



# BRAJUPM NACIONAL

## Central de Apoio aos Policiais Militares

### INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

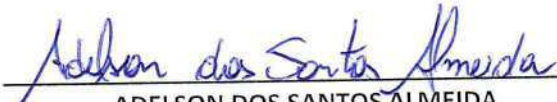
**OUTORGANTE:** ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA, brasileiro, SOLTEIRO, filho de Adelmo de Almeida e Maria Joana dos Santos Almeida, portador do RG de nº 13533010/PMAL, inscrito no CPF sob o nº 059.473.344-88, residente e domiciliado à AV WALTER ANANIAS, N 596, POÇO, MACEIO/AL CEP nº 57.025-510, e-mail: adelsonalmeidamcz@gmail.com

**OUTORGADOS:** WAGNER VELOSO MARTINS (OAB/BA 37.160), CAROLINE DE SOUZA FLOR OLIVEIRA (OAB/AL 9.478), LUÍS FELIPE PIMENTEL SAMPAIO (OAB/AL 17.468 - A), EURIBERTO EULLER DE ALENCAR BESERRA (OAB/AL 8493) e CARLOS LACERDA MARTINS TAVARES (OAB/AL 9.562), todos com endereço profissional localizado no rodapé da presente procuração.

**Poderes Gerais:** Pelo presente instrumento particular de mandato e na melhor forma de direito, o (a) **OUTORGANTE** acima qualificado (a) nomeia e constitui seu(s) bastante(s) procurador(s) o(s) **OUTORGADO(s)** supra indicado (s), com o fim de representá-lo (a) junto aos Órgãos Federais, Estaduais e Municipais, Autarquias e Fundações, Juízos Comuns, Criminais e Especiais, Instituições Financeiras e Seguradoras em Geral, onde figure como autor (a) ou ré (u), assistente ou opoente, promover todos os meios de defesa do interesse do (a) outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo ainda, satisfazer exigência, tudo requerer e assinar para o fiel cumprimento do presente mandato e a praticar os atos necessários ao bom desempenho deste mandato.

**Poderes Específicos:** ao direito sobre Também, pelo presente instrumento particular de mandato, o (a) **OUTORGANTE** acima qualificado autoriza expressamente o **OUTORGADO** a receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar o qual se funda a ação, receber, dar quitação, requerer gratuidade de justiça, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, bem como dar cumprimento de sentença, se o ato for necessário ao bom desempenho da ação.

Maceió - AL, 13:32

  
ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

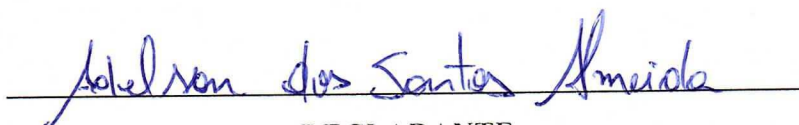
Eu, **ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA**, brasileiro, solteiro, filho de Adelmo de Almeida e Maria Joana dos Santos Almeida, portador do RG de nº 13533010 PMAL, inscrito no CPF sob o nº 059.473.344-88, residente e domiciliado à AV WALTER ANANIAS, N 596, POÇO, MACEIO/AL CEP nº 57.025-510, e-mail: adelsonalmeidamcz@gmail.com

**DECLARO**, nos termos da Lei n.º 7.115 de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, que sou hipossuficiente na acepção jurídica de termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas jurídicas, sem sacrifício do meu sustento e de minha família.

Requeiro ainda que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pelas declarações acima, sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Maceió - AL, 13:32

  
DECLARANTE

FÊ PÚBLICA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, LEI FEDERAL Nº 7.116 DE 29-08/83.

fls. 20



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
**POLÍCIA MILITAR**

RGPM Nº **13.533-010**

VÁLIDA ATÉ **08.06.2021**

NOME **ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA**

**SOLDADO PM** **059.473.344-88**  
POSTO OU GRADUAÇÃO CPF Nº

*Adelson dos Santos Almeida*  
ASSINATURA DO IDENTIFICADO

CÉDULA DE IDENTIDADE

Este documento é uma cópia digital, assinada digitalmente por VAGNER VELLOSO MARTINS em 11/05/2021 às 11:57, sob o número 00153201. O documento original encontra-se no Arquivo Público do Estado de Alagoas, sob o número 00153201. O documento original encontra-se no Arquivo Público do Estado de Alagoas, sob o número 00153201.

ESTADO DE ALAGOAS

FILIAÇÃO: Adelmo de Almeida

fls. 21

Maria Joana dos Santos Almeida

TS

FRh

"0"  
POS

NATURALIDADE

Maceió-AL.

FD V-4443

DN

30.10.1987 1.603.514.897-3

P/PASEP

FD

V-4442

REGISTRO DE

Nascimento nº 56.688  
Liv. nº 54 Fls. nº 251  
Comarca Maceió-AL.

RGC: 3171866-3/SDS-AL.

Maceió-AL, 08 de junho 2016

LOCAL E DATA DE EXPEDIÇÃO

POLEGAR DIREITO

JOSÉ BERNARDO DA SILVA  
DA AUTORIDADE EXPEDIDORA

TCRM-RGPM 02.008

LEI Nº 5.445, DE 18/01/93 E DECRETO Nº 35.718, DE 12/03/93

Ponto eletrônico original - Assinatura eletrônica: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA e-mail: mjoana@al.gov.br, protocolado em 14/06/2016 às 14:05:00



EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS  
Av. Fernandes Lima, 3349 - Gruta de Lourdes - CEP: 57052-902  
MACEIÓ/AL - CNPJ: 12.272.084/0001-00 - IE: 24007177-8  
REGIME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SEC. DA FAZENDA  
NF / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SÉRIE U Nº

Para contato  
conosco, informe  
este número.



SEU CÓDIGO

0015222-6

Nº da Nota Fiscal 33636291

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

| CONTA MÊS  | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| MARCO/2020 | 13/04/2020 | 186           | 239,00              |

ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
AV WALTER ANANIAS 536 - POCO  
CPF: 00005947334488  
CEP: 57.025-510 - MACEIÓ

ROT: 5.001.01.09.000030

| DADOS DA LEITURA             | kWh                       | DATAS DA LEITURA            |
|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Atual:                       | 376                       | Atual: 25/03/2020           |
| Anterior:                    | 190                       | Anterior: 22/02/2020        |
| Constante de Multiplicação:  | 1,000                     | Próxima Leitura: 24/04/2020 |
| Consumo Medido:              | 186                       | Ger. Arquivo: 23/03/2020    |
| Consumo Faturado:            | 186                       | Apresentação: 25/03/2020    |
| Forma de Faturamento: NORMAL | Código de Irregularidade: | Dias de Consumo: 32         |

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA |         |                                  |       |             |                |
|------------------------------|---------|----------------------------------|-------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse             | Ligação | Número Medidor                   | Poste | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL                  | MONO    | 1601088777 S 1                   | 06748 | 1.1.1.1     | 53             |
| DESCRIÇÃO DA CONTA           |         |                                  |       |             |                |
| HISTÓRICO kWh                |         |                                  |       |             |                |
| Mês/ano consumo              |         |                                  |       |             |                |
| FEV/20                       | 126     | CONSUMO 186 kWh a R\$ 0,821943 = |       |             | 152,88         |
| JAN/20                       | 64      | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)   |       |             | 20,12          |
| DEZ/19                       | 43      | PARCELAMENTO DE DEBITO 17/36     |       |             | 66,00          |
| NOV/19                       | 47      | FECOEPE = 3,05                   |       |             |                |
| OUT/19                       | 41      |                                  |       |             |                |
| SET/19                       | 49      |                                  |       |             |                |
| AGO/19                       | 41      |                                  |       |             |                |
| JUL/19                       | 44      |                                  |       |             |                |
| JUN/19                       | 34      |                                  |       |             |                |
| MAI/19                       | 37      |                                  |       |             |                |
| TARIFA SEM TRIBUTOS:         |         |                                  |       |             |                |
| 0 A 186 - 0,535250           |         |                                  |       |             |                |

## NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPCA O VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28  
Parabéns! Até o dia 23/03/2020, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

VOCÊ PODE OPTAR PELAS DATAS DE VENCIMENTO DA SUA FATURA NOS DIAS 03, 08, 13, 18, 23 OU 28, ENTRE EM CONTATO POR MEIO DOS NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.

| RESERVADO AO FISCO                      |             |            |       |        |                         |                      |         |        |       |
|-----------------------------------------|-------------|------------|-------|--------|-------------------------|----------------------|---------|--------|-------|
| 62C6.AC75.D150.E524.2623.29D4.5A12.01C6 |             |            |       |        |                         |                      |         |        |       |
| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$               |             |            |       |        | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ |                      |         |        |       |
| Distribuição:                           | 99,57       |            |       |        | Base de Cálculo:        | 152,88               |         | 152,88 |       |
| Energia:                                | 0,00        |            |       |        | Alíquota ICMS:          | 27,00%               |         |        |       |
| Transmissão:                            | 0,00        |            |       |        | Valor do ICMS:          |                      |         | 41,27  |       |
| Encargos:                               | 0,00        |            |       |        | Valor do PIS:           | 1,41%                |         | 2,15   |       |
| Tributos:                               | 0,00        |            |       |        | Valor do COFINS:        | 6,47%                |         | 9,89   |       |
|                                         | 53,31       |            |       |        |                         |                      |         |        |       |
| INDICADORES DE CONTINUIDADE             |             |            |       |        |                         |                      |         |        |       |
|                                         | DIC         |            |       | FIC    |                         |                      | DMIC    | DICRI  |       |
|                                         | Mensal      | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral              | Anual                | Mensal  | Mensal |       |
| Limite                                  |             |            |       |        |                         |                      |         |        |       |
| Realizado                               | 5,07        | 10,15      | 20,30 | 3,17   | 6,35                    | 12,70                | 2,86    |        |       |
|                                         | 0,00        |            |       | 0,00   |                         |                      | 0,00    |        |       |
| Conjunto                                | SE PAJUCARA |            |       |        |                         | Período de apuração: | 01/2020 | EUSD:  | 27,37 |

ROT: 5.001.01.09.000030

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$



0015222-6

239,00

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

03/2020

13/04/2020

Av. Fernandes Lima, nº 3349 - Gruta de Lourdes, CEP: 57052-902  
MACEIÓ/AL - CNPJ: 12.272.084/0001-00 - IE: 24007177-8

Nº da Nota Fiscal: 33636291 FCAM\*

83600000002 3 39000003000 2 00000000015 8 22260320008 0



SEQ.: 00496 UC: 0015222-6 DT.LEIT.: 25/03/2020 T.ENTR.: 04  
LEITURA: 376 NORMAL TOTAL: 239,00 CARGA: 002  
DT.VENC.: 13/04/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 0291



**SANTA CASA**  
de Misericórdia de Maceió  
*Em defesa da vida*

Dr. Artur Gomes Neto  
Diretor Técnico Médico  
CRM-AL 2503 / RQE 1874

fls. 23

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Prontuário: 0000588310

Paciente de 28 anos, é acompanhado neste ambulatório / pronto-socorro de ortopedia por quadro de Fratura de cabeça do rádio direito, com trauma ocorrido no dia 27/08/2015 (CID.: S52.1)  
Foi indicado e realizado tratamento não cirúrgico (uso de tala gessada por 10 dias). Encontra-se em evolução satisfatória do quadro, com arco de movimento de prono-supinação completo e déficit de flexão do cotovelo direito (135°) e déficit de extensão do cotovelo direito (-15°). O referido déficit, especialmente de extensão, pode ser resolvido em procedimento cirúrgico (videoartroscopia do cotovelo direito).

