



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CARIRA DA COMARCA DE CARIRA**  
**Av. Aroaldo Chagas, Bairro Centro, Carira/SE, CEP 49550000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202065000505

Número Único: 0000496-22.2020.8.25.0013

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 21/02/2020

Competência: Carira

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

Endereço: Praça da Matriz,

Complemento: TELEFONE : 9 9852-4375

Bairro: CENTRO

Cidade: CARIRA - Estado: SE - CEP: 49550000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: AV. SEN. DANTAS

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

**CARIRA DA COMARCA DE CARIRA**

**Av. Aroaldo Chagas, Bairro Centro, Carira/SE, CEP 49550000**

**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CARIRA DA COMARCA DE CARIRA**  
**Av. Aroaldo Chagas, Bairro Centro, Carira/SE, CEP 49550000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202065000505

**DATA:**

14/09/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200912131400362 às 13:14 em 12/09/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00143

CONTA: 000000046284-5

---

Nr. da Autenticação 12A146928F746132

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180411322      **Cidade:** Carira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WENESTER PAIXAO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 21/05/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU 3).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Gustavo Carlos Calcena Aguero".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180411322      **Cidade:** Carira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WENESTER PAIXAO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 21/05/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/09/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU 3).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site: <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

E necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima

038.320.505-90

Nome completo da vítima

Webster Paixão Dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

Webster Paixão Dos Santos

CPF titular da conta

038.320.505-90

Titular

Larvader

Endereço

Rua Fulgencio M de Almeida

Número

139

Complemento

casa

Bairro

Centro

Cidade

Caruaru

Unidade

SE

Saldo da conta

R\$ 9.550,00

Email

mercodufuric@gmail.com

29.998-9207

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**
**RENDIMENTO INFORMADO**

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

 ACIMA DE R\$ 10.000,00

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NBL

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (301) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

AGENCIA

NBL

CONTA

NBL

0143

DDI

CONTA

NBL

46284 5

(Inserir dígitos de verificação)

DDI

(Inserir dígitos de verificação)

(Inserir dígitos de verificação)

(Inserir dígitos de verificação)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

N.º 90.001.010  
14 de 08  
 Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

06 SET 2018

Webster Paixão dos Santos  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

Até

06 SET 2018

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

RE: 536360

DATA: 21/05/2018 HORA: 03:48 USUARIO: MIGOMES  
SETOR: 05-SUTURA

RECEBIDO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS      DOC...: 2.224.01  
.....: 30 ANOS      NASC: 15/03/1988.      SEXO...: MASCULIN  
.....: POV MASARADUBA      NUMERO: 0  
MUNTO...: CASA      BAIRRO: Z R  
MUNTO...: CARIRA      UF: SE      CEP...: 49550-00  
MAE...: JOAO PAIXAO DOS SANTOS      /JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS  
AVEI...: O PROPRIO      TEL...: 075 996  
DIA...: CARIRA - SE      5139  
ENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
LICIAL.: NAO      PLANO DE SAUDE....: NAO      TRAUMA: NAO  
BALHO: NAO      VEIO DE AMBULANCIA: NAO

X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

IMPLEMENTARES: [ ] RAIO X      [ ] SANGUE      [ ] URINA      [ ] TC  
[ ] LIQUOR      [ ] ECG      [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

LINKOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/05/18

Paciente refere queda de Moto.

A: dor arrebatadora perna(s)

D: Glasgow 15, PIFR, MABII normaliza abrira, MSB  
MSB: lumbosacral

B: espasmo(s) do pescoço

E: possivel fractura de espinhola + B.  
lumbosacral

C: escoriações ao longo do corpo

B: subfratura + B.

HS DA ENFERMAGEM:

S: d. intensa por dor intensa no ombro e subbraço.  
L: d. intensa no lado oposto.Os. Nossa Senhora da  
Caridade - São

CID:

CID:

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

**(B)** SRL 500mg EV 5x0 folh 04:202  
**(2)** Movim tempo anal 1D 2x0 folh.  
**(b)** Realizar exum de 4x0 folh.

**(B)** Radiografia: ombro, subbraço e punho + E + TÓRAX PA/P

S AIDA: / /      HORA DA SAIDA: :  
| DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO      [ ] EVASAO      | DESISTENCIA  
| ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
NAO NO proprio HOSPITAL (SETOR):

ENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

| ATE 48HS [ ] APoS 48HS | [ ] FAMILIA | [ ] IML | [ ] ANAT. PAT.

Bruno da Mota Santos

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gideon dos Santos Cruz  
Tec. em Enfermagem  
2º Ano - 2º PeríodoProtocolo  
21-05-18  
6164 805Operação de Ortopedia.  
O. Alfa Hospitalar

O E: M280330801

ESFERA: PRIVADO

Num AIH: 281810014547-7

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

APRESENTAÇÃO: 07/2318

Apresentação: 07/2318

Data Autorização: 11/05/2018

Especialidade: 01-CIRURGICO

Orgão Emissor: M280330801

CRM:

Doc autorizado: 180130126963000

Doc med. resp.: 205790614650009

Doc diretor clínico: 205790614550009

Doc médico salte: 124301372500007

CNES: 0202263-FUNCAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70870812571299-5

Paciente: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

Data Nasc.: 15/03/1968 Sexo: MASCULINO

Nacionalidade: 010-BRASIL

Tipo Doc: Identidade

Doc: 222401110

Responsável per: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

Nome da Mãe: JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS

Endereço: CAMPO DO MACARANDUBA 199 Bairro: CENTRO

RapidoCor 03-PARNAIBA EH-003 NAO SE APLICA

Telefone: (71)9955-88749 Muda Proc.?: NÃO

Município: 26290 - ITABAJANA

UF: SE CEP: 43500-000

Procedimento solicitado: 04.00.01.016-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Procedimento principal: 04.28.01.018-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Diag. principal: 3431-LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

Diag. secundário:

Complementar:

Caixa Objetivo:

Caráter atendimento: 02 - URGENCIA

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 11/05/2018

Data saída: 18/05/2018

Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior:

AIH Posterior:

Liberação SISAIH01:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNAER:

CBOR:

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Classificadora	Documento CRM	CNE/CNPJ	Apurar Valor de	Diag.	Centr.	Descrição
1 0408010185	980016297029895	0232283	3359948	1 06/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO /	
2 0408010185	980016297029895 225151(6)	3359948	3359948	1 06/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO /	

## VALORES DA PREVIA

	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL	
	Direto		Direto		Rateado			
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
04.08.01-CINTURA ESCAPULAR	275,44		275,44		71,51		347,95	
Total Geral:	275,44		275,44		71,51		347,95	

## CID SECUNDARIO

CID: Características

Descrição

1030 - PREEXISTENTE

MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. CIGARRO: PICK-UP OU CAMINHON - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. F TRANSITO

Número de Nascidos

Vivos:

Mortos:

Número de Saldos

Altas:

Transf.:

Óbitos:

Nº PVA-Natal:

"De acordo com a Portaria SAS/MSC nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União - Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12886, uma via de rede rotulada deve ser anexada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Adelmo  
Sobrinho  
CRM-BA  
880.011-185-9

