



**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	Distribuição: 21/02/2020
Número Único: 0000496-22.2020.8.25.0013	Competência: Carira
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

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

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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:

É 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 2 - "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 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPI da Vítima

028.320.505-90

Nome completo da vítima

Wenster Paixão Dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Wenster Paixão Dos Santos		
CPF titular da conta	028.320.505-90	Endereço	Jaraguá
Endereço	Rua Fulgencio M de Almeida	Número	139
Bairro	Centro	Cidade	Jaraguá
Email	marcondulovic@gmail.com	CEP	59.550-000
		UF	SE
		Telefone (DDD)	33-9918-9207

Declaro, sob as penas da lei, 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

☒ **RECUSO INFORMAR**
☐ R\$ 0,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ SEM RENDA
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRANCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (239) ☐ ITAU (241)

☒ **CAXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA
0143
CONTA
46284
5

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
ACÉNCIA
CONTA

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.

W. So. Valério 14 de 08 de 18
Local e Data

Wenster Paixão Dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

06 SET 2018

RECEBIDO

Ato

SABEMI SEGURADORA S/A
06 SET 2018
RE: 536360
RECEBIDO

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

WENESTER PAIXAO DOS SANTOS
30 ANOS NASC: 15/03/1988
POV MASARADUBA
CASA BAIRRO: Z R
CARIRA
JOAO PAIXAO DOS SANTOS /JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS
O PROPRIO
CARIRA - SE
ACIDENTE MOTOCICLISTICO
NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...: 2.224,01
SEXO...: MASCULIN
NUMERO: 0
UP: SE CEP...: 49550-00
TEL...: 075 996 5135

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

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

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

SINTOMAS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/05/18

Paciente refere queda de Moto.

A: nas arestas perveras D: Glasgow 15, PIER, MMH normal, M5B
B: expansibilidade preservada E: possível fratura de espícula de E
C: escoriações ao longo do corpo antebraço E.
ES DA ENFERMAGEM: q. diminuição por dor intensa no ombro e E. M5B
Avalia de modo q. exposte. CRISE 2008

TRICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) SRL 500mg EV 5x/dia 04:20
2) Morfina 10mg oral AD 2x/dia
3) Radiografias: ombro, sub braço e punho x E + Tórax PA/P

SAIDA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
[] NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

UNIDADE DE SAUDE: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

Assinatura do Paciente/Responsavel

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilberto dos Cruz
Téc. de Exat. Médica
C.R. 123 79 Região

Protocolo
25-05-18
6164605

4) Avaliação de Ortopedia.
5) Alta hospitalar

O.E.: M280030601

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO 07/2018

Data Autorização: 11/09/2018

Num AII: 281810014647-7

Situação: APURADA

Tipo: 01- INICIAL

Apresentação: 07/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO
Orgão Emissor: M280030601
Doc autorizador: 190130126963000
Doc med resp: 206790614650008
Doc diretor clínico: 206790614650008
Doc médico solic: 124301372500007
CNS: 0002263 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
CNS: 70370818571269-5
Prontuário: 1039030
Paciente: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS
Data Nasc.: 15/03/1988 Sexo: MASCULINO
Nacionalidade: 010 - BRASIL
Tipo Doc.: Identidade
Nome da Mãe: JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS
Doc: 222401110
Responsável por: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS
Endereço: CAMPO POV MACARANDUBA 100 Bairro: CENTRO
RaparCor 03-PARÇA Etnia: 0003 NAO SE APLICA
Município: 260290 - ITABUANA UF: SE CEP: 43500-300
Telefone: 07819988-88748 Mada Proc.: NÃO
Procedimento solicitado: 04.08.01.018-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR
Procedimento principal: 04.08.01.018-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR
Diag. principal: 34314 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR
Diag. secundário:
Complementar:
Carater atendimento: 02 - URGENCIA
Data internação: 11/09/2018 Data saída: 18/09/2018 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO
Causa Obito:
Modalidade: HOSPITALAR
Liberação SISANH01:
[Causas Externas (Acidente ou Violência)]
CNPJ do Empregador:
Vínculo Previdência:
CNAER:
CBOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Link	Processamento	Documento	CRO	CNES/CNPJ	Apurar Valor de Quid	Crit	Descrição
1	0408010185	980018000832707225151(6)	0133263	3359948	3359948	10002283	10/09/2018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO /
2	0408010185	980016297029895225151(6)	0133263	3359948	3359948	10002283	10/09/2018 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		00,54		71,51		377,49
Total Geral:	275,44		00,54		71,51		377,49

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V20.0	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM EM COL C/CARRIO PICK-UP OU CAMINHON - CONDUTOR TRAUM EM ACID. 5-TRANSITO