MACEIÓ, 15 DE JANEIRO DE 2016

FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA

CRM: 5123

*Felipe dos S. Porciuncula*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/AL 5123 RQE 3029



**SANTA CASA**  
de Misericórdia de Maceió  
*Em defesa da vida*

Dr. Artur Gomes Neto  
Diretor Técnico Médico  
CRM-AL 2503 / RQE 1874

fls. 24

## RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Prontuário: 0000588310

Paciente de 28 anos, é acompanhado neste ambulatório / pronto-socorro de ortopedia por quadro de bloqueio em flexo do cotovelo direito (déficit de extensão), após fratura da com trauma ocorrido no dia 28/07/2015

Foi indicado e realizado tratamento cirúrgico para diminuição do flexo no dia 17/03/2016. Encontra-se em evolução satisfatória do quadro, mas tem previsão de manutenção de flexo residual do cotovelo direito (déficit de mobilidade).

À disposição,

CID.: S52.1 + Z54.0

MACEIÓ, 01 DE ABRIL DE 2016

FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA

CRM: 5123

*Felipe dos S. Porciuncula*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 5123 RQE 1874

|                        |                         |                            |                       |                                                                 |             |
|------------------------|-------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------|
| Prontuario<br>00588310 | Atendimento<br>04181187 | Data Entrada<br>17/03/2016 | hora Entrada<br>11:33 | Unid. Internação<br>DAY CLINIC - 4.ANDAR, EXTRA<br>DAYCLINIC-08 | Tipo Atend. |
| Pré Anestésico         |                         | Consentimento Informado    |                       |                                                                 |             |

|                                                                                      |                      |                                    |                             |                                           |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|
| Nome do Paciente<br>ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA                                       |                      | CPF<br>05947334488                 |                             | Carteira de Identidade<br>31718663 SDS AL |                          |
| Endereço<br>AVENIDA WALTER ANANIAS - ATE 509/510                                     |                      | Bairro<br>JARAGUA                  | Cidade<br>MACEIO            | U.F.<br>AL                                | CEP<br>57022063          |
| Sexo<br>Masculino                                                                    | Est.Civil<br>Casado  | Data Nasc.<br>30/10/1987           | Nacionalidade<br>BRASILEIRO | Naturalidade<br>MACEIO                    | Acomodação<br>DAY CLINIC |
| Fone Comercial                                                                       | Profissão<br>MILITAR | Cor<br>Parda                       | Fone Paciente<br>988866560  |                                           |                          |
| Pai<br>ADELMO DE ALMEIDA                                                             |                      | Grau Ins: ENSINO SUPERIOR COMPLETO |                             |                                           |                          |
| Mãe<br>MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA                                                |                      |                                    |                             |                                           |                          |
| Convênio<br>AMIL                                                                     |                      | Plano<br>PLANO HAP - AMB 92        | Guia                        | N Carteira<br>844828530                   |                          |
| Procedimentos: 30736048 - OSTEOCONDROPLASTIA ? ESTABILIZAÇÃO, RESSECÇÃO E OU PLASTIA |                      |                                    |                             |                                           |                          |
| Obs.: #RODRIGO - PACIENTE CIENTE QUE ESTA AGUARDANDO LEITO.                          |                      |                                    |                             |                                           |                          |
| Médico da Internação / RESPONSÁVEL<br>FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA                  |                      | Crm                                |                             |                                           |                          |
| Nome do Responsável<br>THALITA SOUTO DOS SANTOS                                      |                      | Telefone :<br>988866560            |                             |                                           |                          |
| Endereço do Responsável: WALTER ANANIAS - ATE 509/510                                |                      |                                    |                             |                                           |                          |

*Diante*

PA ARQUIVOS

LOC. 114. 003/10

DC-088.



## CHECK LIST - ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO

ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

CONTA: 2936 43PACIENTE: Adelson dos Santos Almeida

| DOCUMENTOS DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE                    |                                                         |          |                | DATA REALIZADA NO SISTEMA (QUANDO INCOMPLETO) | TURNO e/ou OBSERVAÇÃO |            |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------|----------------|-----------------------------------------------|-----------------------|------------|
| GRIFADOS OS ITENS OBRIGATORIOS                          |                                                         | COMPLETO | INCOMPLETO     |                                               |                       |            |
| REGISTRO DE ENTRADA                                     |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR                             |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| SUMÁRIO DE ALTA                                         |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| ORIENTAÇÃO DE ALTA MULTIDISCIPLINAR                     |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Registro de admissão (história do paciente)             |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| PLANO TERAPÊUTICO                                       |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                       |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| FORMULÁRIO BANCO DE SANGUE (solicitação e registro)     |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Solicitação de antimicrobiano de uso restrito           |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Boletim de procedimento                                 |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Visita Interdisciplinar                                 |                                                         |          |                | ___/___/___                                   | (M) (T) (N)           |            |
| Evolução Médica                                         |                                                         |          |                | ___/___/___                                   | (M) (T) (N)           |            |
| Parecer Médico especialista                             |                                                         |          |                | ___/___/___                                   | (M) (T) (N)           |            |
| PRESCRIÇÃO DE ENTERAL E PARENTERAL                      |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Evolução de Enteral e Parenteral                        |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                |                                                         |          |                | ___/___/___                                   | (M) (T) (N)           |            |
| EVOLUÇÕES DE ENFERMAGEM                                 |                                                         |          |                | ___/___/___                                   | (M) (T) (N)           |            |
| ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM                                 |                                                         |          |                | ___/___/___                                   | (M) (T) (N)           |            |
| Documentos de registro da enfermagem                    |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA                             |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Evolução - Farmacêutica                                 |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Evoluções da Psicologia                                 |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Evoluções da Fisioterapia Respiratória                  |                                                         |          |                | ___/___/___                                   | (M) (T) (N)           |            |
| Evoluções da Fisioterapia Motora                        |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Evolução da nutrição clínica (Aval. Estado nutricional) |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Evolução da terapia Ocupacional                         |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Outros profissionais                                    |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Declarações                                             |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Comprovante de refeição - Acompanhante                  |                                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Documentos do Centro Cirúrgico                          | TERMOS DE CONSENTIMENTOS                                |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | AValiação PRÉ-ANESTÉSICA                                |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | TIME OUT/ CIRURGIA SEGURA                               |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Desinfecção de artigos entre pac.                       |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Formulário de rastreabilidade                           |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Avaliação pré/trans/pós                                 |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Boletim anestésico                                      |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Boletim operatório                                      |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | CMC/OPME embalagem                                      |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Folha de sala                                           |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Formulário de sol. De mat/med                           |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Conferência de kit de mat.                              |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Relatório de produto por pac.                           |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | PRESCRIÇÃO MÉDICA/RECUPERAÇÃO                           |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Hemodinâmica                                            | TERMO DE CONSENTIMENTO                                  |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Boletim anestésico                                      |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Boletim operatório                                      |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Evolução médica                                         |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Sala de proc./recuperação                               |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Folha de sala                                           |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | CMC/OPME embalagem                                      |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Hemodiálise                                             | Laudo                                                   |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | FOLHA MENSAL/ EVOLUÇÃO                                  |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Controle de Material                                    |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
|                                                         | Ficha de Avaliação da FAV                               |          |                | ___/___/___                                   |                       |            |
| Radiologia                                              | <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocardiograma   |          | Ressonância    |                                               | Medicina Nuclear      | Endoscopia |
|                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Eletroencefalograma |          | Ecocardiograma |                                               | Ultrassonografia      | Tomografia |
| OBS.                                                    |                                                         |          |                | Quantidade de Folhas                          |                       |            |
|                                                         |                                                         |          |                | Resp. Enfermagem:                             |                       |            |
|                                                         |                                                         |          |                | Resp. Administrativo:                         |                       |            |

|              |                                                                      |            |           |
|--------------|----------------------------------------------------------------------|------------|-----------|
| Atendimento  | 04181187 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA                                |            |           |
| Localização  | HOSPITAL A. PEIXOTO, 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 320 |            |           |
| Categoria    | AMIL                                                                 | Serviço    | ORTOPEDIA |
| Acomodação   | APARTAMENTO                                                          |            |           |
| Data/Hora    | 18/03/2016 12:40:49                                                  | Prontuário | 00588310  |
| Médico Resp. | FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA                                        |            |           |

**CID (Inicial)**

S521 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

**CID DA ALTA**

FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO S521

**DIAGNOSTICO**

Corpo estranho em fossa do olécrano

**EXAMES COMPLEMENTARES**

RX e RNM

**TRATAMENTO REALIZADO**

Exérese de corpo estranho

**ORIENTACOES**

Alta hospitalar + evitar sobrecargas com MSD

**MOTIVO DE ALTA**

1 - ALTA MELHORADO(A)

Obs.: ENTREGAR A PRIMEIRA VIA AO PACIENTE E ANEXAR A SEGUNDA AO PRONTUÁRIO.

Felipe dos Santos Porciuncula  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5123 RQE 3020

Maceió, 18 de 03 de 16

FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA  
CRM - 5123

PRESCRIÇÃO.: 6257480 DATA: 17/03/2016 16:30  
USUÁRIO.....: RONALDO 9192  
ATENDIMENTO: 4181187 DT NASC: 30/10/1987 (28A 4M 18D)  
CONVÊNIO....: AMIL  
PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/03/2016 11:33 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA  
UNID. INT...: DAY CLINIC - 4.ANDAR LEITO...: EXTRA DAYCLINIC-08 COBERTURA: APARTAMENTO  
CID.....: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do  
Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

#ORTOPEDIA  
PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA RETIRADA DE FRAGMENTO ÓSSEO.  
FOI REALIZADO ARTROSCOPIA ONDE FOI CONVERTIDO PARA VIA ABERTA, SENDO RETIRADO FRAGMENTO ÓSSEO.  
SEM SINAIS DE LESÃO NEUROVASCULAR NO PÓS OPERATÓRIO  
PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS

CONDUTA  
ANALGESIA E ATB  
VPM  
USO DE TIPOIA EM MEMBRO OPERADO

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

1 DIETA BRANDA + LIQUIDO  
Obs.: APÓS RPA

#### MEDICAMENTOS

2 (D1) SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% ECOFLAC  
500 ML B BRAUN

3 C.C. (D1I) CEFAZOLINA 1 G FR/AMP GEN ABL  
INTRAVENOSA  
Justificativa.: ATB PROFILAXIA

Obs.: Administrar lentamente por 3-5 min. Após reconstituído estável  
por 24h sob refrigeração.  
Atenção: Apresenta risco de causar flebite.