SABEMI SEGURADORA S/A

06 SET 2018

RECEBIDO

SUS Sistema: Ministério Único da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			HOSPITAL CIRURGIA
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA		3 - CHES 0002283 4 - CHES 0002283		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE WENESTER PAIXAO DOS SANTOS 6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 160633589790002 7 - NOME DA MÃE JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS 8 - NOME DO RESPONSÁVEL 9 - ENDEREÇO (RUA, N. BARRA) POVOADO MACARANDUBA, RUA B Nº100 10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CARIRA		11 - N.º DO PRONTUÁRIO 1039330 12 - DATA DE NASCIMENTO 15/03/1988 13 - SEXO Masculino 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 79 9 9688-8745/9675-1388 15 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO SE 16 - UF 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO SE 18 - CEP 49550-000		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS FUNDADORES <i>- Dor de dor nas costas - clavícula (C) - Mafezitofato - 20 dias</i> 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Requisito de internação cirúrgica</i>				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exams: Cervo e Abdômen</i>				
23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Mafezitofato (C) 5933		24 - CÓD. PRINCIPAL V230	25 - CÓD. SECUNDÁRIO	
26 - CÓD. Causas associadas				
PROCEDIMENTO SOLICITADO 27 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Red. gav + fuso</i>				
28 - CÓD. ORTOPEDIA ORTOPEDIA		29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGENCIA		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/INTERVENTE Magalhães		31 - DOCUMENTO CNS / CPF 385539965-48		
32 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Magalhães		33 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/INTERVENTE 385539965-48		
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/06/18		35 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/06/18		
36 - N.º DO BILHETE 40805018				
37 - CÓD. CNAE DA EMPRESA 41 - CÓD. CNAE DA EMPRESA				
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 1 EMPREGADO 1 EMPRESA				
39 - CÓD. CNAE DA SEGUROADORA 42 - CÓD. CNAE DA SEGUROADORA				
40 - N.º DO BILHETE 40805018				
41 - CÓD. CNAE DA EMPRESA 44 - CÓD. CNAE DA EMPRESA				
42 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR SABEMI SEGURADORA S/A 2818100146477 06 SET 2018				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Dr. Adilene P. M. Magalhães Supervisora: Mônica L. S. CNPJ: 06.3665-20 CEP: 49.135-20				
44 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 385539965-48				
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 16/06/18				
46 - ASSINATURA E NÚMERO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
47 - CÓD. ORGÃO EMISOR				
48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
49 - RECEBIDO				

## CHECKLIST ORTOPÉDICO ADMISSIONAL

NOME: Wenerster Paixão dos SantosIDADE: 30 SEXO: M [ ] F [ ]  
CONVÉNIO: SUS [ ] IPES [ ] PLANO [ ]

LEITO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

HAS: [ ] DM: [ ] NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA: DATA FRATURA: 21/05/2018DATA INTERNAMENTO: 11/06/2018EXAMES LABORATORIAIS: SIM  NÃO: COLHIDOS: SIM  NÃO: IMPRESSOS: SIM  NÃO: RX:  PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE: SEM QUALIDADE: ECG: SIM  NÃO:   
REALIZADO: SIM:  NÃO: ECG: SIM:  NÃO: PEDIDO: SIM:  NÃO:   
REALIZADO: SIM:  NÃO: TOMOGRAFIA: SIM:  NÃO: PEDIDA: SIM:  NÃO: REALIZADA: SIM:  NÃO: 

## FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

## CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMÁRIA

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M [ ] F [ ]

LEITO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ HAS: [ ] DM: [ ] NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA: CONVÉNIO: SUS:  IPES:  PLANO: 

DATA FRATURA: / / DATA INTERNAMENTO: / /

EXAMES LABORATORIAIS: OK:  ALTERADO: RX:  PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE:  SEM QUALIDADE: ECG: SIM:  NÃO:  FEITO: NÃO SE APlica: RISCO CIRÚRGICO: SIM:  NÃO:  SOLICITADO: SIM:  NÃO:  FEITOTOMOGRAFIA: SIM:  NÃO:  FEITO:  NÃO SE APlicaVAGA DE UTI: SIM:  NÃO:  SOLICITADA: SIM:  NÃO:  TEM VAGA

DATA DA CIRURGIA: / /

ORTOPEDISTA: \_\_\_\_\_



## FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

## CHECKLIST ORTOPÉDICO DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: M [ ] F [ ]

LEITO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ HAS: [ ] DM: [ ] NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA: DATA FRATURA: / / DATA INTERNAMENTO: / / CONVÉNIO: SUS:  IPES:  PLANO: 

EXAMES LABORATORIAIS: ( ), SOLICITADO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS: \_\_\_\_\_

RX:  PELÍCULAS: SOLICITADO NOVO RX:  ECG: OK:  ECO: OK: TOMOGRAFIA: OK:  NÃO SE APlica:  RISCO CIRÚRGICO: OK:  NÃO SE APlica: PRESURGIÃO: OK: EVOLUÇÃO: OK: ATO CIRÚRGICO: OK: OPME: OK:  NÃO SE APlica: CIRURGIA: SIM:  REALIZADA POR DR:NÃO:  REALIZADA POR DR:

MOTIVO DA SUSPENSÃO: \_\_\_\_\_

REMARQUADA PARA: / /

F.B.H.C - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA  
AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:49075-170  
FICHA DE ADMISSAO HOSPITALAR ATT: Jane

## ATENDIMENTO

*Dando encaminhado*

ACOMODACAO: Enfermaria  
DIREITO A ACCOMPANHANTE: SIM  
DATA: 11/06/2018 10:39:45 LEITO: CIR GEN COA - Clinica Cirurg  
TIPO: Urgencia  
CONVENIO: SUS INTERSC  
PROFISSIONAL: 1621-LEOPOLDO SIMES BARRETO

## PACIENTE

CARTAO SUS:160633589790002

ATENDIMENTO: 1029330

Nome: MENESTER PAIXAO DOS SANTOS N°: 100  
ENDERECO: POV MACARANDUBA ; RUA B UF:SE CEP:49550000  
BAIRRO: Centro CPF: 02832050590  
CIDADE: Carira R.G: 22240110  
FONE: 99688-8745/99675-1388 IDADE: 30 SEXO:Mascilino  
DATA NASC.: 15/03/1988 PROFISSAO: SOLDADOR  
EST.CIVIL :Solteiro  
NOME DO PAI: JOAO PAIXAO DOS SANTOS  
NOME DA MAE: JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS

## RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: o marido

ENDERECO:

BAIRRO: CIDADE: UF:

## DADOS COMPLEMENTARES:

CID: 843.1-Luxação da articulação acromioclavicular  
ORIGEM: Carira  
DIAS INTERNAMENTO: 2  
PROC.SUS: 040801018-3 Tratamento Cirúrgico De Luxacao / Fratura-Luxa  
AIH: 1

\* Anexado o resultado do exame  
laboratorial.

