> Exames: <u>---</u> Tratamento: <u>---</u> Prognóstico: <u>---</u>		4. HISTÓRICO DA DOENÇA Doença: <u>---</u> Diagnóstico: <u>---</u> Exames: <u>---</u> Tratamento: <u>---</u> Prognóstico: <u>---</u>	
5. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO Indicação: <u>---</u> Justificativa: <u>---</u> Assinatura do Médico: <u>---</u> Assinatura do Enfermeiro: <u>---</u> Assinatura do Farmacêutico: <u>---</u>		6. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO Indicação: <u>---</u> Justificativa: <u>---</u> Assinatura do Médico: <u>---</u> Assinatura do Enfermeiro: <u>---</u> Assinatura do Farmacêutico: <u>---</u>	
7. OBSERVAÇÕES ---		8. OBSERVAÇÕES ---	
9. ASSINATURAS E RUBRICAS Assinatura do Médico: <u>---</u> Assinatura do Enfermeiro: <u>---</u> Assinatura do Farmacêutico: <u>---</u>		10. ASSINATURAS E RUBRICAS Assinatura do Médico: <u>---</u> Assinatura do Enfermeiro: <u>---</u> Assinatura do Farmacêutico: <u>---</u>	

SAME / MUNICIPIO _____
COPIA _____
CONFIRMAC. ORIGINAL _____

 **Novo Acre** 

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E BEM-ESTAR

Unidade: _____

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

De: _____ (PAZED)

Para: _____ (MHC / Hospital)

Nome do paciente: Vestiane Raul F. da Costa

Hipótese diagnóstica: Estado de Choque

ANOTAÇÕES DE INTERESSE PARA O CASO:

Seu Filho de 10x

20/06/19

ASSINATURA



Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: _____

História da Doença Atual: _____

História da Doença Anterior: glauc

Exame Físico: _____

Diagnóstico Provisório: Ex. CLAUDELO DEBORA S

Diagnóstico Definitivo: _____

Motivo da Cobrança: _____

11-ALTA CLÍNICA

12-ALTA MELHORADA

13-ALTA INALTERADA

14-ALTA PEDIDO

15-ALTA INTERNO DO DIAGNÓSTICO

16-ALTA ADMINISTRATIVA

17-ALTA POR INICIATIVA

18-ALTA POR EXAÇÃO

19-ALTA POR IMPOSS. EM REGIME AMBULATORIAL

20-ALTA POR IMPOSS. PROF. DA DOENÇA

21-TERMINAÇÃO POR CARACT. PROF. DA DOENÇA

22-TERMINAÇÃO POR INTENSÃO

23-TERMINAÇÃO POR MOTIVO SOCIAL

24-POR DOENÇA CRÔNICA

25-POR DOENÇA AGUDA

26-TERMINAÇÃO POR FISIOLÓGICA

27-TERMINAÇÃO POR PSICOLÓGICA

28-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA MÉDICA

29-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA CIRÚRGICA

30-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

31-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

32-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

33-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

34-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

35-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

36-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

37-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

38-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

39-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

40-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

41-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

42-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

43-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

44-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

45-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

46-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

47-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

48-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

49-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

50-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

51-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

52-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

53-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

54-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

55-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

56-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

57-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

58-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

59-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

60-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

61-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

62-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

63-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

64-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

65-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

66-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

67-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

68-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

69-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

70-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

71-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

72-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

73-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

74-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

75-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

76-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

77-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

78-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

79-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

80-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

81-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

82-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

83-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

84-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

85-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

86-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

87-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

88-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

89-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

90-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

91-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

92-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

93-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

94-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

95-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

96-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

97-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

98-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

99-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA PEDIÁTRICA

100-TERMINAÇÃO POR CLÍNICA OBSTÉTRICA

51-ÓBITO INEQUIVOCANTE 24 HS DA INTERNAÇÃO

52-ÓBITO INEQUIVOCANTE 48 HS DA INTERNAÇÃO

53-ÓBITO INEQUIVOCANTE 72 HS DA INTERNAÇÃO

54-ÓBITO INEQUIVOCANTE 96 HS DA INTERNAÇÃO

55-ÓBITO INEQUIVOCANTE 120 HS DA INTERNAÇÃO

56-ÓBITO INEQUIVOCANTE 144 HS DA INTERNAÇÃO

57-ÓBITO INEQUIVOCANTE 168 HS DA INTERNAÇÃO

58-ÓBITO INEQUIVOCANTE 192 HS DA INTERNAÇÃO

59-ÓBITO INEQUIVOCANTE 216 HS DA INTERNAÇÃO

60-ÓBITO INEQUIVOCANTE 240 HS DA INTERNAÇÃO

61-ÓBITO INEQUIVOCANTE 264 HS DA INTERNAÇÃO

62-ÓBITO INEQUIVOCANTE 288 HS DA INTERNAÇÃO

63-ÓBITO INEQUIVOCANTE 312 HS DA INTERNAÇÃO

64-ÓBITO INEQUIVOCANTE 336 HS DA INTERNAÇÃO

65-ÓBITO INEQUIVOCANTE 360 HS DA INTERNAÇÃO

66-ÓBITO INEQUIVOCANTE 384 HS DA INTERNAÇÃO

67-ÓBITO INEQUIVOCANTE 408 HS DA INTERNAÇÃO

68-ÓBITO INEQUIVOCANTE 432 HS DA INTERNAÇÃO

69-ÓBITO INEQUIVOCANTE 456 HS DA INTERNAÇÃO

70-ÓBITO INEQUIVOCANTE 480 HS DA INTERNAÇÃO

71-ÓBITO INEQUIVOCANTE 504 HS DA INTERNAÇÃO

72-ÓBITO INEQUIVOCANTE 528 HS DA INTERNAÇÃO

73-ÓBITO INEQUIVOCANTE 552 HS DA INTERNAÇÃO

74-ÓBITO INEQUIVOCANTE 576 HS DA INTERNAÇÃO

75-ÓBITO INEQUIVOCANTE 600 HS DA INTERNAÇÃO

76-ÓBITO INEQUIVOCANTE 624 HS DA INTERNAÇÃO

77-ÓBITO INEQUIVOCANTE 648 HS DA INTERNAÇÃO

78-ÓBITO INEQUIVOCANTE 672 HS DA INTERNAÇÃO

79-ÓBITO INEQUIVOCANTE 696 HS DA INTERNAÇÃO

80-ÓBITO INEQUIVOCANTE 720 HS DA INTERNAÇÃO

81-ÓBITO INEQUIVOCANTE 744 HS DA INTERNAÇÃO

82-ÓBITO INEQUIVOCANTE 768 HS DA INTERNAÇÃO

83-ÓBITO INEQUIVOCANTE 792 HS DA INTERNAÇÃO

84-ÓBITO INEQUIVOCANTE 816 HS DA INTERNAÇÃO

85-ÓBITO INEQUIVOCANTE 840 HS DA INTERNAÇÃO

86-ÓBITO INEQUIVOCANTE 864 HS DA INTERNAÇÃO

87-ÓBITO INEQUIVOCANTE 888 HS DA INTERNAÇÃO

88-ÓBITO INEQUIVOCANTE 912 HS DA INTERNAÇÃO

89-ÓBITO INEQUIVOCANTE 936 HS DA INTERNAÇÃO

90-ÓBITO INEQUIVOCANTE 960 HS DA INTERNAÇÃO

91-ÓBITO INEQUIVOCANTE 984 HS DA INTERNAÇÃO

92-ÓBITO INEQUIVOCANTE 1008 HS DA INTERNAÇÃO

93-ÓBITO INEQUIVOCANTE 1032 HS DA INTERNAÇÃO

94-ÓBITO INEQUIVOCANTE 1056 HS DA INTERNAÇÃO

95-ÓBITO INEQUIVOCANTE 1080 HS DA INTERNAÇÃO

96-ÓBITO INEQUIVOCANTE 1104 HS DA INTERNAÇÃO

97-ÓBITO INEQUIVOCANTE 1128 HS DA INTERNAÇÃO

98-ÓBITO INEQUIVOCANTE 1152 HS DA INTERNAÇÃO

99-ÓBITO INEQUIVOCANTE 1176 HS DA INTERNAÇÃO

100-ÓBITO INEQUIVOCANTE 1200 HS DA INTERNAÇÃO

[illegible]

HOSPITAL SANTA JULIANA
Rua Aracá, 507 - 68060-300 - Rio Branco - AC
CNPJ: 06.539.445/0003-36
Tel: (68) 3272-4780 - Fax: (68) 3273-7742 - E-mail: hospital@hsj.org.br

FICHA DE INTERNAÇÃO

Pontuação: 158403 - 4
Entrada: 22/04/2019
Data Expediente: 22/04/2019
Aplicação: 110 B

Paciente: **CRISTIAN RAUF DA COSTA**

Reg. Geral: 363228
CPF: 75754054253
DI: 11/05/1983
Est. Civil: SOLTEIRO(A)
Natur: BRANCO
Sexo: M
Idade: 36 Anos

Nacionalidade: BRASIL
End: RUA LONDRINA
CEP: 68060-300
Cidade: Rio Branco
UF: AC

Nome: NOVA ESTACAO
CPF: 099553809
Cid: ***
Fonte: Contato: 363228681
Profissão: ASSISTENTE
MÃE: MARIA JOCEIDE DA COSTA

Local de Trabalho: PAI

Res: CRISTIAN RAUF DA COSTA
Cidade: Rio Branco
UF: AC

Fone Res: - 99553009

Melhoria da Internação: Clínica Ortopédica
Convênio SUS
Nro Carteira:
Nro Guia:
Médico (a): FRANCIS KASHIMA

Observação: AII EM ANEXO SOLICITAÇÃO NUMERO 79412756 ATT ALINE

Atendente: Sanyo Silva do Nascimento

TERMO PARA INTERNAÇÃO E TRATAMENTO

Auto: A informação de CRISTIAN RAUF DA COSTA nesta hospitalização como se tratasse de paciente, possui a responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a partir de sua assinatura, ficando o Hospital isento de qualquer responsabilidade civil sobre eventual danos que porventura possa ocorrer nas dependências do Hospital.