I-> AGUA BI DESTILADA AMPOLA 10 ML  
ISOFARMA

I-> SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% 100 ML  
ECOFLAC B BRAUN

I-> SERINGA 10 ML LUER LOCK SEM  
AGULHA BD

I-> INTRAFIX PRIME LINE AIR IL

SAFEFLOW C/ VALVULA COD 401450PS

I-> AGULHA DESCARTAVEL NEEDLE PRO  
40 X 12 BBRAUN 4658313

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 AMPOLA

IV

8/8hr

[17/03]

22

1 FRASCO AMF

IV

6/6hr

[17/03]

18

[18/03]

06

[18/03]

00

[18/03]

06

[18/03]

12

[18/03]

14

[18/03]

14

Ronaldo Júnior  
Médico  
CRM-AL 6910

PRESCRIÇÃO.: 6257480 DATA: 17/03/2016 16:30  
USUÁRIO....: RONALDO 9192  
ATENDIMENTO: 4181187 DT NASC: 30/10/1987 (28A 4M 18D)  
CONVÊNIO....: AMIL  
PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/03/2016 11:33 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA  
UNID. INT...: DAY CLINIC - 4.ANDAR LEITO...: EXTRA DAYCLINIC-08 COBERTURA: APARTAMENTO  
CID.....: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

## MEDICAMENTOS

|                                                                                                              | Qtd | Unidade    | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|----|-----|------------|---------|----------|
| 4 C.C. (D1/) DIPIRONA SODICA 500 MG/ML AMP 2 ML GEN TEUTO                                                    | 1   | AMPOLA     |    | IV  | 6/6hr      | [17/03] | 18       |
| Obs.: Atenção: Apresenta risco de causar flebite.                                                            |     |            |    |     |            |         |          |
| -> AGUA BI DESTILADA AMPOLA 10 ML ISOFARMA                                                                   | 2   | AMPOLA     |    |     |            |         |          |
| -> SERINGA 20 ML S/ AGULHA SLIP BICO LATERAL BD                                                              | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> AGULHA DESCARTAVEL NEEDLE PRO 40 X 12 BBRAUN 4658313                                                      | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> ALGODAO (BOLA)                                                                                            | 2   |            |    |     |            |         |          |
| 5 C.C. (D1/) TRAMAL 50 MG/ML AMP 2 ML (INTRAVENOSO/DILUIDO)                                                  | 1   | AMPOLA     |    | IV  | 8/8hr      | [17/03] | 14       |
| Obs.: MEDICAMENTO DE ALTA VIGILÂNCIA                                                                         |     |            |    |     |            |         |          |
| Analgésico narcótico/opioide: monitorar frequência respiratória, frequência cardíaca e nível de consciência. |     |            |    |     |            |         |          |
| -> SOLUCAO FISIOLÓGICA 0,9% 100 ML ECOFLAC B BRAUN                                                           | 1   | BOLSA      |    |     |            |         |          |
| -> SERINGA 3 ML S/ AGULHA LUER LOCK BD                                                                       | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> INTROCAN SAFETY 22G X 1" (0,9X25MM) BBRAUN 4251628-04                                                     | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> INTRAFIX PRIME LINE AIR IL SAFEFLOW C/ VALVULA COD 401450PS                                               | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> AGULHA DESCARTAVEL NEEDLE PRO 25 X 7 BBRAUN 4658315                                                       | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> ALGODAO (BOLA)                                                                                            | 2   |            |    |     |            |         |          |
| 6 C.C. (D1/) OMEPRAZOL SODICO 40 MG FR/AMP GEN CRISTALIA                                                     | 1   | FRASCO AMF |    | IV  | JEJUM      | [17/03] | 16:30    |
| -> SERINGA 10 ML LUER LOCK SEM AGULHA BD                                                                     | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> AGULHA DESCARTAVEL NEEDLE PRO 40 X 12 BBRAUN 4658313                                                      | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> ALGODAO (BOLA)                                                                                            | 1   |            |    |     |            |         |          |
| 7 C.C. (D1/) ONDANSETRONA 8 MG/4 ML GEN HYPOFAR (IV DIRETO)                                                  | 1   | AMPOLA     |    | IV  | 8/8hr      | [17/03] | 14       |
| -> AGUA BI DESTILADA AMPOLA 10 ML ISOFARMA                                                                   | 1   | AMPOLA     |    |     |            | [18/03] | 14       |
| -> SERINGA 5 ML S/ AGULHA LUER LOCK BD                                                                       | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |
| -> AGULHA DESCARTAVEL NEEDLE PRO 40 X 12 BBRAUN 4658313                                                      | 1   | UNIDADE    |    |     |            |         |          |

Ronald Junior  
Médico  
CRM-AL 6910

PRESCRIÇÃO.: 6257480 DATA: 17/03/2016 16:30  
USUÁRIO..... RONALDO 9192  
ATENDIMENTO: 4181187 DT NASC: 30/10/1987 (28A 4M 18D)  
CONVÊNIO.... AMIL  
PACIENTE.... 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/03/2016 11:33 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO..... FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA  
UNID. INT... DAY CLINIC - 4.ANDAR LEITO... EXTRA DAYCLINIC-08 COBERTURA: APARTAMENTO  
CID..... S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO... /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### MEDICAMENTOS

|                                                 | Qtd | Unidade    | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|-------------------------------------------------|-----|------------|----|-----|------------|---------|----------|
| 8 C.C. (D17) BEXTRA 40 MG PÓ LIOF. FR/AMP IV/IM | 1   | FRASCO AMF |    | IV  | 12/12hr    | [17/03] | 20h      |

Obs.: Obs: Reconstituir com 2ml SF 0,9% para uso IM ou IV. Após reconstituído pode ser usado por até 24h se conservado à temperatura ambiente e protegido da luz. Não pode ser reconstituído com Ringer ou Água destilada. Não pode ser refrigerado.

|                                                           |   |         |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------|---|---------|--|--|--|--|--|
| -> CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10 ML ISOFARMA            | 1 | AMPOLA  |  |  |  |  |  |
| -> SERINGA 5 ML SI/ AGULHA LUER LOCK BD                   | 1 | UNIDADE |  |  |  |  |  |
| -> AGULHA DESCARTAVEL NEEDLE PRO 25 X 7 BBRAUN 4658315    | 1 | UNIDADE |  |  |  |  |  |
| -> VENOFIX SAFETY 23 G (0,65X19MM) 30CM BBRAUN 4056510-04 | 1 | UNIDADE |  |  |  |  |  |

### PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

|                                         | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|-----------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 9 AFERIR OS SSVV E REGISTRAR ALTERACOES |     |         |    |     | 12/12hr    | [17/03] | 20h      |

### EXAMES DIAGNOSTICO POR IMAGEM / MEI

|                                                                    | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data               | Horários |
|--------------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|--------------------|----------|
| 10 RAIOS X COTOVELO<br>Justificativa.: POS OP<br>Obs.: AP E PERFIL | 1   |         |    |     |            | URGENTE<br>[17/03] | 16:27    |
| 11 RAIOS X COTOVELO<br>Justificativa.: POS OP<br>Obs.: AP E PERFIL | 1   |         |    |     |            | URGENTE<br>[17/03] | 16:27    |

Ronaldo Júnior  
Médico  
CRM-AL 6910

RONALDO GOMES RODRIGUES JUNIOR  
CRM: 9192

PRESCRIÇÃO.: 6260225 DATA: 18/03/2016 14:00  
USUÁRIO.....: FELIPE\_5123  
ATENDIMENTO: 4181187 DT NASC: 30/10/1987 (28A 4M 20D)  
CONVÊNIO....: AMIL  
PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/03/2016 11:33 1 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA  
UNID. INT...: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO LEITO...: APARTAMENTO - 320 COBERTURA: APARTAMENTO  
CID.....: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

2ª VIA

Rubrica do  
Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

Paciente em bom estado geral, consegue mobilizar o cotovelo e refere melhora do grau de extensão.  
Indico alta hospitalar.



### PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA

1 ALTA MELHORADO(A)

| Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
|     |         |    |     |            | [18/03] | . 14     |

*Felipe dos Santos Porciuncula*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/AL 5123 RQE 3023

FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA  
CRM: 5123

PRESCRIÇÃO.: 6257851 DATA: 17/03/2016 19:00  
 USUÁRIO....: ESTG-JEBESSON  
 ATENDIMENTO: 4181187 DT NASC: 30/10/1987 (28A 4M 18D)  
 CONVÊNIO....: AMIL  
 PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 17/03/2016 11:33 0 DIAS(S) INT

**1ª VIA**

 Rubrica  
 ENFERMAGEM

MÉDICO.....: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA  
 UNID. INT...: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO LEITO...: APARTAMENTO - 320 COBERTURA: APARTAMENTO  
 CID.....: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO...: /  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO - ENFERMAGEM

#### \*\*ADMISSÃO DE ENFERMAGEM\*\*

PACIENTE DO SEXO MASCULINO, 28 ANOS, ADMITIDO NESTE SETOR 3º ANDAR HAP, PROVENIENTE DO CCG, ACOMPANHADO PELO MAQUEIRO, DE MACA, EM POI DE OSTEOCONDROPLASTIA, AOS CUIDADOS DR. FELIPE DOS SANTOS.

SIC: NEGA HAS, DM E ALERGIAS, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

NO MOMENTO DA VISITA ENCONTRA-SE EM REPOUSO NO LEITO, ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO, RESPONSIVO ÀS SOLICITAÇÕES VERBAIS, EUPNÉICO EM AR AMBIENTE, ACIANÓTICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, PORTANDO PVP, PERVEA, FUNCIONANTE E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS (TS: 20/03/2016)

AO EXAME FÍSICO: PELE HIGIENIZADA, HIDRATADA E NÃO ÍNTEGRA, CONJUNTIVA HIDRATADA E NORMOCORADA. TORÁX SIMÉTRICO COM BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR, ABDOMEN NORMOTENSO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL, ELIMINAÇÕES VESICAL E INTESTINAL A AVALIAR, EXTREMIDADES AQUECIDAS, PERFUNDIDAS E LIVRE DE EDEMAS, PRESENÇA DE CURATIVO EXTERNAMENTE LIMPO EM REGIÃO DO COTOVELO.

ESTRATIFICADA PARA RISCO DE QUEDA, FLEBITE, SANGRAMENTO, DOR E INTERMEDIÁRIO PARA TEV CIRURGICO, FIXO IDENTIFICAÇÃO DE DUPLA CHECAGEM, ORIENTO QUANTOS AOS RISCOS GERENCIADOS E FILIPETAS CORRESPONDENTES.

PACIENTE E FAMILIARES CIENTE DOS RISCOS E ASSINADO TERMO.