*José Roberto Góis Andrade*  
Secretaria Clínica FHC  
16/06/2018

*Altura 16-06-14  
Kit OR+Rto  
Linda Branca  
Médico de Santa  
17/06/2018*



1-BONITO:  Caudito:  Eurofísico  Olho:  2-COMUNICA:  Desenvolvida  Familiar  Profissional

4-CONEXÃO:  Altera  Verbal  Deformado

5-ORIENTAÇÃO:  Orientada  Desorientado  Confuso  Imobilizado

6-LEVO POR FIMSAO:  Sim  Não

7-AUTRICAÇÃO:  Oral  Unusal  Parafônico  Zero

8-ESTADO:  Aumentada  Normal  Diminuída  Asfáltico

9-EVAUQAÇÃO:  Sólida  Pastosa  Líquida  Zero

10-DURESE: Ausente:  horas  Presente:  vezes

11-Dor:  Ardo  Dificuldade  Alterações na urina:

12-Ardo:  Inflamação  Dolor  Coceira  ardor

13-Dificuldade:  Inalação  Exalação  Respiração  Náuseas

14-Inflamação:  Inflamação  Inflamação  Inflamação  Inflamação

15-Dolor:  Dolor  Dolor  Dolor  Dolor

16-Coceira:  Coceira  Coceira  Coceira  Coceira

17-ardor:  ardor  ardor  ardor  ardor

18-Alterações na urina:  Urina com sangue  Urina com moco  Urina com fômites  Urina com pus

19-urina com sangue:  urina com sangue  urina com sangue  urina com sangue  urina com sangue

20-urina com moco:  urina com moco  urina com moco  urina com moco  urina com moco

21-urina com fômites:  urina com fômites  urina com fômites  urina com fômites  urina com fômites

22-urina com pus:  urina com pus  urina com pus  urina com pus  urina com pus

DATA: 11/06  
13:00 h  
07:00 h

7-AUTRICAÇÃO:  Oral  Unusal  Parafônico  Zero

8-ESTADO:  Aumentada  Normal  Diminuída  Asfáltico

9-EVAUQAÇÃO:  Sólida  Pastosa  Líquida  Zero

10-DURESE: Ausente:  horas  Presente:  vezes

11-Dor:  Ardo  Dificuldade  Alterações na urina:

12-Ardo:  Inflamação  Dolor  Coceira  ardor

13-Dificuldade:  Inalação  Exalação  Respiração  Náuseas

14-Inflamação:  Inflamação  Inflamação  Inflamação  Inflamação

15-Dolor:  Dolor  Dolor  Dolor  Dolor

16-Coceira:  Coceira  Coceira  Coceira  Coceira

17-ardor:  ardor  ardor  ardor  ardor

18-Alterações na urina:  Urina com sangue  Urina com moco  Urina com fômites  Urina com pus

19-urina com sangue:  urina com sangue  urina com sangue  urina com sangue  urina com sangue

20-urina com moco:  urina com moco  urina com moco  urina com moco  urina com moco

21-urina com fômites:  urina com fômites  urina com fômites  urina com fômites  urina com fômites

22-urina com pus:  urina com pus  urina com pus  urina com pus  urina com pus

1-Aspiração:  rot  rgi  profunda  nasal

2-Troca de Fralda

3-Higiene:  Oral  Ocular  Intima

4-Banho:  Lesto  Cadeira de banho  Banheira

5-Curativo Operatório:

6-Curativo de Lesão por Pressão:

7-Mudança de Decubito:

8-Elevação da cabeceira

9-Respiração:  Rotação  Rotação  Rotação  Rotação

10-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

11-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

12-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

13-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

14-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

15-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

16-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

17-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

18-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

19-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

20-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

21-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

22-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

23-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

24-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

25-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

26-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

27-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

28-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

29-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

30-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

31-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

32-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

33-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

34-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

35-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

36-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

37-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

38-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

39-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

40-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

41-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

42-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

43-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

44-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

45-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

46-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

47-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

48-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

49-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

50-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

51-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

52-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

53-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

54-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

55-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

56-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

57-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

58-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

59-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

60-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

61-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

62-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

63-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

64-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

65-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

66-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

67-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

68-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

69-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

70-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

71-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

72-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

73-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

74-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

75-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

76-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

77-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

78-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

79-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

80-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

81-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

82-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

83-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

84-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

85-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

86-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

87-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

88-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

89-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

90-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

91-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

92-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

93-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

94-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

95-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

96-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

97-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

98-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

99-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

100-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

101-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

102-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

103-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

104-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

105-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

106-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

107-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

108-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

109-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

110-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

111-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

112-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

113-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

114-Excreção:  Urina  Feces  Vomito  Feces

三

Wenster panel doors

30 30 UNIDAE: 44 REGISTRO: 1039330 [D. E. Aguiar]

1- AÇÃO:	<input type="checkbox"/> Cognitiva	<input type="checkbox"/> Física	<input type="checkbox"/> Ocio	2-COMPANHIA:	<input type="checkbox"/> Desacoplado	<input type="checkbox"/> Família	<input type="checkbox"/> Profissional	3-OCCORRÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Desembulha	<input type="checkbox"/> Desembulha com auxílio	<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIENTE:	<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Vermal	<input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Detorientado	<input type="checkbox"/> Confuso	6-LESÃO POR PRESSÃO:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		
7-ESTRICAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> External	<input type="checkbox"/> Paretoral	8-ZERO:	vezes	9-EVOLUÇÃO:	<input type="checkbox"/> Aumentada	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Anormal			
10-ORIGEM: Autista	horas	<input type="checkbox"/> Presente:	vezes	11-WEBS:	vezes	12-ALTERAÇÕES nas fezes:	<input type="checkbox"/> Dur	<input type="checkbox"/> Andar	<input type="checkbox"/> Incontinência	Alterações na urina:		
DATA:	10/01/01											
13-00 Vagueza em seu leito, emburreço clorhídrico clorhídrico no momento	14-00 Acendendo, Verdejando, recendendo White medica.	15-00 furanhe Outra vez	16-20 furta a gente	17-20 furoto PA 120x80 mmHg t: 36,5°C	18-00 Vacante de altitude							

HOSPITAL CIRÚRGICO ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM p. 16

p. 16

304

Wenster-Poëzien des Schönen

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CIRURGIA

. 16

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

p. 16

1- TONALIDADE: <input checked="" type="checkbox"/> Capricho <input type="checkbox"/> Estréssio <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Grampeada com assisto <input type="checkbox"/> Desembala <input type="checkbox"/> Andando <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSOADA: <input type="checkbox"/> Afetiva <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirante	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-USADO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Interal <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	9-INVESTIGAÇÕES: <input type="checkbox"/> Autumentada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anormal
10-DURADA: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ horas	11-VEZES: _____ vezes	12-ALTERAÇÕES NAS FÉM: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade <input type="checkbox"/> Alterações na urina:
DATA: 07/20/2015		
<p><u>07:20 Pct sociável e de contato com o ambiente.</u>  <u>800ACEstan diante de pessoas estranhas e familiares.</u>  <u>1000 permanece sentado e fixando olhos no horizonte.</u>  <u>1200 permanece sentado e fixando olhos no horizonte.</u>  <u>1300 permanece sentado e fixando olhos no horizonte.</u>  <u>1400 permanece sentado e fixando olhos no horizonte.</u></p>		