Número de Nascidos: Número de Saídas: Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 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 arquivada no prontuário do paciente"

Dr. Ana Angélica Pontes
Supl. Médica
CRM 2345
CPF 880.011.140319
81/07/18

SABEMI SEGURADORA S/A

06 SET 2018

RECEBIDO

 SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 HOSPITAL CIRURGIA	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CHES 0002283	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA				4 - CHES 0002283	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA					
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1039330	
5 - NOME DO PACIENTE WENESTER PAIXAO DOS SANTOS				10 - RAÇA/COR 	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 160633589790002				8 - DATA DE NASCIMENTO 15/03/1988	
11 - NOME DA MÃE JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS				9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL POV OADO MACARANDUBA; RUA B Nº100				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 9 9688-8745/9675-1388	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) POV OADO MACARANDUBA; RUA B Nº100				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 9 9688-8745/9675-1388	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CARIRA				17 - Cód. IBSG MUNICÍPIO SE	
				18 - UF SE	
				19 - CEP 49550-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS - dor em região lombar - clivada @ 2 - M. psoas, 10/11/18					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Realização de intervenção cirúrgica					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exames: Ressonância, Radiografia					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Dor lombar - clivada @					
24 - CID 10 PRINCIPAL M54.31					
25 - CID 10 SECUNDÁRIO V23.0					
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Cirurgia de descompressão					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 040805058					
29 - CLÍNICA ORTOPEDIA					
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGENCIA					
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF 385539965F					
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dra. Angélica					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/06/18					
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO					
39 - CNPJ DA SEGURADORA					
40 - CNPJ EMPRESA					
41 - Nº DO BILHETE					
42 - CNH DA EMPRESA					
43 - SÉRIE					
44 - CBO					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF					
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 16/06/18					
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dra. Angélica					
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
SABEMI SEGURADORA S/A 2818100146477 06 SET 2018 RECEBIDO					

CHECKLIST ORTOPÉDICO ADMISSIONAL

NOME: Wenester Paixão das SantesIDADE: 30SEXO: M () F ()

LEITO: _____ MATRÍCULA: _____

CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (X)

DATA FRATURA: 21/05/2018DATA INTERNAMENTO: 11/06/2018

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

COLHIDOS: SIM (X) NÃO ()

IMPRESSOS: SIM (X) NÃO ()

RX: 3 PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE ()

SEM QUALIDADE ()

ECG: SIM (X) NÃO ()

ECO: SIM () NÃO ()

PEDIDO: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO (X)

REALIZADO: SIM () NÃO ()

TOMOGRAFIA: SIM () NÃO ()

PEDIDA: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO ()



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMARIA

NOME: _____

IDADE: _____

SEXO: M () F ()

MATRÍCULA: _____

HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()

LEITO: _____

CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

DATA FRATURA: ____/____/____

DATA INTERNAMENTO: ____/____/____

EXAMES LABORATORIAIS: OK () ALTERADO ()

RX: () PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE () SEM QUALIDADE ()

ECO: SIM () NÃO () FEITO: NÃO SE APLICA ()

RISCO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () SOLICITADO: SIM () NÃO () FEITO

TOMOGRAFIA: SIM () NÃO () FEITO: () NÃO SE APLICA

VAGA 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: ____/____/____ CONVÊNIO: 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 ()

PRESCRIÇÃO: OK ()

EVOLUÇÃO: OK ()

ATO CIRÚRGICO: OK ()

OPME: OK () NÃO SE APLICA ()

CIRURGIA: SIM () REALIZADA POR DR. _____ NÃO () REALIZADA POR DR.

MOTIVO DA SUSPENSÃO _____

REMARCA PARA: ____/____/____

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

 ATENDIMENTO

laudo preenchido

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim

DATA: 11/06/2018 10:39:45

LEITO: CIR GEN 004 - Clinica Cirurg

TIPO: Urgência

CONVENIO: SUS INTERMO

PROFISSIONAL: 1631-LEOPOLDO SIMCES BARRETO

 PACIENTE

CARTÃO SUS: 160633589790002

ATENDIMENTO: 1039330

NOME: WINSTER FAIXAO DOS SANTOS

ENDEREÇO: POV MACARANDUBA ; RUA B

BAIRRO: Centro

CIDADE: Carira

PHONE: 99688-8745/99675-1388

DATA NASC.: 15/03/1988

EST.CIVIL: Solteiro

NOME DO PAI: JOAO PAIXAO DOS SANTOS

NOME DA MAE: JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS

Nº: 100

UF: SE

CEP: 49950000

CPF

02812050590

R.G:

22240110

IDADE: 30

SEXO: Masculino

PROFISSÃO: SOLDADOR

 RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: o mesmo

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

 DADOS COMPLEMENTARES:

CID: 843.1-Luxação da articulação acromioclavicular

ORIGEM: Carira

DIAS INTERNAMENTO: 2

PROC.SUS: 040801018-3 Tratamento Cirurgico De Luxacao / Fratura-Luxa

AIH.:

** Anexado o resultado do exame laboratorial.*

[Assinatura]
 Leopoldo Simces Barreto
 Sec. Clínica FHC
 11/06/2018

*Alter 16-06-19
 Kit OK + R X
 [Assinatura]
 Josefa Barreto dos Santos
 11/06/2018*

[illegible]

11/28/18. Prof. Dr. L. A. C. (C) Andrews Jr. =

4068 Long Beach Boulevard
 Long Beach, CA 90801
 (562) 591-1234
 CIRM - 2008

131061B
 Limpopo Province - Olusaba Special
 Centre (private) Nov. 14/61
 (Buit, crocodile, etc)
 (Coral, sea urchins)

1406 PO. MEDIO MAY. GUAYMALA LINDSEY

AS 10618 P. Nuevo Pinar
Columbo Espinal
Cama de San José
Columbo, Calle Principal

16/06/2007 Bozalislice
1000 kg
Gulbado/Alton

150000

Wenster Pakt des Senten

NAME: _____ UNIPAGE: _____

DATE: _____ HOURS: _____

INSTRUCTOR: _____

IDADE:	30	LEITO:	24	REGISTRO:	1039330
--------	----	--------	----	-----------	---------

UNION

DATA: 05/19/90

DATA

1-IDENTIFICAR: 1-1 CACHETILHO	<input type="checkbox"/> Eutrofia	<input type="checkbox"/> Oligo	2-CAMPANHA:	<input type="checkbox"/> Desacompanhado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCUMUNICAÇÃO:	<input type="checkbox"/> De família	<input type="checkbox"/> De ambulância com auxílio	<input type="checkbox"/> Acusado	<input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIENTE:	<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Incapaz	6-LESÃO POR PRESSÃO:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO:	<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Enteral	<input type="checkbox"/> Parental	<input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO:	<input type="checkbox"/> Aumentada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Anorexia		
9-TRANSFUSÃO:	<input type="checkbox"/> Sonda	<input type="checkbox"/> Peritona	<input type="checkbox"/> Líquida	<input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:						
10-DIURSE:	Aumento:	horas	Presença:	vezes	Alterações na urina:						
11-DIURSE:	Aumento:	horas	Presença:	vezes	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Difícil de				

07:20 Kcl. Incentive se no salt eating, Incentive, pen. Incentive no

6:00 Acceptance diet, —

9:30 - for the lunch de oportunity.

5:00 queda fechado

COHEN-SE 579768

8/90/41-VIVO

BIO TIPO:	<input type="checkbox"/> Capetite	<input type="checkbox"/> Eutrofica	<input type="checkbox"/> Oligozo	2-COMPANHIA:	<input type="checkbox"/> Desacompanhado	<input type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Profissional	3-ECONOMIÇÃO:	<input type="checkbox"/> Deambula	<input type="checkbox"/> Deambulou com auxílio	<input type="checkbox"/> Acamado	<input type="checkbox"/> Impossibilitado
CONSCIÊNCIA:	<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Incoerente				
7-AUTUAÇÃO:	<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"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída	<input type="checkbox"/> Anoréxico			
9-FLACUIDADE:	<input type="checkbox"/> Sólida	<input type="checkbox"/> Pastosa	<input type="checkbox"/> Líquida	<input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:							
10-DIARRÉIA:	Ausente	Horas	<input type="checkbox"/> Presente:	vezes	<input type="checkbox"/> Duas	<input type="checkbox"/> Às vezes	<input type="checkbox"/> Difícil	Alterações na urina:				

13,00 Paciente em seu leito, supino, aquecido, dormindo no momento.
14,00 Acordado. Verbalizando, recebendo visita médica.

1500 panche auster
7.00 panche auster

Atmido, PA 20x80 mmHg, t: 36.5°C

800 Paciente sem alterações

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Xenôsten Paixão dos Santos
 IDADE: 30 LÉITO: 24 REGISTRO: 639330 UNIDADE: Ch.E. geral

1-BIOTIPO: ☐ Capetico ☐ Entrêfico ☐ Obeso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Delirioso 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerente 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 10-DIURSE: Aumento: horas ☐ Presente: vezes Alterações nas fezes:

11-DIURSE: Aumento: horas ☐ Presente: vezes Alterações na urina:

07:30 Ref. encoberto no leito calmo, desperto, sem queixas.
 08:00 Aceita dieta e 300 ml de chá.
 10:00 Pausa para 300 ml de chá.
 12:00 Pausa para 300 ml de chá.
 14:00 Pausa para 300 ml de chá.
 16:00 Pausa para 300 ml de chá.
 18:00 Pausa para 300 ml de chá.
 20:00 Pausa para 300 ml de chá.
 22:00 Pausa para 300 ml de chá.