FUGULIN: II

MEWS POI: 0

SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIDICPLINAR

### PRESCRIÇÃO - ENFERMAGEM

#### PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

|                                                      | Qtd | Unidade | SN | ApI | Frequência | Data    | Horários |
|------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 1 CONFERIR A IDENTIFICACAO DO PACIENTE               |     |         |    |     | 8/8hr      | [17/03] | 22       |
| 2 C.C. AFERIR SINAIS VITAIS                          |     |         |    |     | 2/2hr      | [18/03] | 08       |
| -> ALCOOL 70%                                        | 8   |         |    |     |            | [17/03] | 20       |
| -> ALGODAO (BOLA)                                    | 1   |         |    |     |            | [18/03] | 08       |
| 3 OBSERV.COMUNICAR,REGISTRAR ALTERACOE SINAIS VITAIS |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00       |
| 4 AVAL.PRESENÇA SINAIS DOR,CALOR,RUBOR EM ACE.VENOSO |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00       |
| 5 TROCA DE SISTEMA DE INFUSAO                        |     |         | S  |     | 3 / 3 dias |         |          |

Obs.: COM 72 HORAS E S/N

PRESCRIÇÃO.: 6257851 DATA: 17/03/2016 19:00  
 USUÁRIO....: ESTG-JEBESSON  
 ATENDIMENTO: 4181187 DT NASC: 30/10/1987 (28A 4M 18D)  
 CONVÊNIO....: AMIL  
 PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
 INTERNAÇÃO.: 17/03/2016 11:33 0 DIAS(S) INT

**1ª VIA**

 Rubrica  
 ENFERMAGEM

MÉDICO.....: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA  
 UNID. INT...: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO LEITO...: APARTAMENTO - 320 COBERTURA: APARTAMENTO  
 CID.....: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO...: /  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO...:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

| PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM |                                                     | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 6                           | OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR QUEIXAS ALGICAS     |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |
| 7                           | OBSERVAR ACEITACAO DA DIETA                         |     |         |    |     | 8/8hr      | [17/03] | 00.05.12 |
| 8                           | OBSERVAR, REGISTRAR/COMUNICA PRESENÇA NAUSEA/VOMITO |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |
|                             | BANHO (AVALIAR CONDIÇÃO CLÍNICA E/OU RESTRIÇÕES)    |     |         |    |     | 24/24hr    | [17/03] | 00.05.12 |
| 10                          | MANTER LENCOIS LIMPO E SECOS                        |     |         |    |     | 24/24hr    | [17/03] | 00.05.12 |
| 11                          | ORIENTAR O PACT. QUANTO A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS  |     |         | S  |     | 24/24hr    |         |          |
| 12                          | OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR SINAIS DE SANGRAME  |     |         |    |     | 8/8hr      | [17/03] | 00.05.12 |
|                             |                                                     |     |         |    |     |            | [18/03] | 00.05.12 |
| 13                          | OBSERVAR E REGISTRAR ASPECTO DA FERIDA-CURATIVO     |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |
| 14                          | AVALIAR PERFUSAO/COLORACAO DAS EXTREMIDADES         |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |
| 15                          | MANTER A CABECEIRA CONFORME ORIENTACAO MEDICA       |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |
| 16                          | ESTIMULAR DEAMBULACAO                               |     |         | S  |     | AGORA      |         |          |
| 17                          | MUDANCA DE DECUBITO                                 |     |         |    |     | 2/2hr      | [17/03] | 00.05.12 |
|                             |                                                     |     |         |    |     |            | [18/03] | 00.05.12 |
| 18                          | LUBRIFICACAO DA PELE                                |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |
| 19                          | RISCO INTERMEDIARIO PARA TEV - CIRURGICO            |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |
| 20                          | RISCO PARA DOR                                      |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |
| 21                          | RISCO PARA SANGRAMENTO                              |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |
| 22                          | RISCO PARA QUEDA                                    |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |
| 23                          | RISCO DE FLEBITE                                    |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] | 00.05.12 |

Obs.:

[ Seguir medidas preventivas. ]

PRESCRIÇÃO.: 6257851 DATA: 17/03/2016 19:00  
USUÁRIO....: ESTG-JEBESSON  
ATENDIMENTO: 4181187 DT NASC: 30/10/1987 (28A 4M 18D)  
CONVÊNIO....: AMIL  
PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/03/2016 11:33 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica  
ENFERMAGEM

MÉDICO.....: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA  
UNID. INT...: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO LEITO...: APARTAMENTO - 320 COBERTURA: APARTAMENTO  
CID.....: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Jebesson de Lima Silva  
Enfermeiro  
UNICEL

JEBESSON DE LIMA SILVA  
COREN: AC258

Ana Fernandes  
Enfermeira  
COREN 451.888

PREScrição.: 6258554 DATA: 18/03/2016 14:00  
USUÁRIO....: GABRIELLA9500  
ATENDIMENTO: 4181187 DT NASC: 30/10/1987 (28A 4M 18D)  
CONVÊNIO....: AMIL  
PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/03/2016 11:33 1 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA  
UNID. INT...: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO LEITO...: APARTAMENTO - 320 COBERTURA: APARTAMENTO  
CID.....: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica  
ENFERMAGEM



**PRESCRIÇÃO - ENFERMAGEM**

**PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM**

|                                                           | Qtd | Unidade | SN | Api | Frequência | Data         | Horários          |  |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|--------------|-------------------|--|
| 1 CONFERIR A IDENTIFICACAO DO PACIENTE                    |     |         |    |     | 8/8hr      | [18/03] . 14 | 22                |  |
|                                                           |     |         |    |     |            | [19/03] . 06 |                   |  |
| 2 G.C. AFERIR SINAIS VITAIS                               |     |         |    |     | 2/2hr      | [18/03] . 14 | 16 . 18 . 20 . 22 |  |
| -> ALCOOL 70%                                             | 8   |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 02 . 04 . 06 . 08 |  |
| -> ALGODAO (BOLA)                                         | 1   |         |    |     |            | [19/03] . 10 | 12                |  |
| 3 OBSERV.COMUNICAR,REGISTRAR<br>ALTERACOE SINAIS VITAIS   |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |  |
|                                                           |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |  |
| 4 AVAL.PRESENCIA SINAIS.DOR.CALOR.RUBOR<br>EM ACE.VENOSO  |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |  |
|                                                           |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |  |
| 5 TROCA DE SISTEMA DE INFUSAO<br>Obs.: COM 12 HORAS E S/N |     |         | S  |     | 3 / 3 dias |              |                   |  |
| 6 OBSERVAR.COMUNICAR.E REGISTRAR<br>QUEIXAS ALGICAS       |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |  |
|                                                           |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |  |
| 7 OBSERVAR ACEITACAO DA DIETA                             |     |         |    |     | 8/8hr      | [18/03] . 14 | 22                |  |
|                                                           |     |         |    |     |            | [19/03] . 06 |                   |  |
| 8 OBSERVA, REGISTRAR/COMUNICA.PRESENCIA<br>NAUSEA/VOMITO  |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |  |
|                                                           |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |  |
| 9 BANHO (AVALIAR CONDIÇÃO CLÍNICA E/OU<br>RESTRICÇÕES     |     |         |    |     | 24/24hr    | [18/03] . 19 |                   |  |
| 10 MANTER LENCOIS LIMPO E SECOS                           |     |         |    |     | 24/24hr    | [18/03] . 19 |                   |  |
| 11 ORIENTAR O PACT.QUANTO A<br>ESTRATIFICAÇÃO DE RISCOS   |     |         | S  |     | 24/24hr    |              |                   |  |
| 12 OBSERVAR, COMUNICAR E REGISTRAR<br>SINAIS DE SANGRAME  |     |         |    |     | 8/8hr      | [18/03] . 14 | 22                |  |
|                                                           |     |         |    |     |            | [19/03] . 06 |                   |  |
| 13 OBSERVAR E REGISTRAR ASPECTO DA<br>FERIDA-CURATIVO     |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |  |
|                                                           |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |  |
| 14 AVALIAR PERFUSAO/COLORACAO DAS<br>EXTREMIDADES         |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |  |
|                                                           |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |  |
| 15 MANTER A CABECEIRA CONFORME<br>ORIENTACAO MEDICA       |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |  |
|                                                           |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |  |

PRESCRIÇÃO.: 6258554 DATA: 18/03/2016 14:00  
USUÁRIO..... GABRIELLA9500  
ATENDIMENTO: 4181187 DT NASC: 30/10/1987 (28A 4M 18D)  
CONVÊNIO.... AMIL  
PACIENTE.... 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/03/2016 11:33 1 DIAS(S) INT

MÉDICO..... FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA  
UNID. INT... 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO LEITO... APARTAMENTO - 320 COBERTURA: APARTAMENTO  
CID..... S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO... /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica  
ENFERMAGEM

# PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM

|                                             | Qtd | Unidade | SN | ApI | Frequência | Data         | Horários          |
|---------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|--------------|-------------------|
| 16 ESTIMULAR DEAMBULACAO                    |     |         | S  |     | AGORA      |              |                   |
| 17 MUDANCA DE DECUBITO                      |     |         |    |     | 2/2hr      | [18/03] . 14 | 16 . 18 . 20 . 22 |
|                                             |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 02 . 04 . 06 . 08 |
|                                             |     |         |    |     |            | . 10 . 12    |                   |
| 18 LUBRIFICACAO DA PELE                     |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |
|                                             |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |
| 19 RISCO INTERMEDIARIO PARA TEV - CIRURGICO |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |
|                                             |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |
| 20 RISCO PARA DOR                           |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |
|                                             |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |
| 21 RISCO PARA SANGRAMENTO                   |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |
|                                             |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |
| 22 RISCO PARA QUEDA                         |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |
|                                             |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |
| 23 RISCO DE FLEBITE                         |     |         |    |     | 6/6hr      | [18/03] . 18 |                   |
| Obs.:                                       |     |         |    |     |            | [19/03] . 00 | 06 . 12           |

[ Seguir medidas preventivas. ]

Gabriella Ramires Reis  
Enfermeira  
COREN-388972  
Mat 9500

GABRIELLA RAMIRES REIS  
COREN: 388972

PRESCRIÇÃO.: 6260078 DATA: 18/03/2016 14:00  
USUÁRIO....: ANA10003  
ATENDIMENTO: 4181187 DT NASC: 30/10/1987 (28A 4M 19D)  
CONVÊNIO....: AMIL  
PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 17/03/2016 11:33 1 DIAS (S) INT

MÉDICO.....: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA  
UNID. INT...: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO LEITO...: APARTAMENTO - 320 COBERTURA: APARTAMENTO  
CID.....: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica  
ENFERMAGEM

## EVOLUÇÃO - ENFERMAGEM

### \*\*EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM\*\*

PACIENTE DO SEXO MASCULINO, 28 ANOS, SEGUE NESTE SETOR 3º ANDAR HAP, PROVENIENTE DO CCG, ACOMPANHADO PELO MAQUEIRO, DE MACA, EM PO DE OSTEOCONDROPLASTIA, AOS CUIDADOS DR FELIPE DOS SANTOS.

SIC: NEGA HAS, DM E ALERGIAS, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

NO MOMENTO DA VISITA ENCONTRA-SE EM REPOUSO NO LEITO, ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO, RESPONSIVO ÀS SOLICITAÇÕES VERBAIS, EUPNÉICO EM AR AMBIENTE, ACIANÓTICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, PORTANDO PVP, PERVEA, FUNCIONANTE E SEM SINAIS FLOGISTICOS (TS: 20/03/2016)

AO EXAME FÍSICO: PELE HIGIENIZADA, HIDRATADA E NÃO ÍNTEGRA, CONJUNTIVA HIDRATADA E NORMOCORADA. TORÁX SIMÉTRICO COM BOA EXPANSIBILIDADE PULMONAR, ABDOMEN NORMOTENSO, FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL, ELIMINAÇÕES VESICAL E INTESTINAL PRESENTE, EXTREMIDADES AQUECIDAS, PERFUNDIDAS E LIVRE DE EDEMAS, PRESENÇA DE CURATIVO EXTERNAMENTE LIMPO EM REGIÃO DO COTOVELO.

ESTRATIFICADA PARA RISCO DE QUEDA, FLEBITE, SANGRAMENTO, DOR E INTERMEDIÁRIO PARA TEV CIRURGICO, FIXO IDENTIFICAÇÃO DE DUPLA CHECAGEM, ORIENTO QUANTOS AOS RISCOS GERENCIADOS E FILIPETAS CORRESPONDENTES.

PACIENTE E FAMILIARES CIENTE DOS RISCOS E ASSINADO TERMO.