1-ENCONTRÓ: <input type="checkbox"/> Cardíaco <input type="checkbox"/> Endócrino <input type="checkbox"/> Gastrointestinal	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompensado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Caminhada com auxílio <input type="checkbox"/> Deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Imobilizado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alterada <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirante	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado	6-UF/SÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-AUTOMAÇAO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Normal	9-ALTERAÇÃO: <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Stômagos <input type="checkbox"/> Poxos <input type="checkbox"/> Urina <input type="checkbox"/> Zero	10-FREQUÊNCIA: Apresenta: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	11-VÍTOS: <input type="checkbox"/> Lento <input type="checkbox"/> Rápido <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Brusco
12-ATRIBUIÇÃO: <input type="checkbox"/> Fisiológica <input type="checkbox"/> Psicogênica <input type="checkbox"/> Orgânica	13-ALTERAÇÕES NAS FÉCES: <input type="checkbox"/> Alterações na urina: <input type="checkbox"/>	14-ALTERAÇÕES NA URINA: <input type="checkbox"/> Alterações na urina:
DATA: 08/08/2011		
13.00 Preente seu <u>estôma</u> <u>lento</u> , <u>calmo</u> , <u>espasmos</u> , <u>dispepsia</u> .		
15.00 <u>hambúrguer</u> <u>completos</u> , <u>afetado</u> : <u>pr</u> .		
17.00 <u>feces</u> <u>acentuadas</u>		
18.00 <u>História</u> <u>sem queijo</u> <u>clínico</u> .		
19.00 <u>abuminho</u> <u>do</u> <u>medicamento</u> <u>de</u> <u>herdário</u> .		

413

Winchester Póxim dos Santos

Kult des Suntos

XVI

۲۷۴

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM

p. 17

Assinatura e Identificação



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Weslton porto dos Santos  
Idade: 30 Sexo: ( )M ( )F Data de admissão: 11/10/12.

Procedência: Clypeo fute  
Leito: C 04

Matrícula: 1039330

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão na Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue  SIM  NÃO Volume: \_\_\_\_\_ Vaga na UTI  SIM  NÃO
- Preparo:  Jejum a partir – HORÁRIO: \_\_\_\_\_ e DATA: \_\_\_\_\_  Puncão venosa periférica
- Retirar a prótese e adomos:  Prótese dentária  Lente de contato  Jóias  Grampos  Outros:
- Alergia conhecida:  SIM  NÃO  QUAL (S): \_\_\_\_\_
- Hábito de vida: Tabagista:  SIM  NÃO  TEMPO: \_\_\_\_\_ / Etílico:  SIM  NÃO  TEMPO: \_\_\_\_\_
- Passado cirúrgico:  SIM  NÃO  QUAL (S): \_\_\_\_\_
- Doenças atuais:  HAS  ICC  IAM  AVC  DM  NEO  DPOC  IVC  ITU  NÃO
- Faz uso de medicamento:  SIM  NÃO  QUAL (S): \_\_\_\_\_

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)



HORÁRIO: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ h.

ASSINATURA:

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Cirurgião: Dra. Luciana Lobo
- Instrumentador: Fábio
- Anestesiologista: Dra. Marlene
- Circulante: Loreto

• Proposto: \_\_\_\_\_ Realizado: \_\_\_\_\_

• Horário - Início: \_\_\_\_\_ h e Termino: \_\_\_\_\_ h.

• Monitoração:

ECG  Oximetria  PANI  Pressão Invasiva:

• Técnicas Anestésicas:

Geral venosa  Geral intravenosa

Geral combinada  Peridural com cateter Peridural sem cateter

Raqui-anestesia  Bloqueio  Sedação  Local

• Posição Cirúrgica:

Dorsal  Ventral  Ginecológica  Lateral D  Lateral E

Outras

• Local da placa dispersiva: \_\_\_\_\_

• Incisão Cirúrgica - local: \_\_\_\_\_

• Curativo - Tipo e local: \_\_\_\_\_

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intervenções)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: 10 :40 h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRP: 11 :00 h.

Paciente com as so paixões procedimento cirúrgico colm  
domicílio cirúrgico molar 10x13cm fundo fez 72 lepo  
gat 50%. Realizar drenos q ojo cirúrgico. paciente com  
anamnese p/ sepclu 150. Inflamação. Seu no prenhe  
existe efeito anterior opa ojo cirúrgico.

ASSINATURA:

Cristiane Andrade das Santas

Tec. Enfermagem  
COREN 001.011.409

**Comunicado de Utilização de Órtese, Protese e Material Especial (OPME)**  
**CENTRO CIRÚRGICO**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Wenester Paiva S. dos Srs. Matrícula: 103.9330  
 Enfermaria: \_\_\_\_\_ Convênio: SUS  
 Diagnóstico: lauarca acromioclavicular  
 Procedimento realizado: tratamento cirúrgico  
 Data da utilização: 14/06/85

**IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO**

Nome: Dr. Antônio Soárez CRM: \_\_\_\_\_

*Dr. Antônio E. Lira Andrade  
Ginecologista - Traumatologista  
CRM 2000 - 10371/82*

**IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS**

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	01	fio de Kirschner
0408 010185		

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Nome: PBME CNPJ: \_\_\_\_\_  
 Carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_

**CONTROLE DA FARMÁCIA**

Data do recebimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Farmacêutico: \_\_\_\_\_

1ª via – Prontuário

2ª via – Fornecedor

3ª via – Farmácia



## FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

### RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Vinícius Pálio de Souza  
 NÚMERO DE INTERNAMENTO: 103.9330  
 PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: fract clavícula  
 CIRURGIÃO: Dra. Silvana Lobo  
 ENFERMEIRO: José de Souza  
 CIRCULANTE DE SALA: Lourdes  
 ANESTESIOLOGISTA: Dra. Mayuri  
 INSTRUMENTADOR: Francisco  
 DATA: 14/06/18  
 SALA CIRÚRGICA: 06

### GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

Exépamor e-e B=13-06-18 L= Kal  
y=20-06-18 F=

13/06/18	127	13/06/18	127	13/06/18	127	13/06/18	127	13/06/18	127
20/06/18	3	13/09/18	3	13/09/18	3	13/09/18	3	13/09/18	3
19 -	227	19 -	226	19 -	230	19 -	227	19 -	229

COLABORADORES: Enfermeiros Jeilo e Jussilva  
 Data: 20/06/2018

Obs.: permanecer junto ao prontuário

## FUNDAÇÃO DE BENEFICÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

## FICHA DE CONSUMO DE SALA



PACIENTE: \_\_\_\_\_ MATRÉCULA: \_\_\_\_\_ CONVÉNIO: \_\_\_\_\_  
 CIRURGIA REALIZADA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ CIRURGÃO: \_\_\_\_\_  
 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ 2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
 ANESTESIA: \_\_\_\_\_ ANESTESIOLOGISTA: \_\_\_\_\_  
 CIRGULANTE: \_\_\_\_\_