Wences Martins do Nascimento
 Alex de Oliveira
 CORREN-SE 579762

1-BIOTIPO: ☐ Capetico ☐ Entrêfico ☐ Obeso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Delirioso 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Incoerente 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 10-DIURSE: Aumento: horas ☐ Presente: vezes Alterações nas fezes:

11-DIURSE: Aumento: horas ☐ Presente: vezes Alterações na urina:

13:00 Pausa em seu leito, calmo, desperto, acordado, 31 queixas.
 15:00 Pausa para 300 ml de chá.
 17:30 Pausa para 300 ml de chá.
 19:00 Pausa para 300 ml de chá.
 21:00 Pausa para 300 ml de chá.
 23:00 Pausa para 300 ml de chá.

Wences Martins do Nascimento
 Alex de Oliveira
 CORREN-SE 579762

1-Ativo: ☐ Consciente ☐ Intelectivo ☐ Aberto
 2-Comunicação: ☐ Descriminada ☐ Familiar ☐ Prudencial
 3-Localização: ☐ Direta ☐ Desviada com ruído ☐ Acimado ☐ Inapropriado
 4-CONSCIENTE: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Delirioso
 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 8-INGESTÃO: ☐ Alimentada ☐ Nutricional ☐ Estimulada ☐ Anorexia
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Líquida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 10-DIURSE: Ausente: _____ vezes ☐ Dor ☐ A dor ☐ Dificuldade ☐ Alterações na urina: _____
 11-DIURSE: Ausente: _____ vezes ☐ Dor ☐ A dor ☐ Dificuldade ☐ Alterações na urina: _____
 12-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 13-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 14-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 15-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 16-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 17-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 18-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 19-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 20-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 21-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 22-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 23-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 24-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 25-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 26-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 27-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 28-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 29-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 30-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 31-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 32-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 33-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 34-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 35-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 36-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 37-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 38-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 39-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 40-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 41-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 42-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 43-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 44-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 45-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 46-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 47-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 48-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 49-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 50-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 51-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 52-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 53-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 54-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 55-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 56-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 57-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 58-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 59-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 60-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 61-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 62-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 63-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 64-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 65-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 66-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 67-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 68-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 69-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 70-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 71-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 72-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 73-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 74-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 75-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 76-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 77-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 78-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 79-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 80-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 81-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 82-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 83-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 84-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 85-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 86-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 87-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 88-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 89-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 90-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 91-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 92-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 93-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 94-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 95-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 96-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 97-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 98-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 99-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 100-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não

Assinatura e identificação

HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06	HORÁRIOS	08	10	12	14	16	18	20	22	24	02	04	06
Temperatura	36,5												36,5												
Pressão Arterial	130/90												130/90												
F. Cardíaca	81												81												
F. Respiratória	18												18												

1-Aspiração (1) TOR (2) TQT (3) Orofaríngea (4) Nasal	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05	06
2-Troca de Fenda																								
3-Higiene (1) Oral (2) Ocular (3) Intima																								
4-Banho (1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheira																								
5-Curativo Operatório:																								
6-Curativo de Lesão por Pressão:																								
7-Mudança de Decúbito:																								
8-Elevação de cabeça:	X																							

Aux. de Enfermagem
 CORENSE 570768

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

PACIENTE

Unidade: Unidade dos Santos

DATA: 30 / 04 / 2024 REGISTRO: 1039330 UNIDADE: Cl. C. Geral

1-IDENTIFICAR: <input type="checkbox"/> Capicó <input checked="" type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Desambula <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirioso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Incoerente	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: <u>horas</u> <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <u>vezes</u>	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	
Alterações na urina:		

07 paciente em centro - se no lito lucido consciente orientado do sem perdas no
momento
08 tomou banho de esponja
09 realizado curativo de enxerto cirúrgico em 456 com SE agi em queda
aberto em 456
03:30 paciente recebe alta hospitalar est. tec. e Enq. sta. sem. Joice m. Chale
9:40 paciente sem de alta hospitalar

Letícia Silva
COREN-SE 624036 - ENF

1-IDENTIFICAR: <input type="checkbox"/> Capicó <input type="checkbox"/> Eufórico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Desambula <input type="checkbox"/> Desambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirioso	5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Incoerente	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <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"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-DIURESE: Ausente: <u>horas</u> <input type="checkbox"/> Presente: <u>vezes</u>	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	
Alterações na urina:		