FUGULIN: I

MEWS 6 HS: 0

SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE MULTIDICPLINAR

Enf Ana Beatriz  
RUBRICA 10003  
COREN AL 388.597

ANA BEATRIZ DE ALBERTIM LESSA  
COREN: 388597

Período de 17/03/2016 a 17/03/2016

Atendimento: 4181187 ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Nascimento: 30/10/1987

Mãe: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA

Internação: 17/03/2016 CID: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Convênio: AMIL

Leito: APARTAMENTO - 320

Unidade: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO

Serviço: ORTOPEDIA

Médico: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA

Evolução/Anotação: 04786718

Data: 17/03/2016

Hora: 20:22

PLANTÃO NOTURNO DAS 19:00 AS 07:00

PACIENTE DO SEXO MASCULINO, 28 ANOS, ADMITIDO NESTE SETOR 3º ANDAR HAP, PROVENIENTE DO CCG, ACOMPANHADO PELO MAQUEIRO, DE MACA, EM POI DE OSTEOCONDRÓPLASTIA, AOS CUIDADOS DR. FELIPE DOS SANTOS. SIC: NEGA HAS, DM E ALERGIAS, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

ENCONTRA-SE EM REPOUSO NO LEITO, ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO, RESPONSIVO ÀS SOLICITAÇÕES VERBAIS, EUPNÉICO EM AR AMBIENTE, ACIANÓTICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, PORTANDO PVP, PERVEA, FUNCIONANTE E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS (TS: 20/03/2016), LIBERADA DIETA NA COPA, REALIZADO ENTRGA DE EXAMES AO ACOMPANHANTE. ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DE HORARIO E AFERIDOS SSVV E ANOTADOS EM GRAFICO.

MEWS: 0

ESTRATIFICADA PARA RISCO DE QUEDA, FLEBITE, SANGRAMENTO, DOR E INTERMEDIÁRIO PARA TEV CIRURGICO

8368 ROBERTA KLEIS GOMES DE SOUZA  
TECNICO EM RADIOLOGIA  
COREN: 001071261

Período de 18/03/2016 a 18/03/2016

Atendimento: 4181187 ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Nascimento: 30/10/1987

Mãe: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA

Internação: 17/03/2016 CID: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Convênio: AMIL

Leito: APARTAMENTO - 320

Unidade: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO

Serviço: ORTOPEDIA

Médico: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA

Evolução/Anotação: 04787114

Data: 18/03/2016

Hora: 06:10

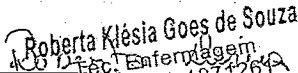
PLANTÃO NOTURNO DAS 19:00 AS 7:00

PACIENTE DO SEXO MASCULINO, 28 ANOS, EM POI DE OSTEOCONDROPLASTIA, AOS CUIDADOS DR. FELIPE DOS SANTOS. SIC: NEGA HAS, DM E ALERGIAS, SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

ENCONTRA-SE EM REPOUSO NO LEITO, O MESMO RELATA SONO PRESERVADO, ORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO, RESPONSIVO ÀS SOLICITAÇÕES VERBAIS, EUPNÉICO EM AR AMBIENTE, ACIANÓTICO, AFEBRIL, NORMOTENSO, NORMOCORADO, PORTANDO PVP, PERVEA, FUNCIONANTE E SEM SINAIS FLOGÍSTICOS (TS: 20/03/2016), PACIENTE RELATA SONO PRESERVADO. ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DE HORARIO E AFERIDOS SSVV E ANOTADOS EM GRAFICO.

MEWS: 0

ESTRATIFICADA PARA RISCO DE QUEDA, FLEBITE, SANGRAMENTO, DOR E INTERMEDIÁRIO PARA TEV CIRURGICO

  
8368 ROBERTA KLESIA GOES DE SOUZA  
TECNICO EM ENFERMAGEM  
COREN: 001071261

Período de 18/03/2016 a 18/03/2016

Atendimento: 4181187 ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Nascimento: 30/10/1987

Mãe: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA

Internação: 17/03/2016 CID: S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Convênio: AMIL

Leito: APARTAMENTO - 320

Unidade: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO

Serviço: ORTOPEDIA

Médico: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA

Evolução/Anotação: 04788126

Data: 18/03/2016

Hora: 13:18

PACIENTE DO SEXO MASCULINO EM POI DE OSTEOCONDROPLASTIA, AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA. RECEBEU VISITA DO MÉDICO ASSISTENTE. ENCONTRA-SE DE ALTA. REALIZO CURATIVO MÉDIO.ADM MEDICAÇÕES CONF. PRRESCRIÇÃO , RETIRO ACESSO PERIFÉRICO. PRESTADO TOPDOS CUIDDASO DE ENFERMAGEM, AGUARDA MAQUEIRO PARA ALTA.

7315 LAYSE MENDES SANTOS  
TECNICO EM ENFERMAGEM  
COREN: 1249160

Lindene Fernandes  
Tecnico em Enfermagem  
Matr 8204  
COREN 1249160

Nome Paciente: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Atendimento: 04181187 Idade: 28  
HD: S521 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO  
Data de Internação: 17/03/2016 Setor / Leito: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 320

Data Documento: 18/03/2016

| AREA DE CUIDADO                                                                                                             |              | Pontos | Resultado |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------|-----------|
| Estado Mental                                                                                                               | Inconsciente |        |           |
| Período de inconsciência                                                                                                    |              | 4      | 1         |
| Períodos de desorientação no tempo e no espaço                                                                              |              | 3      |           |
| Orientação no tempo e no espaço                                                                                             |              | 2      |           |
| Oxigenação                                                                                                                  |              | 1      | 1         |
| Ventilação mecânica (uso de ventilador)                                                                                     |              | 4      |           |
| Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio                                                                              |              | 3      |           |
| Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio                                                                          |              | 2      | 2         |
| Não depende de oxigênio                                                                                                     |              | 1      |           |
| Sinais vitais                                                                                                               |              | 4      |           |
| Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas                                                                          |              | 3      | 2         |
| Controle em intervalos de 4 horas                                                                                           |              | 2      |           |
| Controle em intervalos de 6 horas                                                                                           |              | 1      |           |
| Controle de rotina (8 horas)                                                                                                |              | 4      | 2         |
| Motilidade                                                                                                                  |              | 3      |           |
| Incapaz de movimentar segmento corporal, mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem. |              | 2      |           |
| Dificuldade para movimentar segmentos corporal, mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem.       |              | 1      | 2         |
| Limitação de movimentos                                                                                                     |              | 4      |           |
| Movimenta todos os segmentos corporais                                                                                      |              | 3      |           |
| Deambulação                                                                                                                 |              | 2      | 2         |
| Restrito ao Leito                                                                                                           |              | 2      |           |
| Locomoção através da cadeira central                                                                                        |              | 1      |           |
| Necessita de auxílio para deambular                                                                                         |              | 4      | 2         |
| ambulante                                                                                                                   |              | 3      |           |
| Alimentação                                                                                                                 |              | 2      |           |
| Através de cateter central                                                                                                  |              | 1      | 2         |
| Através de sonda nasogástrica                                                                                               |              | 4      |           |
| Por boca com auxílio                                                                                                        |              | 3      |           |
| Auto-suficiente                                                                                                             |              | 2      | 2         |
| Cuidado corporal                                                                                                            |              | 1      |           |
| Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem                                                                      |              | 4      |           |
| Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem                                                                   |              | 3      | 2         |
| Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral                                                                           |              | 2      |           |
| Auto-suficiente                                                                                                             |              | 1      |           |
| Eliminação                                                                                                                  |              | 4      | 2         |
| Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese                                                          |              | 3      |           |
| Uso de comadre ou eliminações no leito                                                                                      |              | 2      |           |
| Uso de vaso sanitário com auxílio                                                                                           |              | 1      | 3         |
| Auto-suficiente                                                                                                             |              | 4      |           |
| Terapêutica                                                                                                                 |              | 3      |           |
| Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA                                                                              |              | 2      | 3         |
| EV contínua ou através de sonda nasogástrica                                                                                |              | 1      |           |
| EV intermitente                                                                                                             |              | 4      |           |
| IM ou VO                                                                                                                    |              | 3      |           |
|                                                                                                                             |              | 2      |           |
|                                                                                                                             |              | 1      |           |

Classificação dos pacientes conforme cuidados intensivos

| Classe                                       | Pontos            | Necessidade de vigilância e cuidados.              |
|----------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Classe I | de 9 a 17 pontos  | Pacientes necessitando de cuidados mínimos         |
| <input type="checkbox"/> Classe II           | de 18 a 27 pontos | Pacientes necessitando de cuidados intermediários  |
| <input type="checkbox"/> Classe III          | de 28 a 36 pontos | Pacientes necessitando de cuidados semi-intensivos |
| <input type="checkbox"/> Classe IV           | de 37 a 45 pontos | Pacientes necessitando de cuidados intensivos      |

ENFERMEIRA: ANA BEATRIZ DE ALBERTIM LESSA

Enf. Ana Beatriz  
Mat. 10003  
COREN-AL 388.597

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - UNIDADES DE INTERNAMENTO**

Nome do Paciente : **ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA** Idade: **28**  
 Atendimento: **04181187** Data Nascimento: **30/10/1987**  
 Localização / Leito: **3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 320** Convênio: **AMIL**  
 Nome da mãe: **MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA** Data / Hora: **18/03/2016 12:07:32**

**Motivo da entrada / Queixa atual**
**PO DE OSTEOCONDOPLASTIA**
**Procedência:**

☐ Residência ☐ Home care/ outra instituição ☐ UTI/ Unidade de internação ☐ Emergência 24h ☐ UDT ☒ C. Cirúrgico ☐  
☐ SCF ☐ HNSG ☐ Santa Casa Poço ☐ UORR ☐ Hemodinâmica

**Chegou de:**

☐ Ambulância ☐ Deambulando ☒ Maca ☐ Cadeira de rodas ☐ Outros

**Histórico Clínico/ Comorbidades:**

☐ Hipertensão Arterial ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ Nefropatia ☐ Pneumopatia ☐ Neoplasia ☐ Outros

Arteria: ☐ SIM ☒ NAO

☐ Drogas: ☐ Contrastes ☐ Alimentos

Hábitos: ☐ SIM ☒ Não

☐ Tabagismo Quanto tempo: ☐ Alcool Quanto tempo:

Barreiras de comunicação: ☒ NAO ☐ SIM: ☐ Idioma ☐ Escolaridade ☐ Limitação físico-psíquica ☐ Déficit auditivo/ visual

Integridade da pele: ☐ SIM ☒ NAO: Número de lesões: ☐ Locais:

**DISPOSITIVOS**

☐ Port-a-cath ☐ Dissecção venosa ☐ Traqueostomia ☐ Gastrostomia ☐ PAM  
☐ Cateter venoso central ☐ Sonda vesical de demora ☐ Drenos ☐ Outros:  
☒ Punção venosa periférica ☐ SNG/ SNE ☐ Tubo orotraqueal ☐ PICC

**Classificação de Risco**

Risco para Queda: ☒ SIM ☐ NAO

☐ Déficit motor / Deformidades de membros / Déficit visual  
☐ dispositivo de Macha  
☐ Jejum prolongado  
☒ Uso contínuo de sedação / analgésicos / opióides ou derivados  
☐ História de queda anterior - últimos 6 meses

**Risco para Confusão Aguda:**

☐ Trauma ou lesão na cabeça  
☐ Alteração do nível de consciência  
☐ Déficit cognitivo  
☐ Alteração no Ciclo Sono-Vigília  
☐ Alteração da memória/atividade psicomotora  
☐ Tumor cerebral  
☐ Infecções