Rio Branco - AC, 22 de abril de 2019

AVISO

O Hospital Santa Juliana, antes de adotar qualquer medida de segurança de serviços de saúde, prescreve ou trata de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que a partir desta data, o Hospital não se responsabiliza pelo paciente e seus acompanhantes a partir de sua assinatura, ficando o Hospital isento de qualquer responsabilidade civil sobre eventual danos que porventura possa ocorrer nas dependências do Hospital.

Rio Branco - AC, 22 de abril de 2019

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO

Assinatura: *[Assinatura]*
Estimador: *[Assinatura]*
Simplificação: *[Assinatura]*

HOSPITAL SANTA JULIANA
Rua Aracá, 507 - 68060-300 - Rio Branco - AC
CNPJ: 06.539.445/0003-36
Tel: (68) 3272-4780 - Fax: (68) 3273-7742 - E-mail: hospital@hsj.org.br

FICHA DE INTERNAÇÃO

Pontuação: 158403 - 4
Entrada: 22/04/2019
Data Expediente: 22/04/2019
Aplicação: 110 B

Paciente: **CRISTIAN RAUF DA COSTA**

Reg. Geral: 363228
CPF: 75754054253
DI: 11/05/1983
Est. Civil: SOLTEIRO(A)
Natur: BRANCO
Sexo: M
Idade: 36 Anos

Nacionalidade: BRASIL
End: RUA LONDRINA
CEP: 68060-300
Cidade: Rio Branco
UF: AC

Nome: NOVA ESTACAO
CPF: 099553809
Cid: ***
Fonte: Contato: 363228681
Profissão: ASSISTENTE
MÃE: MARIA JOCEIDE DA COSTA

Local de Trabalho: PAI

Res: CRISTIAN RAUF DA COSTA
Cidade: Rio Branco
UF: AC

Fone Res: - 99553009

Melhoria da Internação: Clínica Ortopédica
Convênio SUS
Nro Carteira:
Nro Guia:
Médico (a): FRANCIS KASHIMA

Observação: AII EM ANEXO SOLICITAÇÃO NUMERO 79412756 ATT ALINE

Atendente: Sanyo Silva do Nascimento

TERMO PARA INTERNAÇÃO E TRATAMENTO

Auto: A informação de CRISTIAN RAUF DA COSTA nesta hospitalização como se tratasse de paciente, possui a responsabilidade do paciente e seus acompanhantes a partir de sua assinatura, ficando o Hospital isento de qualquer responsabilidade civil sobre eventual danos que porventura possa ocorrer nas dependências do Hospital.

Rio Branco - AC, 22 de abril de 2019

AVISO

O Hospital Santa Juliana, antes de adotar qualquer medida de segurança de serviços de saúde, prescreve ou trata de valores, tais como, celulares, notebook, computadores ou joias, por esse motivo, informamos que a partir desta data, o Hospital não se responsabiliza pelo paciente e seus acompanhantes a partir de sua assinatura, ficando o Hospital isento de qualquer responsabilidade civil sobre eventual danos que porventura possa ocorrer nas dependências do Hospital.

Rio Branco - AC, 22 de abril de 2019

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO

Assinatura: *[Assinatura]*
Estimador: *[Assinatura]*
Simplificação: *[Assinatura]*

4

FORMULÁRIO	
ADMISSÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRÚRGICO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME: <u>Luiz Carlos Raul da Costa</u>	PROFISSIONÁRIO: <u>68403-3</u>
DATA DA CIRURGIA: <u>23/04/2019</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>14/05/1988</u>
PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO	
HORA: <u>13:40</u>	
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: <u>ela-linda (E)</u>	
SINAIS VITAIS: PA: <u>120 x 80</u> mmHg FC: <u>80</u> bpm SPO2: <u>95</u> % TAX: <u>95</u> °C	
PESO: <u>84</u> kg ALTURA: <u>1,71</u> m	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:	
☒ LÚCIDO ☒ CONSCIENTE ☐ TORPORIZADO ☐ DESORIENTADO ☐ COMATOZO	
PACIENTE: ☐ DEAMBULANDO ☒ CADEIRA DE RODAS ☐ MACA	
ESTADO EMOCIONAL: ☐ ANSIOSO ☐ TRANQUÍLO ☒ EMOTIVO	
CIRURGIAS ANTERIORES: ☐ SIM ☒ NÃO	
QUAIS:	
COMORBIDADES: ☐ HAS ☐ DIABETES MELITUS ☐ OUTRAS	
MEDICAMENTOS EM USO: ☐ SIM ☒ NÃO	
QUAIS:	
ALERGIA: ☒ SIM ☐ NÃO QUAL: <u>Drogas, Anestésicos</u>	
☐ TABAGISTA ☒ ETLISTA ☐ 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:	
RETRADO PRÓTESES, LENTES E ADOREÇOS: ☐ SIM ☒ NÃO	
IDENTIFICADAS E ENTREGUES AO FAMILIAR: ☐ SIM ☒ NÃO	
PORTANDO ACESSO VENOSO: ☒ SIM ☐ NÃO DOM FLUXO: ☒ SIM ☐ NÃO	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:	
<u>Foi utilizado os seringa de 10 ml para lavar</u>	
<u>AVP</u>	
ASSINATURA/COREN DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:	
<u>Márcia L. da Silva</u>	
COREN AC 561190 001	