Assinatura e identificação

DATA:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Wesley dos Santos Procedência: Clinica Juiz Matrícula: 1039330
Idade: 30 Sexo: LM (☐ F) Data de admissão: 11/06/12 Leito: C04

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue (☐ SIM (☐ NÃO) Volume: _____ Vaga na UTI (☐ SIM (☐ NÃO)
- Preparo: (☐ Jejum a partir - HORÁRIO: _____ e DATA: _____/_____/_____) (☐ Punção venosa periférica
- Retirar a prótese e adornos: (☐ Prótese dentária (☐ Lente de contato (☐ Jóias (☐ Grampos (☐ Outros: _____)
- Alergia conhecida: (☐ SIM (☐ NÃO (☐ QUAL (S): _____)
- Hábito de vida: Tabagista: (☐ SIM (☐ NÃO (☐ TEMPO: _____ / Etilista: (☐ SIM (☐ NÃO (☐ TEMPO: _____)
- Passado cirúrgico: (☐ SIM (☐ NÃO (☐ QUAL (S): _____)
- Doenças atuais: (☐ HAS (☐ ICC (☐ IAM (☐ AVC (☐ DM (☐ NEO (☐ DPOC (☐ IRC (☐ 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

- Cirurgião: Dr. Antonio Laro
- Instrumentador: Parcello
- Anestesiologista: Dr. Henrique
- Circulante: Leandro

SERVIÇO DE APOIO

- Hemotransusão com SO (☐ SIM (☐ NÃO)
- (☐ 1ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____)
- (☐ 2ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____)
- (☐ 3ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____)
- Anatomopatológico: (☐ SIM (☐ NÃO)
- (☐ Peça cirúrgica: _____)

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: _____ Realizado: _____
- Horário - Início: _____ h e Término: _____ h.
- Monitoração: (☒ ECG (☒ Oximetria (☒ PANI (☐ Pressão invasiva: _____)
- Técnicas Anestésicas: (☐ Geral venoso (☐ 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: P
- Incisão Cirúrgica - local: _____
- Curativo - Tipo e local: aprim

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrências)

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

paciente com SO para procedimento cirúrgico com
computador monitorado por 130x80mm fe 72 lepr
SO 50% melhora distensão e odo cirúrgico. paciente com
exame de SRPA de uso, protocolo e se me prontuar
e não está distendido após o cirúrgico.

ASSINATURA: _____

Cristiane Marques dos Santos
Tec. Enfermagem
COREN 001.011.409

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Wemester Paiva dos Santos Matrícula: 103.9330
Enfermaria: _____ Convênio: SUS
Diagnóstico: luxação acromioclavicular
Procedimento realizado: tratamento cirúrgico
Data da utilização: 14.06.18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Antônio Lara CRM: _____

Dr. Antônio E. Lara Azeite
Clínica - Traumatologia
Cada 2005 - 1907 0004

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
<u>0408 010185</u>	<u>01</u>	<u> fio de Kirschmann</u>

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: FBHc 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:	Vinicius Roberto da Silva
NUMERO DE INTERNAMENTO:	1039330
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO:	Ext. claustrum
CIRURGIÃO:	Dr. Antônio Lora
ENFERMEIRO:	Paulo de
CIRCULANTE DE SALA:	Leostane
ANESTESIOLOGISTA:	Dr. A. Mayuri
INSTRUMENTADOR:	Marcelo
DATA:	14/06/18
SALA CIRÚRGICA:	06

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOITS: *Exépano e.e* $E=13$ $06-18$ $L=$
 $Y=20-06-18$ $A=$ *Kal*

13/06/18 127	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	20/06/18 3
19 - 227	19 - 226	19 - 230	19 - 227	19 - 229	15 - 224

COLABORADORES: Enfermeiros João e Susseida
de 06/17/06/2015

Obs. permanecer junto ao prontuário

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
FICHA DE CONSUMO DE SALA



PACIENTE: _____ MATRÍCULA: _____ CONVÊNIO: _____
CIRURGIA REALIZADA: _____ DATA: ____/____/____ CIRURGIÃO: _____
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
ANESTESIA: _____ ANESTESIOLOGISTA: _____
CIRCUANTE: _____