☐ SIM ☒ NAO

**Escala de Braden**

| Item          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------|---|---|---|---|---|
| Consciência   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Orientação    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Atividade     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Mobilidade    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Transferência | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Alimentação   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**Risco para Broncoaspiração:**

☐ Portador de alteração neurológica com alteração do nível de consciência e consequente repercussão na deglutição;  
☐ AVE  
☐ Tempo prolongado de VMI  
☐ DPOC  
☐ Paciente em uso de traqueostomia  
☐ Presença de tosse e/ou engasgo durante alimentação;  
☐ Câncer de cabeça e pescoço;  
☐ Comorbidade cardíológica (FE=< 60%) ou aumento de área cardíaca;  
☐ Pós operatório de cirurgia bucomaxilo e/ou otorrinolaringológica (pregas vocais);  
☐ Uso de via alternativa alimentar (SNG/SNE/Gastrostomia/Jejunostomia);

☐ SIM ☒ NAO

☒ Sem Risco: 19 a 23 ☐ Risco Leve: 15 a 16 ☐ Risco Moderado: 13 a 14

☐ Risco Elevado: 10 a 12 ☐ Risco muito Elevado: = < 9

Risco de Extravasamento de Quimioterapia: ☐ SIM ☒ NAO

☐ Múltiplas punções venosas  
☐ Uso de QT por mais de 24h, por acesso periférico  
☐ Uso de QT vesicante por via periférica  
☐ Desnutrição / Obesidade  
☐ Fragilidade capilar

Risco para Sangramento: ☒ SIM ☐ NAO

☐ Uso de anticoagulante  
☐ Plaquetopenia (< 10.000)  
☐ Pós Operatório imediato  
☐ Pós Operatório mediato  
☐ Paciente hemofílico ou com distúrbio de coagulação  
☐ Atonia Uterina

Risco para Dor: ☒ SIM ☐ NAO

☐ Pacientes em cuidados paliativos

**Risco de Derramamento:**

☐ Agitação / Irritabilidade.  
☐ Urgência e/ou incontinência urinária.  
☐ Uso de QT em Bolus.

☐ SIM ☒ NAO

**Risco para Glicemia Instável:**

☐ Paciente em UTI  
☐ Jejum Prolongado  
☐ Uso de Hipoglicemiantes, Insulina e Corticóides.  
☐ NPT

☐ SIM ☒ NAO

☐ Diabetes Gestacional

☐ RN Prematura / Baixa peso (< 2Kg)

**Risco para Flebite:**
☐ Múltiplas punções venosas

☒ SIM ☐ NAO

# HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - UNIDADES DE INTERNAMENTO

Nome do Paciente : ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Atendimento: 04181187 Idade: 28  
Localização / Leito: 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 320 Data Nascimento: 30/10/1987  
Nome da mãe: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA Convênio: AMIL  
Data / Hora: 18/03/2016 12:07:32

☐ História de dor atual  
☒ Pós Operatório  
☒ Uso de soluções concentradas e ou Alto Risco por PVP  
☐ Fragilidade Capilar

## Risco para TEV - Clínico

### FATOR DE RISCO PARA TEV?

|                       |                           |                |
|-----------------------|---------------------------|----------------|
| Redução da mobilidade | Reposição hormonal        | Contraceptivos |
| ≥ 55 anos             | Insuf venosa crônica      | Câncer         |
| Cateter central       | Insuf arterial periférica | Obesidade      |
| Dça inflam Intestinal | ICC grave                 | Quimioterapia  |
| Dça reumática ativa   | IAM                       | Tabagismo      |
| Gravidez ou puerpério | DPOC                      | Infecção       |
| Histórico de TEV      | Síndrome nefrótica        | Intem UTI      |

NÃO ≤ 2 ≥ 3

☐ Risco Baixo ☐ Risco Intermediário ☐ Risco Alto

## Risco para TEV - Cirúrgico

### CIRURGIA DE PEQUENO PORTE

Endoscópica  
Laparoscópica  
Oftalmológica  
Superficial

### CIRURGIA DE MEDIO E GRANDE PORTE (acima de 60 minutos)

≤ 40 anos 41-59 anos ≥ 60 anos

Fator de risco para TEV? Fator de risco para TEV?

NÃO SIM NÃO SIM

### CIRURGIA DE ALTO RISCO

Artroplastia de quadril  
Artroplastia de joelho  
Frat quadril e fêmur  
Onco pélvica e abdominal  
TRM  
Bariátrica  
Politrauma

☐ Risco Baixo ☒ Risco Intermediário ☐ Risco Alto

Enfermeiro: ANA BEATRIZ DE ALBERTIM LESSA

Enf. Ana Beatriz  
Mat. 0003 -  
CPF: 038.597



## Sistema de Classificação de Pacientes baseado no FUGULIN - ENFERMARIAS

|                     |                                                 |                |                                                 |
|---------------------|-------------------------------------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| Nome Paciente:      | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA                      |                |                                                 |
| Atendimento:        | 04181187                                        | Idade:         | 28                                              |
| HD:                 | S521 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO |                |                                                 |
| Data de Internação: | 17/03/2016                                      | Setor / Leito: | 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 320 |

Data Documento: 17/03/2016

| AREA DE CUIDADO                                                                                                             | Pontos | Resultado |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------|
| Estado Mental                                                                                                               |        |           |
| Inconsciente                                                                                                                | 4      | 1         |
| Período de inconsciência                                                                                                    | 3      |           |
| Períodos de desorientação no tempo e no espaço                                                                              | 2      |           |
| Orientação no tempo e no espaço                                                                                             | 1      |           |
| Oxigenação                                                                                                                  |        |           |
| Ventilação mecânica (uso de ventilador)                                                                                     | 4      | 1         |
| Uso contínuo de máscara ou cateter de oxigênio                                                                              | 3      |           |
| Uso intermitente de máscara ou cateter de oxigênio                                                                          | 2      |           |
| Não depende de oxigênio                                                                                                     | 1      |           |
| Sinais vitais                                                                                                               |        |           |
| Controle em intervalos menores ou iguais a 2 horas                                                                          | 4      | 4         |
| Controle em intervalos de 4 horas                                                                                           | 3      |           |
| Controle em intervalos de 6 horas                                                                                           | 2      |           |
| Controle de rotina (8 horas)                                                                                                | 1      |           |
| Motilidade                                                                                                                  |        |           |
| Incapaz de movimentar segmento corporal, mudança de decúbito e movimentação passiva programada e realizada pela enfermagem. | 4      | 2         |
| Dificuldade para movimentar segmentos corporal, mudança de decúbito e movimentação passiva auxiliada pela enfermagem.       | 3      |           |
| Limitação de movimentos                                                                                                     | 2      |           |
| Movimenta todos os segmentos corporais                                                                                      | 1      |           |
| Deambulação                                                                                                                 |        |           |
| Restrito ao Leito                                                                                                           | 4      | 2         |
| Locomoção através da cadeira central                                                                                        | 3      |           |
| Necessita de auxílio para deambular                                                                                         | 2      |           |
| ambulante                                                                                                                   | 1      |           |
| Alimentação                                                                                                                 |        |           |
| Através de cateter central                                                                                                  | 4      | 2         |
| Através de sonda nasogástrica                                                                                               | 3      |           |
| Por boca com auxílio                                                                                                        | 2      |           |
| Auto-suficiente                                                                                                             | 1      |           |
| Cuidado corporal                                                                                                            |        |           |
| Banho no leito, higiene oral realizada pela enfermagem                                                                      | 4      | 2         |
| Banho de chuveiro, higiene oral realizada pela enfermagem                                                                   | 3      |           |
| Auxílio no banho de chuveiro e/ou na higiene oral                                                                           | 2      |           |
| Auto-suficiente                                                                                                             | 1      |           |
| Eliminação                                                                                                                  |        |           |
| Evacuação no leito e uso de sonda vesical para controle de diurese                                                          | 4      | 3         |
| Uso de comadre ou eliminações no leito                                                                                      | 3      |           |
| Uso de vaso sanitário com auxílio                                                                                           | 2      |           |
| Auto-suficiente                                                                                                             | 1      |           |
| Terapêutica                                                                                                                 |        |           |
| Uso de drogas vasoativas para manutenção de PA                                                                              | 4      | 3         |
| EV contínua ou através de sonda nasogástrica                                                                                | 3      |           |
| EV intermitente                                                                                                             | 2      |           |
| IM ou VO                                                                                                                    | 1      |           |

## Classificação dos pacientes conforme cuidados intensivos

| Classe     | Pontos            | Necessidade de vigilância e cuidados               |
|------------|-------------------|----------------------------------------------------|
| Classe I   | de 9 a 17 pontos  | Pacientes necessitando de cuidados mínimos         |
| Classe II  | de 18 a 27 pontos | Pacientes necessitando de cuidados intermediários  |
| Classe III | de 28 a 36 pontos | Pacientes necessitando de cuidados semi-intensivos |
| Classe IV  | de 37 a 45 pontos | Pacientes necessitando de cuidados intensivos      |

ENFERMEIRA: JÉBESSON DE LIMA SILVA

Jébesson de Lima Silva  
Enfermeira  
UNIVAL

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - UNIDADES DE INTERNAMENTO

|                      |                                                 |                  |                     |
|----------------------|-------------------------------------------------|------------------|---------------------|
| Nome do Paciente:    | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA                      | Idade:           | 28                  |
| Identificação:       | 04181187                                        | Data Nascimento: | 30/10/1987          |
| Localização / Leito: | 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 320 | Convênio:        | AMIL                |
| Nome da mãe:         | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA                  | Data / Hora:     | 17/03/2016 18:49:56 |

Motivo da entrada / Queixa atual  
POI DE OSTEOCONDOPLASTIA

Procedência:

|                                     |                                                       |                                                     |                                         |                              |                                                  |                          |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Residência | <input type="checkbox"/> Home care/ outra instituição | <input type="checkbox"/> UTI/ Unidade de internação | <input type="checkbox"/> Emergência 24h | <input type="checkbox"/> UDT | <input checked="" type="checkbox"/> C. Cirúrgico | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> SCF        | <input type="checkbox"/> HNSG                         | <input type="checkbox"/> Santa Casa Poço            | <input type="checkbox"/> UORR           |                              | <input type="checkbox"/> Hemodinâmica            |                          |

Chegou de:

|                                     |                                      |                                          |                                           |                                 |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ambulância | <input type="checkbox"/> Deambulando | <input checked="" type="checkbox"/> Maca | <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas | <input type="checkbox"/> Outros |
|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------|

Histórico Clínico/ Comorbidades:

|                                               |                                   |                                      |                                     |                                      |                                 |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> Nefropatia | <input type="checkbox"/> Pneumopatia | <input type="checkbox"/> Outros |
|                                               |                                   |                                      |                                     | <input type="checkbox"/> Neoplasia   |                                 |

Alergia:

|                                  |                              |                                         |                                     |                                    |
|----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Drogas: | <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NAO | <input type="checkbox"/> Contrastes | <input type="checkbox"/> Alimentos |
| <input type="checkbox"/> Outros: |                              |                                         |                                     |                                    |

Hábitos:

|                                    |                              |                                         |                                 |               |
|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Tabagismo | <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Alcool | Quanto tempo: |
|                                    |                              |                                         |                                 |               |