MONOCRYI 5.0 REF Y844 1.6CM	1 - CATH AMARELO ( ) AZUL ( ) VERDE ( )
MONOCRYI 5.0 REF Y495	LÂMINA DE BISTURI Nº 15 ( ) 23 ( ) 24 ( )
MONOFYL 3.0 C\2 AG. 70CM	LÂMINA 204 AMARELO ( ) SILICONE ( )
MONONYLON Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )	01 LUVA ESTERIL 7.0
5 ( ) 10 ( )	LUVA ESTERIL 7.5
POLIESTER (ETIBOND) Nº 0 ( ) 5 ( )	LUVA ESTERIL 8.0
POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )	PLACA DE BISTURI ELETTRICO
7 ( )	SCALP Nº 19 ( ) 21 ( ) 23 ( ) 25 ( ) 27 ( )
POLYCRYL Nº 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( )	SERINGA DESCARTAVEL 1ML ( ) 60ML ( )
VICRYL Nº 0 STAG.	SERINGA DESCARTAVEL 3ML ( ) 5ML ( )
CATGUT SIMPLES C\AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	SERINGA DESCARTAVEL 10ML
4 ( ) 5 ( )	SERRA DE GIGLI
CATGUT SIMPLES S\AG. Nº ( ) 0 ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( )	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )
4 ( ) 5 ( )	16 ( ) 18 ( ) 20 ( )
CERA P\ OSSO	SONDA CATETER P\ OXIGÊNIO Nº 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( )
ELETRODO DESCARTAVEL P\ MARCAPASSO	16 ( )
FITA CARDIACA FC 500	SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( )
KIT CATARATA 3\8 6.5MM REF KB5510	22 ( )
LIGA CLIP 1.00	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24 ( )
LIGA CLIP 3.00	
MONOCRYI 6 REF Y967H 3.5CM	SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C\ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( )
MONOCRYI 3 REF Y305 1.5CM	4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( )
MONOCRYI 3.0 REF 8450-30	
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	QNT
ALBODÃO HIDROFÍLICO	SONDA ENDOTRAQUEAL C\ BALÃO Nº 3.0 ( ) 3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( )
A CATH Nº ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( ) 20 ( ) 22 ( ) 24	5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( ) 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( ) 9.0 ( ) 9.5 ( )
ABAIXADOR DE LÍNGUA (ESPATULA)	SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( ) 3.5 ( )
AGUILHA DESCARTAVEL Nº ( ) 13X0.45 ( ) 30 X0.70 ( ) 30X0.80 ( ) 40X0.12	4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )
AGUILHA PERIDURAL Nº ( ) 16 ( ) 18 ( ) 19 ( ) 20	SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 ( ) 2.5 ( ) 3.0 ( )
AGUILHA DE RAQUI Nº ( ) 25 ( ) 27	3.5 ( ) 4.0 ( ) 4.5 ( ) 5.0 ( ) 5.5 ( ) 6.0 ( ) 6.5 ( )
ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM ( ) 15CM ( ) 20CM ( )	SONDA GASTRICA Nº 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )
ATADURA CREPOM 10CM	20 ( ) 22 ( )
ATADURA CREPOM 15CM	SONDA RETAL Nº 4 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )
ATADURA CREPOM 20CM	20 ( )
ATADURA GESSADA 10CM ( ) 15CM ( ) 20CM ( )	SONDA URETRAL Nº 4 ( ) 5 ( ) 6 ( ) 8 ( ) 10 ( ) 12 ( ) 14 ( ) 16 ( ) 18 ( )
BOLSA DE COLOSTOMIA	20 ( )
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 ( ) 7.5 ( ) 8.0 ( ) 8.5 ( ) 9.0 ( )	SONDA CATETER TIPO OCULOS ← TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS
CAPA P\ MICROSCÓPIO ( ) CAPA P VÍDEO ( )	FRACIONADOS
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	CAL SOLDADA
DRENO DE KERH EM T Nº 12 ( ) 14 ( ) 15 ( ) 16 ( )	ESPARADRAPO COMUM
DRENO DE SUCCÃO Nº 3.2 ( ) 4.8 ( ) 6.4 ( )	ESPARADRAPO ANTIALERGICO Alveot tape
DRENO DE TORAX Nº 28 ( ) 36 ( )	ETHER SULFURICO compresas G
DRENO PENROSE Nº 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( )	FORMOL 10% compresas P
ELETRODO DESCARTAVEL	05 GORRO TURBANTE
EQUIPO MACROGOTAS C\ INJETOR LATERAL	05 MÁSCARA DESCARTAVEL
ESCOVA PVPI	04 POLVIDINE TÓPICO
ESPONJA GELFOAM MEDICINAL	103ML POLVIDINE DEGERMANTE

DATA: 14/06/10

PACIENTE:	Werner Pauw dos Santos				MATRÍCULA: 1039330	CONVÉNIO: SUS
IDADE:	30	SEXO:	M	COR:	ENF:	QUARTO:
CIRURGIA:	Dr. Lobo				ANESTESISTA: Dra. Mayuri Agarwal	
1º AUXILIAR:					2º AUXILIAR:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura clavícula.						
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Ombro						
CIRURGIA PROPOSTA: Luxação acromioclavicular.						
CIRURGIA REALIZADA: A proposta						
PRÉ-MEDICAÇÃO:					HORA:	CÓDIGO CIRÚRGICO
INÍCIO DA ANESTESIA	INÍCIO DA OPERAÇÃO	ALT DA ANESTESIA	RISCO OPERATÓRIO	RESULTADO:		
10:40h	11:00h		1-2-3-4	1-2-3-4-5-6		
ESTADO FÍSICO 1 2-3-4-5-6-7						