MONOCRYL 5.0 REF Y848 1.6CM		1 - CATH AMARELO () AZUL () VERDE ()	
MONOCRYL 5.0 REF Y495		LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 ()	02
MONOFYL 3.0 C/2 AG. 70CM		LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()	
MONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	01	LUVA ESTÉRIL 7.0	02
5 () 10 ()		LUVA ESTÉRIL 7.5	01
POLIESTER (ETIBOND) Nº 0 () 5 ()		LUVA ESTÉRIL 8.0	01
POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()		PLACA DE BISTURI ELÉTRICO	
7 ()		SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()	
POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()		SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 60ML ()	
		SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5ML ()	
VICRYL Nº 0 5VAG.		SERINGA DESCARTAVEL 10ML	01
CATGUT. SIMPLES C/AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 ()		SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	02
4 () 5 ()		SERRA DE GHILI	
CATGUT. SIMPLES 5VAG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 ()		SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
4 () 5 ()		16 () 18 () 20 ()	
CERA P/ OSSEO		SONDA CATETER P/ OXIGÊNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
ELETRODO DESCARTAVEL P/ MARCAPASSO		16 ()	
FITA CARDÍACA 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 130		SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	
LIGA CLIP 330			
MONOCRYL 6 REF Y967H 3.5CM		SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 ()	
MONOCRYL 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 ()	
MONOCRYL 3.0 REF 8450-30			
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	QNT	SONDA ENDOTRAQUEAL C/ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 ()	4.5 ()
ALGODÃO HIDROFILO		5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()	
A CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	01		
ABAIXADOR DE LÍNGUA (ESPATULA)		SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	3.5 ()
AGULHA DESCARTAVEL Nº () 13X0.45 () 30X0.70 ()		4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
30X0.80 () 40X0.12			
AGULHA PERIDURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20		SONDA ENDOTRAQUEAL S/ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	
AGULHA DE RAQUI Nº () 25 () 27		3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
ATADURA ALGODÃO ORTOPÉDICO 10CM ()			
15CM () 20CM ()		SONDA GÁSTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
ATADURA CREPOM 10CM	02	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 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
BOLSA DE COLOSTOMIA		20 ()	
CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()		SONDA CATETER TIPO OCULOS	01
9.0 ()		TORNEIRA PLÁSTICA 3 VIAS	
CAPA P/ MICROSCÓPIO () CAPA P/ VÍDEO ()		FRACIONADOS	QNT
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		CAL SOLDADA	
DRENO DE KERH EM T Nº 12 () 14 () 15 () 16 ()		ESPARADRAPO COMUM	20cm
DRENO DE SUÇÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()		ESPARADRAPO ANTIALÉRGICO Alérgico top	20cm
DRENO DE TORAX Nº 28 () 36 ()		ETER SULFÚRICO	comprimidos G
DRENO PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()		FORMOL 10%	comprimidos P
ELETRODO DESCARTAVEL	05	GORRO TURBANTE	05
EQUIPO MICROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	05	MÁSCARA DESCARTAVEL	05
ESCOVA PVPI	04	POLVIDINE TÓPICO	10cm
ESPONJA GELFOAM MEDICINAL		POLVIDINE DEGERMANTE	30cm

DATA: 14/06/18

PACIENTE: <u>Wenester Paulo dos Santos</u>		MATRÍCULA: <u>1031330</u>		CONVÊNIO: <u>SUS</u>	
IDADE: <u>30</u>	SEXO: <u>M</u>	COR:	ENF:	QUARTO:	LEITO:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Lara</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Mayuri Ayama</u>			
1º AUXILIAR:		2º AUXILIAR:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura clavícula</u>					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: <u>0 med/mus</u>					
CIRURGIA PROPOSTA: <u>Luxação acromioclavicular</u>					
CIRURGIA REALIZADA: <u>A proposta</u>					
PRÉ-MEDICAÇÃO:					
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>10:40h</u>		INÍCIO DA OPERAÇÃO: <u>11:00h</u>		ALT DA ANESTESIA:	
RISCO OPERATÓRIO: <u>1-2-3-4</u>		ESTADO FÍSICO: <u>1-2-3-4-5-6-7</u>			

<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR ECG		<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO PULSO		<input type="checkbox"/> CAPNÓGRATO		<input checked="" type="checkbox"/> TAM NÃO INVASIVA		<input type="checkbox"/> VENTILADOR	
FÍLDES: <u>90 150 200</u>									
<p> <u>PRV</u> <u>WWW</u> <u>PAD</u> <u>AAAAA</u> <u>FC</u> <u>AAAAA</u> <u>SD</u> <u>96/96/96</u> </p> <p> <u>Propriedades do tecido muscular com Stimplex</u> <u>Exatidão técnica</u> <u>Operação de 08 min total nasal</u> <u>Yonckler M 5D plus 13</u> <u>At o momento em interconexões</u> <u>A SRPA</u> </p>									

 AGENTES ANESTÉSICOS: Lidocaine 1,5% 30ml bloqu岸 plus propofol interescalimica

 TÉCNICA: com agulha A 50 + Stimplex

INDUÇÃO:	POSIÇÃO:	LOCAL PUNÇÃO:	LÍQUIDO RETIRADO:
TÉCNICA:	POSIÇÃO APÓS:	POSIÇÃO OPERATÓRIA:	RESULTADO B.R.M.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: <u>11:30h</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>11:40h</u>	CONSCIÊNCIA:
------------------------------------	-------------------------------------	--------------