Barreiras de comunicação:

|                                         |                               |                                 |                                       |                                                    |                                                   |
|-----------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> NAO | <input type="checkbox"/> SIM: | <input type="checkbox"/> Idioma | <input type="checkbox"/> Escolaridade | <input type="checkbox"/> Limitação físico-psíquica | <input type="checkbox"/> Déficit auditivo/ visual |
|-----------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|

Integridade da pele:

|                              |                                          |                   |         |
|------------------------------|------------------------------------------|-------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NAO: | Número de lesões: | Locais: |
|                              |                                          |                   |         |

DISPOSITIVOS

|                                                              |                                                  |                                           |                                       |                              |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Port-a-cath                         | <input type="checkbox"/> Dissecção venosa        | <input type="checkbox"/> Traqueostomia    | <input type="checkbox"/> Gastrostomia | <input type="checkbox"/> PAM |
| <input type="checkbox"/> Cateter venoso central              | <input type="checkbox"/> Sonda vesical de demora | <input type="checkbox"/> Drenos           | <input type="checkbox"/> Outros:      |                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Punção venosa periférica | <input type="checkbox"/> SNG/ SNE                | <input type="checkbox"/> Tubo orotraqueal | <input type="checkbox"/> PICC         |                              |

## Classificação de Risco

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Risco para Queda:</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit motor / Deformidades de membros / Déficit visual</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositivo de Mocha</p> <p><input type="checkbox"/> Jejum prolongado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Uso contínuo de sedação / analgésicos / opióides ou derivados</p> <p><input type="checkbox"/> História de queda anterior - últimos 6 meses</p> | <p>Risco para Confusão Aguda:</p> <p><input type="checkbox"/> Trauma ou lesão na cabeça</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração do nível de consciência</p> <p><input type="checkbox"/> Déficit cognitivo</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração no Ciclo Sono-Vigília</p> <p><input type="checkbox"/> Alteração da memória/atividade psicomotora</p> <p><input type="checkbox"/> Tumor cerebral</p> <p><input type="checkbox"/> Infecções</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| <p><b>Escala de Braden</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Descrição</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Percepção</td> <td>Completamente consciente</td> <td>Completamente consciente</td> <td>Muito consciente</td> <td>Parcialmente consciente</td> <td>Completamente inconsciente</td> </tr> <tr> <td>Atividade física</td> <td>Completamente independente</td> <td>Completamente independente</td> <td>Muito independente</td> <td>Parcialmente independente</td> <td>Completamente dependente</td> </tr> <tr> <td>Atividade psicológica</td> <td>Completamente independente</td> <td>Completamente independente</td> <td>Muito independente</td> <td>Parcialmente independente</td> <td>Completamente dependente</td> </tr> <tr> <td>Atividade social</td> <td>Completamente independente</td> <td>Completamente independente</td> <td>Muito independente</td> <td>Parcialmente independente</td> <td>Completamente dependente</td> </tr> <tr> <td>Atividade emocional</td> <td>Completamente independente</td> <td>Completamente independente</td> <td>Muito independente</td> <td>Parcialmente independente</td> <td>Completamente dependente</td> </tr> <tr> <td>Atividade intelectual</td> <td>Completamente independente</td> <td>Completamente independente</td> <td>Muito independente</td> <td>Parcialmente independente</td> <td>Completamente dependente</td> </tr> <tr> <td>Atividade física</td> <td>Completamente independente</td> <td>Completamente independente</td> <td>Muito independente</td> <td>Parcialmente independente</td> <td>Completamente dependente</td> </tr> <tr> <td>Atividade psicológica</td> <td>Completamente independente</td> <td>Completamente independente</td> <td>Muito independente</td> <td>Parcialmente independente</td> <td>Completamente dependente</td> </tr> <tr> <td>Atividade social</td> <td>Completamente independente</td> <td>Completamente independente</td> <td>Muito independente</td> <td>Parcialmente independente</td> <td>Completamente dependente</td> </tr> <tr> <td>Atividade emocional</td> <td>Completamente independente</td> <td>Completamente independente</td> <td>Muito independente</td> <td>Parcialmente independente</td> <td>Completamente dependente</td> </tr> <tr> <td>Atividade intelectual</td> <td>Completamente independente</td> <td>Completamente independente</td> <td>Muito independente</td> <td>Parcialmente independente</td> <td>Completamente dependente</td> </tr> </tbody> </table> | Descrição                  | 1                          | 2                  | 3                         | 4                          | 5 | Percepção | Completamente consciente | Completamente consciente | Muito consciente | Parcialmente consciente | Completamente inconsciente | Atividade física | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente | Atividade psicológica | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente | Atividade social | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente | Atividade emocional | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente | Atividade intelectual | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente | Atividade física | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente | Atividade psicológica | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente | Atividade social | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente | Atividade emocional | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente | Atividade intelectual | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente | <p>Risco para Broncoaspiração:</p> <p><input type="checkbox"/> Portador de alteração neurológica com alteração do nível de consciência e consequente repercussão na deglutição;</p> <p><input type="checkbox"/> AVE</p> <p><input type="checkbox"/> Tempo prolongado de VMI</p> <p><input type="checkbox"/> DPOC</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente em uso de traqueostomia</p> <p><input type="checkbox"/> Presença de tosse e/ou engasgo durante alimentação;</p> <p><input type="checkbox"/> Câncer de cabeça e pescoço;</p> <p><input type="checkbox"/> Comorbidade cardíaca (FE &lt; 60%) ou aumento de área cardíaca;</p> <p><input type="checkbox"/> Pós operatório de cirurgia bucomaxilo e/ou otorrinolaringológica (pregas vocais);</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de via alternativa alimentar (SNG/SNE/Gastrostomia/Jejunostomia);</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|----------------------------|---|-----------|--------------------------|--------------------------|------------------|-------------------------|----------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|--------------------|---------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1                          | 2                          | 3                  | 4                         | 5                          |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Percepção                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Completamente consciente   | Completamente consciente   | Muito consciente   | Parcialmente consciente   | Completamente inconsciente |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atividade física                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente   |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atividade psicológica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente   |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atividade social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente   |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atividade emocional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente   |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atividade intelectual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente   |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atividade física                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente   |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atividade psicológica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente   |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atividade social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente   |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atividade emocional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente   |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Atividade intelectual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Completamente independente | Completamente independente | Muito independente | Parcialmente independente | Completamente dependente   |   |           |                          |                          |                  |                         |                            |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                  |                            |                            |                    |                           |                          |                     |                            |                            |                    |                           |                          |                       |                            |                            |                    |                           |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

☒ Sem Risco: 19 a 23 ☐ Risco Leve: 15 a 16 ☐ Risco Moderado: 13 a 14 ☐ Risco Elevado: 10 a 12 ☐ Risco muito Elevado: < 9

Risco de Extravasamento de Quimioterapia:

|                                                                           |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM                                              | <input checked="" type="checkbox"/> NAO |
| <input type="checkbox"/> Múltiplas punções venosas                        |                                         |
| <input type="checkbox"/> Uso de QT por mais de 24h, por acesso periférico |                                         |
| <input type="checkbox"/> Uso de QT vesicante por via periférica           |                                         |
| <input type="checkbox"/> Desnutrição / Obesidade                          |                                         |
| <input type="checkbox"/> Fragilidade capilar                              |                                         |

Risco para Sangramento:

|                                                                             |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SIM                                     | <input type="checkbox"/> NAO |
| <input type="checkbox"/> Uso de anticoagulante                              |                              |
| <input type="checkbox"/> Plaquetopenia (< 10.000)                           |                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pós Operatório imediato                 |                              |
| <input type="checkbox"/> Pós Operatório mediato                             |                              |
| <input type="checkbox"/> Paciente hemofílico ou com distúrbio de coagulação |                              |
| <input type="checkbox"/> Atonia Uterina                                     |                              |

Risco para Dor:

|                                                           |                              |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> SIM                   | <input type="checkbox"/> NAO |
| <input type="checkbox"/> Pacientes em cuidados paliativos |                              |

Risco de Derramamento:

|                                                                |                                         |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM                                   | <input checked="" type="checkbox"/> NAO |
| <input type="checkbox"/> Agitação / Irritabilidade.            |                                         |
| <input type="checkbox"/> Urgência e/ou incontinência urinária. |                                         |
| <input type="checkbox"/> Uso de QT em Bolus.                   |                                         |

Risco para Glicemia Instável:

|                                                                          |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM                                             | <input checked="" type="checkbox"/> NAO |
| <input type="checkbox"/> Paciente em UTI                                 |                                         |
| <input type="checkbox"/> Jejum Prolongado                                |                                         |
| <input type="checkbox"/> Uso de Hipoglicemiante, Insulina e Corticóides. |                                         |
| <input type="checkbox"/> NPT                                             |                                         |

Risco para Flebite:

|                                                    |                                         |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM                       | <input checked="" type="checkbox"/> NAO |
| <input type="checkbox"/> Múltiplas punções venosas |                                         |

Ana Fernandes Neto  
Enfermeira  
COREN 451.861



# HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - UNIDADES DE INTERNAMENTO

|                      |                                                 |                  |                     |
|----------------------|-------------------------------------------------|------------------|---------------------|
| Nome do Paciente :   | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA                      | Idade:           | 28                  |
| Identificação:       | 04181187                                        | Data Nascimento: | 30/10/1987          |
| Localização / Leito: | 3º ANDAR HOSPITAL A. PEIXOTO, APARTAMENTO - 320 | Convênio:        | AMIL                |
| Nome da mãe:         | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA                  | Data / Hora:     | 17/03/2016 18:49:56 |

|                                                    |                                                                                          |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> História de dor atual     | <input checked="" type="checkbox"/> Uso de soluções concentradas e ou Alto Risco por PVP |
| <input checked="" type="checkbox"/> Pós Operatório | <input type="checkbox"/> Fragilidade Capilar                                             |

## Risco para TEV - Clínico

| FATOR DE RISCO PARA TEV |                           |                |
|-------------------------|---------------------------|----------------|
| Redução da mobilidade   | Reposição hormonal        | Contraceptivos |
| ≥ 55 anos               | Insuf venosa crônica      | Câncer         |
| Cateter central         | Insuf arterial periférica | Obesidade      |
| Dça inflam Intestinal   | ICC grave                 | Quimioterapia  |
| Dça reumática ativa     | IAM                       | Tabagismo      |
| Gravidez ou puerpério   | DPOC                      | Infecção       |
| Histórico de TEV        | Síndrome nefrótica        | Int em UTI     |

NÃO      ≤ 2      ≥ 3

☐ Risco Baixo    ☐ Risco Intermediário    ☐ Risco Alto

## Risco para TEV - Cirúrgico

| CIRURGIA DE PEQUENO PORTE                                    | CIRURGIA DE MÉDIO E GRANDE PORTE (acima de 60 minutos)          | CIRURGIA DE ALTO RISCO                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Endoscópica<br>Laparoscópica<br>Oftalmológica<br>Superficial | <div>≤ 40 anos</div> <div>41-59 anos</div> <div>≥ 60 anos</div> | Artroplastia de quadril<br>Artroplastia de joelho<br>Frai quadril e fêmur<br>Onco pélvica e abdominal<br>TRM<br>Bariátrica<br>Politrauma |
|                                                              | <div>Fator de risco para TEV?</div> <div>NÃO      SIM</div>     |                                                                                                                                          |
|                                                              | <div>Fator de risco para TEV?</div> <div>NÃO      SIM</div>     |                                                                                                                                          |
|                                                              |                                                                 |                                                                                                                                          |

☐ Risco Baixo    ☒ Risco Intermediário    ☐ Risco Alto

Enfermeiro: JEBESSON DE LIMA SILVA

Jêbesson de Lima Silva  
Enfermeiro  
UNITAL

Ana Carolina S. M. S.  
Enfermeiro  
COREN 451.697



## DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA SOBRE O RISCO

Eu, Adelson dos Santos Almeida

- ☐ Paciente  
☒ Acompanhante / Responsável Legal  
☐ Cuidador

Declaro que recebi, li e entendi orientações referentes ao Risco de: dor, queda, flebite, sangramento, ter cir. int.  
 e comprometo-me a seguir as orientações contidas no mesmo.

x Adilson dos Santos Almeida

Data: 17/03/16

Assinatura (Orientado)

Jebesson de Lima Silva  
 Enfermeiro  
 COREN

Ana Fernandes Neta  
 Enfermeira  
 COREN

Assinatura / COREN (Orientador)





Cod.:46134 Cliente:ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Data Nasc.: 30/10/1987

Sexo: Masculino

RG: 31718663-al

CPF:

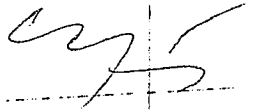
Médico Solicitante: DR.:

Convênio: AMIL - ASSISTÊNCIA MÉDICA IN Data do Exame: 18/02/2016

**RX DO COTOVELO DIREITO**

Filme: 170

- Pequena irregularidade de contorno na cabeça do rádio.
- Espaços articulares conservados.