4

Código: FO 183/CC-001
Versão: 01
Página: 1/3

TRANS-OPERATÓRIO

SALA OPERATÓRIA: <u>05</u>	HORÁRIO DE ENTRADA: <u>13:45</u>				
CIRURGIA: <u>Tubo Orotraqueal e Laparoscopia</u>					
LOCAL ANATômICO DA CIRURGIA: <u>Híg</u>					
CIRÚRGIO: <u>F. do Rêa</u>	AUXILIAR: <u>Thaís / Maca Coimbra</u>				
INSTRUMENTADOR: <u>Alu</u>	PERFUSIONISTA: <u>-</u>				
ANESTESIOLOGISTA: <u>Alu</u>	CIRCULANTE: <u>F. do Rêa</u>				
ANESTESIA: ☐ LOCAL ☐ SEDACÃO ☐ TRAQUEIANA ☐ PERIDURAL ☐ PLEURO					
GENERAL VENOSA: <u>GENERAL INALATÓRIA</u>					
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>13:45</u>	FIM DA CIRURGIA: <u>15:50</u>				
SINAIS VITAIS:					
HORA	PA	FC	PULSO	SPO2	TAX
<u>13:45</u>	<u>80 x 55 mmHg</u>	<u>59 bpm</u>	<u>-</u>	<u>95</u>	<u>-</u>
<u>15:50</u>	<u>91 x 41 mmHg</u>	<u>86 bpm</u>	<u>-</u>	<u>98</u>	<u>-</u>
<u>14:40</u>	<u>92 x 54 mmHg</u>	<u>57 bpm</u>	<u>-</u>	<u>100</u>	<u>-</u>
POSICIONAMENTO CIRÚRGICO:					
☐ DECÚBITO DORSAL OU POSIÇÃO SUPINA ☐ TRENDELENBURG					
☐ DECÚBITO VENTRAL OU POSIÇÃO PRONA ☐ TRENDELENBURG REVERSA					
☐ DECÚBITO LATERAL DIREITO ☐ GINECOLÓGICA OU LITOMÍCA					
☐ DECÚBITO LATERAL ESQUERDO ☒ FOWLER ☐ CANIVETE					
ACESSOS VENOSOS: ☒ SIM ☐ NÃO BOM FLUXO: ☒ SIM ☐ NÃO					
TUBO OROTRAQUEAL: ☒ SIM ☐ NÃO Nº DO TUBO: <u>7.5</u> QUANTIDADE: <u>01</u>					
HORA DA INTUBAÇÃO: <u>15:45</u> HORA DA EXTUBAÇÃO: <u>15:55</u>					
OXIGENOTERAPIA: ☒ SIM ☐ NÃO LITROS/MIN: <u>22</u>					
HORA DE INÍCIO: <u>13:45</u> HORA DE TÉRMINO: <u>15:50</u>					
SONDAS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL: <u>-</u> QUANTIDADE: <u>-</u>					
CARACTERÍSTICA:					
DRENOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL: <u>-</u> QUANTIDADE: <u>-</u>					
CARACTERÍSTICA:					
USO DO BISTURI ELÉTRICO: ☒ SIM ☐ NÃO ☒ MONOPOLAR ☐ BIPOLAR					
LOCAL DA PLACA DISPERIVA: <u>Pericárdio</u>					
PORTE DA CIRURGIA POR TEMPO:					
☒ PORTE I (ATÉ 2H) ☐ PORTE II (2 A 4H) ☐ PORTE III (4 A 6H) ☐ PORTE IV (> QUE 6H)					