PÓS-OPERATÓRIO: <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> SRPA	DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR	CONDIÇÕES:
---	--	------------

 OBSERVAÇÕES: feijum adequado. A pontos todos feitos
Surquis. N.º longo

 ASSINATURA DE: Mayuri Ayama
 ANESTESIA

Serviços

- Laboratório
- Scan Duplex
- Otologia
- Colposcopia
- Ultrassonografia
- ECG
- M.A.P.A.
- Exame / próstata
- Biopsia
- Cauterização
- Holter
- Ecocardiograma

Especialidades

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

Convênios

- IPES
- PLAMED
- CAMÉD
- CASM
- CASS
- CAIXA
- BRADESCO
- DLSO
- CAPSAÚDE
- PREVIMED
- ASSOM
- CORREIOS



Clinica e Laboratório

Soliclin

Cuidando da sua Saúde

Wenerter Puxo da Seta
relatório médico

Paciente com lesões
Anônus da vulva grau 3
por acidente de moto
no dia 21/05/18
passando por procedimentos
cirurgias no dia 14/06/18
no Hospital Cirurgico, com
resultados satisfatórios

soliclin.clinica@yahoo.com.br

Filial

Avenida Engenheiro Carlos Teó, 0072
Fins Pacs/SE (em frente ao Hospital)
Fone: (79) 9897-0600

Matriz

Rua Antônio Mendonça, 234 - Ribeirão Preto/SP
(antiga farmácia de Rôça) CEP.: 13.530-000
Fones: (79) 3449-1833 / 33647-4402

Filial

Rua João Carlos Chagas, S/N Centro
Cidade/SE (em frente ao Hospital)
Fone: (79) 94132-8730 / 90647-4590

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
Otorrinolaringologista
CRM 1.48.530
CBO 3.19.05/07

Selo Digital de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado
2ª Vara de Família e Sucessões
14/08/2018 11:33:07
Selo TJE: 2618279548011844
18/08/2018 11:33:07



CARTÓRIO 1º OFÍCIO	Certifico e dou fé que a presente cópia reprográfica é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
Recebi para Julian Jara Exato	Carreira/SE
Luiz Antônio Daltro Sales Substituto	Em teste, para a verificação

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

BE: 536360

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

USUARIO: MIGOMES

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

30 ANOS NASC: 15/03/1988

POV MASARADUBA

CASA

BAIRRO: Z R

CARIRA

JOAO PAIXAO DOS SANTOS

O PROPRIO

CARIRA - SE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...: 2,224,0

SEXO...: MASCULII

NUMERO: 0

UF: SE

CEP...: 49550-01

/JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS

TEL...: 075 996

513

TRAUMA: NAO

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

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

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

CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/05

Paciente refere queda de Moto.

A: vias aéreas pervess

B: expansibilidade preservada

C: escoriações ao longo do corpo

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

E: possível fratura de escápula + E + antebraço + E.

SINAIS DA ENFERMAGEM:

S: diminuição por dor intensa no ombro + E + antebraço + E.

Dr. Sérgio Sousa - Jureado CRM/SE 8208

EXICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

② SRL 500mg EV 500 fosfato 04:20
② Monitorar tempo anal AD EV
↳ Realizar adms de anal
③ Radiografias: ombro, antebraço e punho + E + Tórax PA/P

SAIDA:

DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

HORA DA SAIDA:

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

NAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

PREVENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

[] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilberto dos Reis Cruz
Téc. em Radiologia Médica
CRM 150473 - 7º Região

Protocolo
25-05-18
618+805
506+617

④ Avaliação da Ortopedia.
③ Alta Hospitalar
Dr. Sérgio Sousa - Jureado CRM/SE 8208



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

ANTONIO LARA ARCE

RELATÓRIO MÉDICO

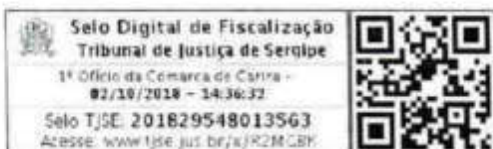
O PCIR LARALINDO COM
DIAGNÓSTICO DE LARALINDO
ACROMIOCLAVICULAR EX
PROLISIA DENT. S. MURFID.
ANALISAR EM FASE DE
REABILITACAO.