<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR ECG	<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO PULSO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input checked="" type="checkbox"/> EAM NÃO INVASIVA	<input type="checkbox"/> VENTILADOR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
FUNDOS:	RR 50 (55) SpO <sub>2</sub> 100																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
PA SV	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000	1010	1020	1030	1040	1050	1060	1070	1080	1090	1100	1110	1120	1130	1140	1150	1160	1170	1180	1190	1200	1210	1220	1230	1240	1250	1260	1270	1280	1290	1300	1310	1320	1330	1340	1350	1360	1370	1380	1390	1400	1410	1420	1430	1440	1450	1460	1470	1480	1490	1500	1510	1520	1530	1540	1550	1560	1570	1580	1590	1600	1610	1620	1630	1640	1650	1660	1670	1680	1690	1700	1710	1720	1730	1740	1750	1760	1770	1780	1790	1800	1810	1820	1830	1840	1850	1860	1870	1880	1890	1900	1910	1920	1930	1940	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2060	2070	2080	2090	2100	2110	2120	2130	2140	2150	2160	2170	2180	2190	2200	2210	2220	2230	2240	2250	2260	2270	2280	2290	2300	2310	2320	2330	2340	2350	2360	2370	2380	2390	2400	2410	2420	2430	2440	2450	2460	2470	2480	2490	2500	2510	2520	2530	2540	2550	2560	2570	2580	2590	2600	2610	2620	2630	2640	2650	2660	2670	2680	2690	2700	2710	2720	2730	2740	2750	2760	2770	2780	2790	2800	2810	2820	2830	2840	2850	2860	2870	2880	2890	2900	2910	2920	2930	2940	2950	2960	2970	2980	2990	3000	3010	3020	3030	3040	3050	3060	3070	3080	3090	3100	3110	3120	3130	3140	3150	3160	3170	3180	3190	3200	3210	3220	3230	3240	3250	3260	3270	3280	3290	3300	3310	3320	3330	3340	3350	3360	3370	3380	3390	3400	3410	3420	3430	3440	3450	3460	3470	3480	3490	3500	3510	3520	3530	3540	3550	3560	3570	3580	3590	3600	3610	3620	3630	3640	3650	3660	3670	3680	3690	3700	3710	3720	3730	3740	3750	3760	3770	3780	3790	3800	3810	3820	3830	3840	3850	3860	3870	3880	3890	3900	3910	3920	3930	3940	3950	3960	3970	3980	3990	4000	4010	4020	4030	4040	4050	4060	4070	4080	4090	4100	4110	4120	4130	4140	4150	4160	4170	4180	4190	4200	4210	4220	4230	4240	4250	4260	4270	4280	4290	4300	4310	4320	4330	4340	4350	4360	4370	4380	4390	4400	4410	4420	4430	4440	4450	4460	4470	4480	4490	4500	4510	4520	4530	4540	4550	4560	4570	4580	4590	4600	4610	4620	4630	4640	4650	4660	4670	4680	4690	4700	4710	4720	4730	4740	4750	4760	4770	4780	4790	4800	4810	4820	4830	4840	4850	4860	4870	4880	4890	4900	4910	4920	4930	4940	4950	4960	4970	4980	4990	5000	5010	5020	5030	5040	5050	5060	5070	5080	5090	5100	5110	5120	5130	5140	5150	5160	5170	5180	5190	5200	5210	5220	5230	5240	5250	5260	5270	5280	5290	5300	5310	5320	5330	5340	5350	5360	5370	5380	5390	5400	5410	5420	5430	5440	5450	5460	5470	5480	5490	5500	5510	5520	5530	5540	5550	5560	5570	5580	5590	5600	5610	5620	5630	5640	5650	5660	5670	5680	5690	5700	5710	5720	5730	5740	5750	5760	5770	5780	5790	5800	5810	5820	5830	5840	5850	5860	5870	5880	5890	5900	5910	5920	5930	5940	5950	5960	5970	5980	5990	6000	6010	6020	6030	6040	6050	6060	6070	6080	6090	6100	6110	6120	6130	6140	6150	6160	6170	6180	6190	6200	6210	6220	6230	6240	6250	6260	6270	6280	6290	6300	6310	6320	6330	6340	6350	6360	6370	6380	6390	6400	6410	6420	6430	6440	6450	6460	6470	6480	6490	6500	6510	6520	6530	6540	6550	6560	6570	6580	6590	6600	6610	6620	6630	6640	6650	6660	6670	6680	6690	6700	6710	6720	6730	6740	6750	6760	6770	6780	6790	6800	6810	6820	6830	6840	6850	6860	6870	6880	6890	6900	6910	6920	6930	6940	6950	6960	6970	6980	6990	7000	7010	7020	7030	7040	7050	7060	7070	7080	7090	7100	7110	7120	7130	7140	7150	7160	7170	7180	7190	7200	7210	7220	7230	7240	7250	7260	7270	7280	7290	7300	7310	7320	7330	7340	7350	7360	7370	7380	7390	7400	7410	7420	7430	7440	7450	7460	7470	7480	7490	7500	7510	7520	7530	7540	7550	7560	7570	7580	7590	7600	7610	7620	7630	7640	7650	7660	7670	7680	7690	7700	7710	7720	7730	7740	7750	7760	7770	7780	7790	7800	7810	7820	7830	7840	7850	7860	7870	7880	7890	7900	7910	7920	7930	7940	7950	7960	7970	7980	7990	8000	8010	8020	8030	8040	8050	8060	8070	8080	8090	8100	8110	8120	8130	8140	8150	8160	8170	8180	8190	8200	8210	8220	8230	8240	8250	8260	8270	8280	8290	8300	8310	8320	8330	8340	8350	8360	8370	8380	8390	8400	8410	8420	8430	8440	8450	8460	8470	8480	8490	8500	8510	8520	8530	8540	8550	8560	8570	8580	8590	8600	8610	8620	8630	8640	8650	8660	8670	8680	8690	8700	8710	8720	8730	8740	8750	8760	8770	8780	8790	8800	8810	8820	8830	8840	8850	8860	8870	8880	8890	8900	8910	8920	8930	8940	8950	8960	8970	8980	8990	9000	9010	9020	9030	9040	9050	9060	9070	9080	9090	9100	9110	9120	9130	9140	9150	9160	9170	9180	9190	9200	9210	9220	9230	9240	9250	9260	9270	9280	9290	9300	9310	9320	9330	9340	9350	9360	9370	9380	9390	9400	9410	9420	9430	9440	9450	9460	9470	9480	9490	9500	9510	9520	9530	9540	9550	9560	9570	9580	9590	9600	9610	9620	9630	9640	9650	9660	9670	9680	9690	9700	9710	9720	9730	9740	9750	9760	9770	9780	9790	9800	9810	9820	9830	9840	9850	9860	9870	9880	9890	9900	9910	9920	9930	9940	9950	9960	9970	9980	9990	10000

Assinatura do Anestesiologista  
Assinatura da Enfermeira de Coleta

#### **Servicos**

- Serviços
  - Laboratório
  - Scan Duplex
  - Citologia
  - Colposcopia
  - Ultrassonografia
  - ECG
  - M.A.P.A.
  - Exame / pré-natal
  - Biópsia
  - Cauterização
  - Holter
  - Ecocardiograma

#### Especialidades

- Clínico geral
  - Pediatra
  - Urologista
  - Ginecologista
  - Cardiologista
  - Dermatologista
  - Angiologista
  - Ortopedista
  - Nutricionista
  - Oftorrinolaringologista
  - Medicina do Trabalho
  - Endocrinologista
  - Mastologista
  - Oftalmologista

## Comments

- FRES
  - PLAMED
  - CAMEO
  - CASSE
  - CASSI
  - CAIXA
  - BRADESCO
  - DISCO
  - CAPSAQUE
  - PRENSMED
  - ASSUME
  - CORREIOS

 Clinica e Laboratório  
**Soliclin**  
Cuidando da sua Saúde

Werner Paxo dos Sóis  
relatório mês

Point Con lexos  
Amón doceho Grav 3  
gris oscuro de mto  
roda 21/05/18  
pesando por piezas  
Cinco roda 11/06/18  
no levantó cinco, con  
resultado nulo/estóm

[colifit\\_clinica@yahoo.com.br](mailto:colifit_clinica@yahoo.com.br)