Código: FO 183/CC-001
Versão: 01
Página: 2/3

PEÇA CIRÚRGICA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL: <u>4</u>	TERMINO DA ANESTESIA: <u>14:50</u>
TERMINO DA CIRURGIA: <u>14:50</u>	TERMINO DAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: ☒ NÃO
INTERCORRÊNCIAS: ☐ SIM ☒ NÃO	DEAMBULANDO: ☒ MACA ☐ CADEIRA DE RODAS
ENCAMINHADO ÀS: <u>15:00</u>	RESIDÊNCIA
LOCAL: ☒ RPA ☐ UTI ☐ LEITO ☐ RESIDÊNCIA	
ANEXO: ☒ RELATÓRIO DE CIRURGIA	
☒ CHECK LIS DE CIRURGIA SEGURA	☒ FICHA DE ANESTESIA
☒ RASTREABILIDADE DO MATERIAL	☒ PRESCRIÇÃO MÉDICA
☒ CONTROLE DE GASTO DE MATERIAL	☒ PEDIDO DE ANATOMO PATOLÓGICO
☒ FICHA DE AUTO CUSTO	☒ EXAMES
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:	
<i>Assinatura de Enfermeira</i> <i>Enfermeira</i>	
ASSINATURA/COPIA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:	
POS-OPERATÓRIO IMEDIATO HORA DE ENTRADA NA RPA: <u>15:05</u> ACOMPANHADO POR: <u>ANESTESIA</u> CIRURGIÃO: <u>T.C.F. de Oliveira</u> NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ LÚCIDO ☐ SONOLENTO ☐ INCONSCIENTE ☐ TORPIMENTO ☐ DESORIENTADO ☐ COMATOSO ☐ AGITADO QUEIXAS: ☐ DOR ☐ ÊMESE ☐ NAUSEAS ☐ FRIO ☐ DISPNEIA ☐ TONTURAS ☐ OUTRAS, ESPECIFICAR:	

Código: FO-HSI-CC-001
Versão: 01
Página: 3/3

OXIGENOTERAPIA: ☐ SIM ☒ NÃO LITROS/MIN: <u>10</u>	HORA DE INÍCIO: <u>10:09</u>
LOCAL DO CURATIVO CIRÚRGICO: <u>MACA</u>	SITUAÇÃO GERAL: <u>100%</u>
TIPO DE CURATIVO: <u>100%</u>	
HEMORRAGIA: ☐ SIM ☒ NÃO	
EXTREMIDADES: ☒ LAQUEADAS ☐ FRIAS ☐ CIANÓTICAS ☐ PERFUNDIDAS	
DRENOS: ☐ SIM ☒ NÃO VOLUME DRENADO: <u>0</u>	ASPECTOS: <u>100%</u>
DUREZA: ☐ SIM ☒ NÃO VOLUME DRENADO: <u>0</u>	ASPECTOS: <u>100%</u>
SSVV: <u>135x300</u>	15MIN: <u>135x300</u> 30MIN: <u>135x300</u> 45MIN: <u>135x300</u> 1H E 15MIN: <u>135x300</u> 2H: <u>135x300</u>
PA: <u>135x300</u>	
FC: <u>54</u>	
PULSO: <u>54</u>	
SPO2: <u>95.7</u>	
TAX: <u>95.7</u>	
ESCALA DE DOR ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA TOTAL: <u>0</u>	
INTERCORRÊNCIAS: ☐ SIM (DESCREVER NAS ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM) ☒ NÃO	
ENCAMINHADO ÀS: <u>16:05</u> ☐ DEAMBULANDO ☒ MACA ☐ CADEIRA DE RODAS	
LOCAL: ☐ UTI ☒ LEITO ☐ RESIDÊNCIA	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:	
ASSINATURA/COPIA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:	
<i>Assinatura de Enfermeira</i> <i>Enfermeira</i>	

Código: FO-HSI-CC-001
Versão: 01
Página: 4/3

[illegible][illegible]

[illegible]

FORMULÁRIO		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ASSISTÊNCIA EM CLÍNICA CIRÚRGICA	
		Código: FO-ENF-HSI-007 Versão: 001 Data: 07/01/2019 Página: 1 de 5	
1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome:	Cristina Rosa da Costa		
Data de nascimento:	18/02/1975		
Sexo:	F		
Endereço:	Rua 10, nº 100, Jd. Primavera, 13120-000, São Paulo, SP		
2. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
3. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
4. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
5. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
6. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
7. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
8. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
9. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
10. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
11. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
12. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
13. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
14. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
15. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
16. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
17. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
18. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
19. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
20. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
21. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
22. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
23. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
24. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
25. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
26. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
27. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
28. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
29. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
30. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
31. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
32. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
33. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
34. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
35. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
36. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
37. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
38. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
39. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
40. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
41. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
42. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
43. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
44. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
45. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
46. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
47. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
48. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
49. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
50. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
51. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
52. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
53. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
54. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
55. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
56. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
57. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
58. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
59. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
60. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
61. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
62. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
63. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
64. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
65. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
66. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
67. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
68. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
69. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
70. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
71. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
72. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
73. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
74. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
75. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
76. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
77. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
78. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
79. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
80. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
81. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
82. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
83. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
84. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
85. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
86. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
87. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
88. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
89. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
90. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
91. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
92. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
93. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
94. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
95. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
96. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
97. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
98. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
99. AVALIAÇÃO DE RISCOS			
100. AVALIAÇÃO DE RISCOS			

[illegible]

[illegible]

 **HOSPITAL SANTA JULIANA**
OUBAS OUBAS - PRINCES DE BOM DIA
CNPJ: 06.528.442/0005-36
Rua Almeida, 140 - São Paulo, Brasil
CEP: 05005-000 - São Paulo, SP
Tel.: (011) 3512-4700, Fax: (011) 3524-4150

REQUERIMENTO

Eu, Juliana Paul de Aze
Portador de RG nº _____ e CPF: _____
Residente e domiciliado: _____
Na cidade de _____

Venho REQUERER:

☒ Proibição 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: 168403 Médico: Dr. Kandel's
Entrada: 22, 04, 19 Saída: 24, 04, 2019
Convênio: SUS Telefone: (11) 328-1184 / 09 25-4774
Os documentos solicitados destinam-se (Qualificativa) OPNAV

Nome do Paciente: _____
Parentesco com Paciente: o Carla Paul da Costa
Assinatura Legal do solicitante _____
Rio Branco - AC, 24, 04, 2019 Hora: 09:43

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

HOSPITAL SANTA JULIANA

Fone: 0xx68-3212-4700 / Fax: 0xx68-3224-0129

CNPJ.: 00.529.443/0003-36

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA (Postura: 36)

Resposta Final:
 Cirurgião: Dr. J. J. J.
 Enfermeiro (a): Dr. J. J. J.
 Anestesiologista: Dr. J. J. J.
 Tipo de Anestesia: Geral

Paciente: *Guilherme*
 N° Art.: *2103*
 Data: *23/11/14*
 Cirurgião: *Dr. J. J. J.*
 Início: *13:50*
 Término: *14:20*

Item de Avaliação	postura	1)	2)	3)
Respiração:				
- Capacidade de respirar profundamente e livre	2	2		
- Espaço torácico limitado	1	2		
- Ventilação espontânea	0			
Circulação: Pressão arterial estável:				
- >90% do nível pré-anestésico	2	2		
- 60 a 80% do nível pré-anestésico	1			
- <50% do nível pré-anestésico	0			
Nível de Consciência				
- Resposta voluntária a questões (orientação tempo e espaço)	2	1		
- Acorda quando chamado pelo nome	1	2		
- Não responde a comando	0			
Coração:				
- Frequência e amplitude normais ou pelo	2	2		
- elevação da pele durante palpação, ausculta, cardíaca	1			
- Ausculta cardíaca	0			
Atividade muscular				
- Capacidade de movimentar todos os membros	2	2		
- Capacidade de movimentar em duas extremidades	1			
- Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0			
Total				

* Resposta para que recorra esta acima de 7 pontos.

Assinatura do Anestesiologista: *[Assinatura]*

Assinatura do Médico Assistente: *[Assinatura]*

Assinatura do Enfermeiro: *[Assinatura]*

[illegible]

[illegible]

Assinatura/Capítulo do Enfermeiro _____

Fórmula

[illegible][illegible]

Paciente: CHRISTIAN RALIF DA COSTA
 Entrada: 22/04/19 13:57
 Médico Responsável: FRANCIS KASHIMA
 Convênio: SUS

Pronto-socorro: 168403
 Alérgico: 24/04/2019 08:53

Alérgico: 4

ENFERMAGEM / DATA / HORA

PACIENTE / DATA / HORA

Esta cartela foi paga com recursos públicos provenientes de impostos e contribuições sociais*

EVOLUÇÃO DIÁRIA DA RESPIRAÇÃO

CORPUS SOCIAL DA CIDADE DE RIO BRANCO - HOSPITAL SANTA JOANA

01.028.44.0005-38

PROFISSIONAL: MAURICIO
 INQUILINO: CRISTINA MAUR DA COSTA
 DATA: 05/05/2018
 LOTO: 1070

Forma: 23/05/18
 Hora: 08:30
 Página: 1

CLASSE: 01 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1
 RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1 | RESPIRAÇÃO: 1

07-53

Elaine Cristina
 Fisioterapeuta
 CRÉDITO: 317072

23.04.18

page

Priscila Raul d.
Costa
Reio X
AP. outubro C

25/10/2019

 Governo do Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde - SE/ACS

ATESTADO MÉDICO

Atestado que o paciente Costa Raul d.
doença
necessita de 15 dias
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID: 7540

11/10/19


Assinatura do Médico com C.R.M.

NOTA: Este atestado é válido para as finalidades no Art. 16 do RUPPS, aprovado pelo Decreto-Lei nº 60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