CID: J-431

Lo: 02/10/18

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2005 - TECT 0826

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



CARTÓRIO 1º OFÍCIO	Certifico e dou fé que a presente cópia reprográfica é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
Marcia Maria Duarte Diniz Técnic	Carira/SE
Em test	da Verdade
Luiz Nogueira Duarte Soares Substituto	

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS
IDADE: 30 ANOS NASC: 15/03/1988 DOC...: 2,224
ENDRECO: POV MASARADUBA SEXO...: MASCUL
COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: Z R NUMERO: 0
MUNICIPIO: CARIRA UF: SE CEP...: 49550-
NOME PAI/MAE: JOAO PAIXAO DOS SANTOS /JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS
PERIGOSAVEL: O PAI. PERDERAM A PRIMEIRA F DE ENTRADA TEL...: NAO SC
PREVINCIA: CARIRA - SE INF
ACIDENTAMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ____/____/____

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

HISTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICAC.

DATA DA SAIDA:

[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
[] SAIA NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[X] EVASAO

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

PREVINCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IML

[] ANAT. PATO

ASSINATURA 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
30 ANOS NASC: 15/03/1988
POV MASARADUBA
CASA BAIRRO: Z R
CARIRA
JOAO PAIXAO DOS SANTOS
O PROPRIO
CARIRA - SE
ACIDENTE MOTOCICLISTICO
NAO
NAO
PLANO DE SAUDE....: NAO
VEIO DE AMBULANCIA: NAO
TRAUMA: NAO
DOC....: 2,2
SEXO...: MAS
NUMERO: 0
UF: SE CEP....: 4951
/JOSEFA PAIXAO DOS SANTO
TEL....: 073

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

COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA []
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRA

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

CLINICOS:

Paciente refere queda de Moto.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/05

A= vias aereas pervess
B= expansibilidade preservada
C= escoriações ao longo do corpo
D= Glasgow 15, PIR, MMII movimentos ativos,
MSD
E= possível fratura de espícula + E
ante braço = E.
diminuição por dor intensa no ombro + E
de 1000 - alcool
A queda de moto e exposte.

ANAMNESE:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDIC

1) SRL 500mg EV 500 04:20
2) Morfina 1mg/ml AD 200 04:20
3) Realizar adun de 4ml
4) Radiografias: ombro, sub braço e punho + E + Tórax PA/P

SAIDA:

DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [] DESISTENCIA
NAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

PREVENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. F

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilberto de Sá Cruz
Tecn. em Radiologia Médica
CRM 150473 - RJ

Protocolo
21-05-18
6164803
5064817

2) Avaliação de Ortopedia.
3) Alta hospitalar para
de Cirurgia (Ca. 1)

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
Município.....: 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 Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
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 Carima -SE, Cep: 49550-000 venho pelo presente instrumento solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois so foi liberado 1.687,50 para as lesões que mim encontro ,enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram FRATURA ACROMIO-CLAVICULAR sinto muitas dores horríveis não trabalho fico a merecer 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:

Valdiléide Oliveira Rosa

Barbara Rosa 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 Cardíaca: 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

LAB.

1ª 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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

MASC. ☒ 1 FEM. ☒ 3

10 - RAÇA / COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - DOC

18 - COD. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

43 - CNPJ DA EMPRESA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

44 - CNIE DA EMPRESA

45 - CBOR

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

48 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Ana Jovina Barreto
Médica Auditor
CRA-177.1

O E M280290001	ESFERA PRIVADO	APRESENTAÇÃO: 11/2018	PAG. DATA 04/0
Num AIH : 281810169993-0	Situação : EXPORTADA	Tipo : 01-INICIAL	Apresentação : 11/2018 Data Autorização: 18/09/12
Especialidade : 01 - CIRURGICO	Orgão Emissor : M280290001	CRC: 0590250BDB	
Doc autorizador : 708005893323025	Doc med resp : 980016294313703	Doc diretor clínico : 980016278353224	Doc médico solíc : 120366579250
CNES : 2477661 - HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO			CNS : 708708105712
Paciente : WENESTER PAIXAO DOS SANTOS			Prontuário : 101822607
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 : SÍTIO MASSARANDIUBA 01 Bairro: CENTRO	Raça/Cor: 99-SEM INFORMAÇÃO	Etnia: 0000-NAO SE APLICA	
Município : 280140 - CARIRA	UF : SE CEP : 48550-000	Telefone : (79)9995-54375	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			
Complementar :			Diag. secundário :
Carater atendimento : 02 - URGENCIA			Causa Óbito :
Data internação : 18/09/2018	Data saída : 19/09/2016	Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO	Modalidade : HOSPITALA
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	Cmpst	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
W199	PREEXISTENTE	QUEDA SEM ESPECIFICACAO - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos	Número de Saídas	Nº Pré-Natal:
Vivos : Mortos :	Altas : Transf. : Óbitos :	

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 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 arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