Filial

**Matriz**  
Rua Antônio Mendonça, 234 - Rio das Pedras  
(Centro) Rio das Pedras (CEP: 61.380-000)  
Fone/Fax: (61) 3246-1100 / 3246-1142

Dr. Edmundo Barrios Nunez  
Calle 100 / Transversal 10  
Casa 1, Piso 2  
Bogotá - Colombia

• **Medicamento: Clorazepato de Sodio 5mg Cinturón**  
CentroMed (Tres travesas al Hospital)  
Fono: (76) 94-132-6730 / 88642-4695



CARTÓRIO Nº OFÍCIO	Certifico e dou fé que a presente cópia reprográfica é a reprodução fidedigna do original que nele foi extido.
Brasília Julho de 2011 Assinado:	Carreta/SE  Em nome da verdadeira Assinado:  Assinado: 
Lucy Bittar Bárbara Soárez Silvana	

M:

HOSPITAL REG D'R PEDRO GARCIA MORENO

BE: 536360

DATA: 21/05/2018 HORA: 03:48 USUARIO: MIGOMES  
SETOR: 05-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

DOC...: 2,224,0

: 30 ANOS NASC: 15/03/1988

SEXO...: MASCULIN

: POV MASARADUBA

NUMERO: 0

: NENTO....: CASA

BAIRRO: Z R

: CEPIO....: CARIRA

UF: SE CEP...: 49550-01

: PAI/MAE...: JOAO PAIXAO DOS SANTOS

/JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS

: NAVEL....: O PROPRIO

TEL...: 0xx 996

: INCIA...: CARIRA - SE

513

: ENTRO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

: LICIAL..: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

TRAUMA: NAO

: PABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

IMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

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

LINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/05/2019

Paciente refere queda de moto.

A: vixx xerez e perusss

D: Glasgow 15, PIFR, MMII movimentação ativa, MSB

B: expansibilidade preservada

E: possivel protora de espirula - P.  
umbraço = B.

C: escorregões ao longo do corpo

G: diminuição por dor intensa no ombro: Dr. Bruno Soárez Jardim  
M: M: C: Cirurgião Ortopedico  
P: CRM/SE 5205

ES DA ENFERMAGEM:

L: 0000 - 4000  
R: Quela de madeira q/ espacarle.

CLINICO:

CID:

## PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

(B)

SRL 500mg EU 500 foliculo 04

:20

Monitza tempe anal AD 20

foliculo

to Realizar zelum de um

(B) Radiografias: ombro, sub braço e punho à E + Tórax PA/P

SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

| DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

[ ] EVASAO

| ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[ ] DESISTENCIA

| AD NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

-ENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

| ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT

Bruno da Mota Soárez

INTER DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gildemar Soárez Cruz  
Tec. em Radiologia Médica  
CRM-MG 44737 RegiãoProtocolo  
21-05-18  
616+808  
606+617(2) Avaliação de Ortopedia.  
(3) Alvo Hospitalar para  
de Circunstâncias. Dr. Bruno Soárez Jardim  
CRM/SE 5205




  
**HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO**

**Receituário**

---

*anestesia diax 200m*

---

*RECONHECIDO*

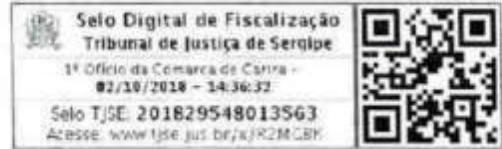
*O PCTE SUPRACITADO COU-  
DISNOSCO DE CIRURGIA  
ACOMPAHANHADA DE  
ESTOCHE DENT. SUCEDIDA.  
ANALISAR EM FASE DE  
RECUPERACAO.*

*CIO: 5-431*

*02/10/18*

*Dr. Antonio E. Lora Arce*  
*Ortopedista - Traumatologo*  
*- 04 3005 - 7607 9224*

Avenida 13 de junho, nº 776 – Centro - Ilheais-SE – Fone: (79) 3432-9200



CARTÓRIO	Certifico e dou fé que a presente	
1º OFÍCIO	cópia reprodutiva é a reprodução	
Marília Maria	fidedigna do original que me foi exibido.	
Dultra Sales		
Tarcísio		
Lidiane	Carira/SE	
Dultra Sales	Em testemunha da Verdade	
Substituto	<i>[Assinatura]</i>	

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

NO. DO BE: 536360  
CNS:DATA: 21/05/2018 HORA: 03:48 USUARIO: RAJESUS  
SETOR: 05-SUTURA

NUM:

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDADE.....: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

DOC...: 2,224

ENDRECO....: 30 ANOS NASC: 15/03/1988

SEXO...: MASCUL

COMPLEMENTO...: POV MASARADUBA

NUMERO: 0

MUNICIPIO....: CASA

BAIRRO: Z R

NOM PAI/MAE...: CARIRA

UF: SE CEP...: 49550

FATHER INSAVEL...: JOAO PAIXAO DOS SANTOS /JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS

PRESIDENCIA...: O PAI. PERDERAM A PRIMEIRA F DE ENTRADA TEL...: NAO SC

ACIDENTE...: CARIRA - SE INF

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

POLICIAL.: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

FABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TRAUMA: NAO

X

mmHg ]

PULSO: [ ]

TEMP.: [ ]

PESO: [ ]

COMPLEMENTARES:

[ ] RAIO X

[ ] SANGUE

[ ] URINA

[ ] LIQUOR

[ ] ECG

[ ] ULTRASSONOGRAFI

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## ACOES DA ENFERMAGEM:

ESTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAC.

SAIDA: / /

] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

EVASAO

] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

] NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :  
] DESISTENCIA

ENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ATE 48HS [ ] APoS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PAT.

CARA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

## HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

BE: 536360

DATA: 21/05/2018 HORA: 03:48 USUARIO: MIGOMES  
SETOR: 05-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

DOC...: 2,2

: 30 ANOS NASC: 15/03/1988

SEXO..: MAS

: POV MASARADUBA

NUMERO: 0

: ENDERECO...: CASA

BAIRRO: Z R

: CEP/PIPO...: CARIRA

UF: SE CEP...: 495

: PAI/MAE...: JOAO PAIXAO DOS SANTOS

/JOSEFA PAIXAO DOS SANTO

: MARCAVEL...: O PROPRIO

TEL...: 0

: INCIA...: CARIRA - SE

: MENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

TRAUMA: NAO

: LICIAL.: NAO

: PLANO DE SAUDE...: NAO

: TRABALHO: NAO

: VEIO DE AMBULANCIA: NAO

X mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ]

[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRA

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

LINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/0

Paciente refere queda de moto.

A: vias respiratórias e pernas

D: Glasgow 15, PIFR, MMII

B: expansibilidade do preservador

NSD movimento tipo elástico

C: escoriações ao longo do corpo

E: possíveis fatores de exposição à P.

ES DA ENFERMAGEM:

+vebraço + E.

+diminuição por dor intensa no ombro: O. tempo: 2000

+diminuição da força muscular

+dor de dor intensa no ombro.

+dor intensa no ombro e espalhada.