HISTÓRICO		HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGÊNCIAS DE RIO BRANCO	
NO. DO BH	2031255	DATA:	26/04/2019 HORA: 07:54
CBS	70230013797016	SERVO:	06-SALA DE URG
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		URUBATO: OTUBAL	
NOME	CHRISTIAN RAUL DA COSTA	SEXO:	MASCULINO
IDADE	15 ANOS	NOME:	259
ENDEREÇO	RUA LOMESINA	CEP:	69000-008
COMPLEMENTO	BAIRRO: NOVA ESPERANÇA	TEL:	3224-6857
MUNICÍPIO	RIO BRANCO	TEL:	3224-6857
NOME PAI/MÃE	Q. FROBIO	TEL:	3224-6857
RESPONSÁVEL	CONSTITUCION	TEL:	3224-6857
PROCEDÊNCIA	CONSULTA/PRESERCAO	TEL:	3224-6857
ATENDIMENTO	PLANO DE SAUDE	TEL:	3224-6857
CARTELA	VRIO DE AMPLIACAO	TEL:	3224-6857
ACTO	TEBASSO	TEL:	3224-6857
PAI	X	TEL:	3224-6857
EXAM. COMPL.	[] RATO X [] SANGUE [] URINA [] TCC [] LIGADO [] RCO [] ULTRASSONOGRAFIA	TEL:	3224-6857
ESPETA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS:	[] SIM [] NÃO	TEL:	3224-6857
DADOS CLÍNICOS:	DATA PRIMEIROS SINTOMAS:	TEL:	3224-6857
ONS. ENTREVISTA	CLASSE F. RISCO [] VERDE [] AMARELO [] VERMELHO [] AZUL []	TEL:	3224-6857
ESCALA DA DOR: (SEM DOR) [] LEVE (MODERADA) [] INTENSA []	CLASSE	TEL:	3224-6857
DIAGNÓSTICO:	PRESCRIÇÃO	TEL:	3224-6857
DATA DA SAÍDA:	DECISÃO MÉDICA [] A PRÓPRIO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA []	TEL:	3224-6857
ALTA:	ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO []	TEL:	3224-6857
INFORMAÇÃO DO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):	ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO []	TEL:	3224-6857
TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):	ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO []	TEL:	3224-6857
CEITO [] ATE 48HS [] APOS 48HS []	ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO []	TEL:	3224-6857
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	TEL:	3224-6857

HISTÓRICO		HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGÊNCIAS DE RIO BRANCO	
NO. DO BH	2031255	DATA:	26/04/2019 HORA: 07:54
CBS	70230013797016	SERVO:	06-SALA DE URG
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		URUBATO: OTUBAL	
NOME	CHRISTIAN RAUL DA COSTA	SEXO:	MASCULINO
IDADE	15 ANOS	NOME:	259
ENDEREÇO	RUA LOMESINA	CEP:	69000-008
COMPLEMENTO	BAIRRO: NOVA ESPERANÇA	TEL:	3224-6857
MUNICÍPIO	RIO BRANCO	TEL:	3224-6857
NOME PAI/MÃE	Q. FROBIO	TEL:	3224-6857
RESPONSÁVEL	CONSTITUCION	TEL:	3224-6857
PROCEDÊNCIA	CONSULTA/PRESERCAO	TEL:	3224-6857
ATENDIMENTO	PLANO DE SAUDE	TEL:	3224-6857
CARTELA	VRIO DE AMPLIACAO	TEL:	3224-6857
ACTO	TEBASSO	TEL:	3224-6857
PAI	X	TEL:	3224-6857
EXAM. COMPL.	[] RATO X [] SANGUE [] URINA [] TCC [] LIGADO [] RCO [] ULTRASSONOGRAFIA	TEL:	3224-6857
ESPETA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS:	[] SIM [] NÃO	TEL:	3224-6857
DADOS CLÍNICOS:	DATA PRIMEIROS SINTOMAS:	TEL:	3224-6857
ONS. ENTREVISTA	CLASSE F. RISCO [] VERDE [] AMARELO [] VERMELHO [] AZUL []	TEL:	3224-6857
ESCALA DA DOR: (SEM DOR) [] LEVE (MODERADA) [] INTENSA []	CLASSE	TEL:	3224-6857
DIAGNÓSTICO:	PRESCRIÇÃO	TEL:	3224-6857
DATA DA SAÍDA:	DECISÃO MÉDICA [] A PRÓPRIO [] EVASÃO [] DESISTÊNCIA []	TEL:	3224-6857
ALTA:	ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO []	TEL:	3224-6857
INFORMAÇÃO DO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):	ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO []	TEL:	3224-6857
TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):	ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO []	TEL:	3224-6857
CEITO [] ATE 48HS [] APOS 48HS []	ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO []	TEL:	3224-6857
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	TEL:	3224-6857

HUEB		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO PROTÓCOLO DE MANEJO		CLASSIFICAÇÃO	
NOME DO PACIENTE		ID		RACE	
QUEIXA PRINCIPAL				CLASSIFICAÇÃO	
FLUXOGRAMA				CLASSIFICAÇÃO	
ENFERMIDADE				CLASSIFICAÇÃO	
PARAMETROS				CLASSIFICAÇÃO	
CLASSIFICADOR				CLASSIFICAÇÃO	
RECLASSIFICAÇÃO				CLASSIFICAÇÃO	

PA	X	mmHg	Tempo	°C	Sat. O2	%	Pulso	RPM	SpO2
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

ESCALA DE DOR	NOTAS DA CR	DESCRIÇÃO DA EVASÃO
100	100	100

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM DA SALA DE MEDICAÇÃO

As _____ horas, administrado medicação conforme prescrição médica:

☐ Medicação Via Oral - VO, com _____ ml de água potável.

☐ Medicação Intramuscular - IM, local _____

☐ Medicação Endovenosa - EV, puncionada em () MEE () MEO, com _____ com () Jato nº _____ () Scale nº _____

☐ Medicação sublingual, _____

☐ Medicação subcutânea, local _____

☐ NEZ.