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 22607  
Numero do CNS.....: 0000000000000000  
Nome.....: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS  
Documento.....: 2,224,0110                  Tipo :  
Data de Nascimento: 15/03/1988                  Idade: 30 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: JOAO PAIXAO DOS SANTOS  
Nome da Mae.....: JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS  
Endereco.....: POV MASARADUBA 0 CASA  
Bairro.....: Z R                                  Cep.: 49550-000  
Telefone.....: 079998524375  
Municipio.....: 2801405 - - SE  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA                  No. do BE: 574616  
Clinica.....: 100 - ENF "A" ADULTO - CIRURG  
Leito.....: 999.1146  
Data da Internacao: 18/09/2018  
Hora da Internacao: 06:35  
Medico Solicitante: 789.410.595-34 - ANTONIO ESTEBAN LARA ARCE  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: MLROSA

INFORMACOES DE SAIDA

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

### Solicitação de Ré - Análise

Eu, Wenester Paixão dos Santos, portador do RG: 22240110 CPF: 028.320.505-90 residente na Rua B, Nº 100, Bairro: Centro Cidade: Cananéia-SE, Cep: 49550-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo, juntamente foi liberado 1.687,50, para as lesões que mim encontro, enviar relatório médico que comprovant as lesões que foram FRATURA ACROMIO-CLAVICULAR, sinto muitas dores, horríveis, não trabalho, fico a mercê dos outros, por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma perícia, para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão, agradeço desde já.

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE , 20/03/2019

X Wenester Paixão dos Santos

WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

TESTEMUNHAS:

Haldilide Oliveira Freire

Brenes Posa Magalhães



N Controle: 3737767/2018

## Laudo de Ecg

**Unidade:** Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho - Itabaiana - SE

**Hora Chegada:** 08:12

**Hora Saida:** 08:19

**Paciente:** WENESTER PAIXÃO DOS SANTOS

**Idade:** 30

**Médico:** Dr. Luiz César D. Nascimento

**Data Exame:** 11/09/2018

**Registro do Traçado:** 02

**Ritmo:** Sinusal

**Frequência Cardiaca:** 68 bpm

**SÂQRS:** 60°

**Conclusão:** Arritmia sinusal

Dr. Luiz Cesar D. Nascimento  
Cardiologia – CRM 3445

**Salvador/Bahia, 11 Setembro 2018**

**Assinatura Eletrônica**

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	RA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
Identificação do Estabelecimento de Saúde								
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE								
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE								
2 - CNES								
4 - CNES								
Identificação do Paciente								
5 - NOME DO PACIENTE		<i>WILSON RODRIGUES</i>						
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		9 - DATA DE NASCIMENTO		10 - SEXO		12 - N.º DO PRONTUÁRIO		
B10370181-1958-12-9915		18/03/88		MASC. <input checked="" type="checkbox"/> 1 FEM. <input type="checkbox"/> 3		10 - RAÇA / COR		
11 - NOME DA MÃE		<i>Terezinha da Silva dos Santos</i>						
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		<i>Wilson Rodrigues dos Santos</i>						
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º BAIRRO)		<i>Vila Maranduba</i>						
17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		<i>Pará</i>						
18 - COD. IBGE MUNICÍPIO		19 - UF		20 - CEP		21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS		
						<i>PA 6499500</i>		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO								
<i>Suspeita de infarto agudo do miocárdio.</i>								
22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO								
<i>TMJ. Suspeito</i>								
23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)								
24 - DIAGNÓSTICO INICIAL		25 - CID 10 PRINCIPAL		26 - CID 10 SECUNDÁRIO		27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
<i>Infarto agudo</i>		S-431						
28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO								
30 - CLÍNICA		31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		32 - DOCUMENTO		33 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
<i>urgente</i>		<i>aguda</i>		1 - CNS <input type="checkbox"/> 2 - CPF <input type="checkbox"/>		34 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		35 - DATA DA SOLICITAÇÃO		36 - ASSINATURA E CARMIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		37 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<i>Dra Ana Jovina Dottoratti</i>		18/03/18		<i>(Assinatura)</i>		0908010181		
38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA								
39 - EMPREGADO		40 - CNPJ DA SEGURADORA		41 - N.º DO BILHETE		42 - SÉRIE		
43 - CNPJ DA EMPRESA				44 - CNPJ DA EMPRESA		45 - CBOR		
46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA								
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		AUTORIZAÇÃO						
48 - DOCUMENTO		49 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						
1 - CNS <input type="checkbox"/> 2 - CPF <input type="checkbox"/>		511637010165100						
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARMIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)						
1 - J.		<i>Dra Ana Jovina Dottoratti Médica Auditiva CRM-RJ 4771</i>						
52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR								
<i>28161016000240</i>								

O E M280290001	ESFERA PRIVADO	ESPÉLHO DA AIH	APRESENTAÇÃO: 11/2018	PAG. DATA: 04/0
<b>Num AIH : 281810169993-0</b>	<b>Situação : EXPORTADA</b>	<b>Tipo : 01-INICIAL</b>	<b>Apresentação : 11/2018</b>	<b>Data Autorização: 18/09/2018</b>
Especialidade : 01 - CIRURGICO	Orgão Emissor : M280290001	CRC : 0590250BD8		
Doc autorizado : 708005863323025	Doc med resp : 980016294313703	Doc diretor clínico : 980016278353224	Doc médico solicitante : 120366579250	CNS : 708708105712
CNES : 2477861 - HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO				Prontuário : 101822607
Paciente : WENESTER PAIXAO DOS SANTOS				
Data Nasc. : 15/03/1988	Sexo : MASCULINO	Nacionalidade : 010 - BRASIL	Tipo Doc. : Identidade	Doc : 22240110
Responsável pac. : JOAO PAIXAO DOS SANTOS			Nome da Mãe : JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS	
Endereço : SITIO MASSARANDUBA 01 Bairro CENTRO		Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO	Etnia: 0000-NAO SE APPLICA	
Município : 280140 - CARIRA	UF : SE CEP : 46550-000		Telefone : (79)9998-54375	Muda Proc.
Procedimento solicitado : 04.08.01.016-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR				
Procedimento principal : 04.08.01.016-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR				
Diag. principal : S431-LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR			Diag. secundário :	
Complementar :			Causa Obito :	
Caráter atendimento : 02 - URGENCIA			Modalidade : HOSPITALAR	
Data internação : 18/09/2018	Data saída : 19/09/2018	Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO		
Liberação SISAIH01 :			AIH Anterior :	AIH Posterior :
-[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]				
CNPJ do Empregador :	/	CNAER: -		
Vínculo Previdência :		CBOR: -		

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Linha Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Crmt	Descrição
1 0408010185	980016000832767 225270(1)	2477661	2477661	1	09/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO /
2 0408010185	980016280527412 225151(5)	2477661	2477661	1	09/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO /
3 02040400^0		2477661	2477661	4	09/2018	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA

**CID SECUNDARIO**

Cid	Característica	Descrição
W196	PREEXISTENTE	QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO
Número de Nascedos		Nº Pré-Natal:
Vivos :	Mortos :	Altas : Transt.: Óbitos :

"De acordo com a Portaria SAS/MS N° 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