Assinatura do enfermeiro:

Governo de Estado do Acre
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital das Clínicas do Acre
Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO MÉDICO

NOME:

Castien Reul do Costa

O paciente supracitado apresenta

Fratura de
Clevicula Esquerda a partir de 22.04.19

ou há

7, tendo sido tratado com - Analgésicos,
Osteointensificadores de clevicula com FK.

No momento, encontra-se

com dor leve no ombro
E, com limitação funcional MSE
consentindo injeção de pólo
realizar atividades diárias
Sigue curto do uso
CID: 542.0

Médico

Rio Branco - AC

15 MAI 2019

15/05/19.



**SISTEMA
FUNDHACRE**

**SOLICITAÇÃO DE
EXAMES - S. A. D. T.**

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SA/SUS - CNPJ: 63.502.940/0001-70

- ☐ H. FUNDHACRE
☐ H. DO IDOSO
☐ POLIC. TUCUMÃ
☐ H. DA CRIANÇA

- ☐ C.I. DA MULHER
☐ H. M. M. MONTE
☐ CACON

MATRÍCULA

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Data Nasc.

Sexo: M ☐ F ☐

Nome:

*Christina Reap.
de Cesto*

- ☐ Ambulatório ☐ Centro Cirúrgico ☐ UTI ☐ URGENTE

Clinica

Enfermaria/Leito

O material só será colhido ou aceito se o formulário estiver preenchido por completo e com letra legível

SUSPEITA CLÍNICA

Data dos primeiros sintomas / /

EXAMES SOLICITADOS

- | | | |
|---|----------------------|----------|
| 1 | <i>Raio X. AP.</i> | Material |
| 2 | | Material |
| 3 | | Material |
| 4 | <i>Clovento. (+)</i> | Material |

Material Enviado



Data

CRM

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Assinatura do Médico

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

SR. PACIENTE A ROTINA DA COLETA FUNCIONARÁ DAS 7:00 ÀS 9:00 HORAS

DE 2ª À 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDHACRE

DIRIJA-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OUTER

OUTRAS INFORMAÇÕES

RETRIR FRASCOS PARA URINA E FEZES DAS 09:00 ÀS 17:00 HORAS

ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE EXAMES DE LABORATÓRIO



JEIUM

Estar em jejum significa não ingerir nenhum alimento tanto líquido como sólido, no período 12:00 ou 14 horas dependendo do tipo de exame, antes da coleta do material para realização do mesmo. Isto é necessário quando você vai coletar sangue para alguns tipos de exames (glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio etc.). O jejum é importante para que os resultados de seus exames de sangue sejam corretos. Atenção MESMO EM JEIUM NÃO DEIXE DE TOMAR SEUS REMÉDIOS.



SOLICITAÇÃO DE EXAMES - S. A. D. T.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SAI/SUS - CNPJ: 63.602.940/0001-70

- ☐ H. FUNDHACRE
☐ H. DO IDOSO
☐ POLIC. TUCUMÃ
☐ H. DA CRIANÇA
- ☐ C.I. DA MULHER
☐ H. M. M. MONTE
☐ CACON

MATRÍCULA ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Data Nasc. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Nome: Christina Roque de Cesto

Sexo M ☐ F ☐

- ☐ Ambulatório ☐ Centro Cirúrgico ☐ UTI ☐ URGENTE

Clinica _____ Enfermaria/Leito _____

O material só será colhido ou aceito se o formulário estiver preenchido por completo e com letra legível

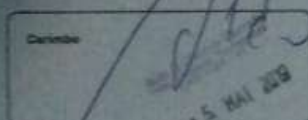
SUSPEITA CLÍNICA

Data dos primeiros Sintomas / /

EXAMES SOLICITADOS

- | | | |
|---|-------------------------|----------------|
| 1 | <u>Raio X. AP.</u> | Material _____ |
| 2 | | Material _____ |
| 3 | | Material _____ |
| 4 | <u>Eletrólitos. (F)</u> | Material _____ |

Material Enviado _____



Data / /

CRM ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Assinatura do Médico _____

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

SR. PACIENTE A ROTINA DA COLETA FUNCIONARÁ DAS 7:00 ÀS 9:00 HORAS

DE 2ª À 6ª FEIRA NO HOSPITAL FUNDHACRE

DIREJA-SE À RECEPÇÃO DO LABORATÓRIO PARA MARCAÇÃO DE EXAMES ESPECIAIS OU PARA OBTER

OUTRAS INFORMAÇÕES

RETIRAR FRASCOS PARA URINA E FEZES DAS 09:00 ÀS 17:00 HORAS

ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE EXAMES DE LABORATÓRIO

JEJUM

Estar em jejum significa não ingerir nenhum alimento tanto líquido como sólido, no período 12:00 ou 14 horas dependendo do tipo de exame, antes da coleta do material para realização do mesmo. Isto é necessário quando você vai coletar sangue para alguns tipos de exames (glicose, uréia, creatinina, sódio, potássio etc.) O jejum é importante para que os resultados de seus exames de sangue saiam corretos. Atenção MESMO EM JEJUM NÃO DEIXE DE TOMAR SEUS REMÉDIOS.