  
DR. CHRISTIANO ANTONIO C. GUSMAO  
CRM: AL 2949  
ESPECIALIDADE: RADIOLOGISTA

Cod.:46134 Cliente:ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Data Nasc.: 30/10/1987

Sexo: Masculino

RG: 31718663-al

CPF:

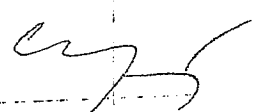
Médico Solicitante: DR.:

Convênio: AMIL - ASSISTÊNCIA MÉDICA IN Data do Exame: 18/02/2016

## RAIOS X DO TÓRAX P.A.+ PERFIL

Filme: 170

- Pulmões transparentes.
- Hilos anatômicos. Seios costo-frênicos livres.
- Coração e pedículo vascular de dimensões e configuração normais.

  
DR. CHRISTIANO ANTONIO C. GUSMAO  
CRM: AL 2949  
ESPECIALIDADE: RADIOLOGISTA

Paciente:

ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Médico:

FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA

Convênio:

AMIL

Unidade:

MATRIZ

RG:

31718663

Idade: 28 anos

Pag. 2/6

CRM : 5123

Impressão: 23/02/2016 - 09:39:04

O.S. : 001-63966-208

## GLICOSE

Material : Soro

Método : Enzimático Colorimétrico

Coleta : 18/02/2016 - 10:56:29

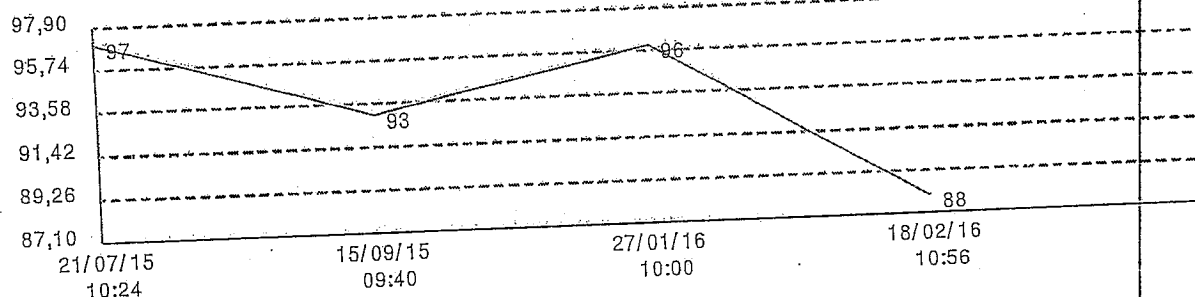
Liberação: 18/02/2016 - 14:48:04

VR : Desejável : De 70,00 a 99,00 mg/dL

Intolerantes: De 100,00 a 126,00 mg/dL

Diabéticos : Maior que 126,00 mg/dL

2 horas pós dextrosol: Menor que 140,00 mg/dL

Dra Rosa Manoela Quintela V.N. Correia  
CRBM - 2551

ASSINATURA DIGITAL

EDFA3476802A466090001339D6F4FCFAF70B1C16300A172BFCFBF3DCC1BBDCCE1C70772B622DD0

A interpretação do(s) resultado(s) deste(s) exame(s) e a conclusão diagnóstica são atos médicos, dependem da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames do(a) paciente.

ESTE LABORATÓRIO É ACREDITADO PELO PALC (PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE LABORATÓRIOS CLÍNICOS)

Paciente:

ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Médico :

FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA

Convênio:

AMIL

Unidade :

MATRIZ

RG:

31718663

Idade: 28 anos

Pag. 4/6

CRM : 5123

Impressão: 23/02/2016 - 09:39:04

O.S. : 001-63966-208

## SODIO

136,0 mEq/L

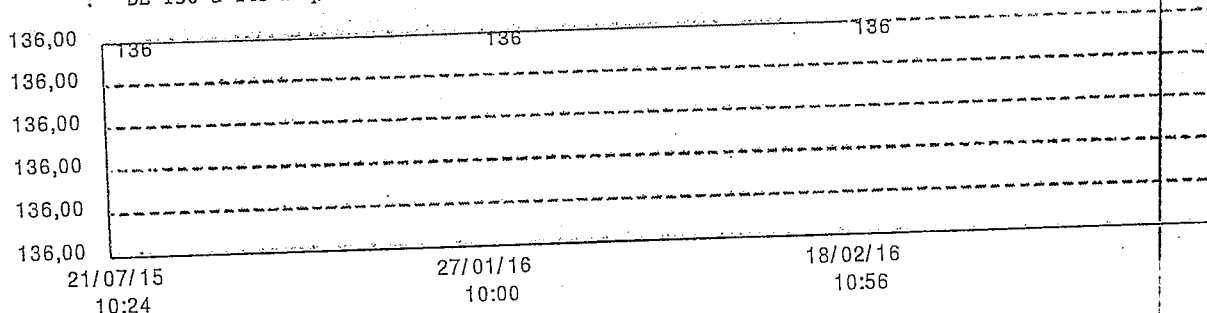
Material : Soro

Método : Eletrodo Seletivo

Coleta : 18/02/2016 - 10:56:29

Liberação: 18/02/2016 - 14:48:04

VR : DE 136 a 145 mEq/L



## POTASSIO

4,4 mEq/L

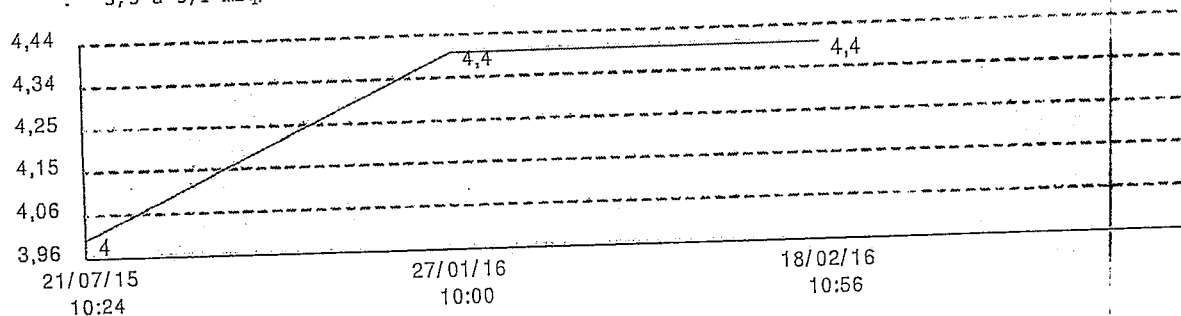
Material : Soro

Método : Eletrodo Seletivo

Coleta : 18/02/2016 - 10:56:29

Liberação: 18/02/2016 - 14:48:04

VR : 3,5 a 5,1 mEq/L



Dra Rosa Manoela Quintela V.N. Correia  
CRBM - 2551

ASSINATURA DIGITAL

EDFA3476802A466090001339D6F4FCFAF70B1C16300A172BFCFBF3DCC1BBDCEE1C70772B622DD0

A interpretação do(s) resultado(s) deste(s) exame(s) e a conclusão diagnóstica são atos médicos, dependem da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames do(a) paciente.

ESTE LABORATÓRIO É ACREDITADO PELO PALC (PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE LABORATÓRIOS CLÍNICOS)

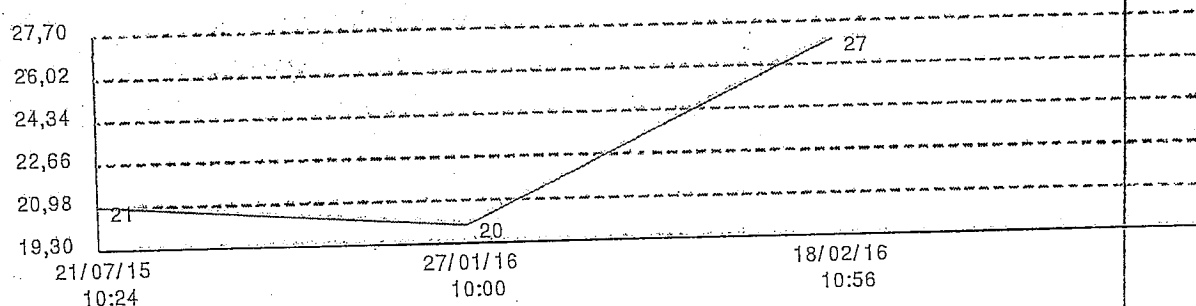
Paciente: **ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA**  
 Médico : **FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA**  
 Convênio: **AMIL**  
 Unidade : **MATRIZ**  
 RG: **31718663**

Idade: **28 anos** Pag. 5/6  
 CRM : **5123**  
 Impressão: **23/02/2016 - 09:39:04**  
 O.S. : **001-63966-208**

## UREIA

27 mg/dL

Material : Soro  
 Método : Cinética de tempo fixo  
 Coleta : 18/02/2016 - 10:56:29  
 Liberação: 18/02/2016 - 14:48:04  
 VR : DE 17,0 A 49,0 mg/dL



Dra Rosa Manoela Quintela V.N. Correia  
 CRBM - 2551

ASSINATURA DIGITAL

EDFA3476802A466090001339D6F4FCFAF70B1C16300A172BFCFBF3DCC1BBDCEE1C70772B622DD0

A interpretação do(s) resultado(s) deste(s) exame(s) e a conclusão diagnóstica são atos médicos, dependem da análise conjunta dos dados clínicos e demais exames do(a) paciente.  
**ESTE LABORATÓRIO É ACREDITADO PELO PALC (PROGRAMA DE ACREDITAÇÃO DE LABORATÓRIOS CLÍNICOS)**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por WAGNER VELOSO MARTINS e www2.tjal.jus.br, protocolado em 14/05/2020 às 11:57, sob o número 07115753220208020001. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjal.jus.br/assinadigital/na/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0711575-32-2020-8-02-0001 e código 43ED1R0.

## ECG de Repouso

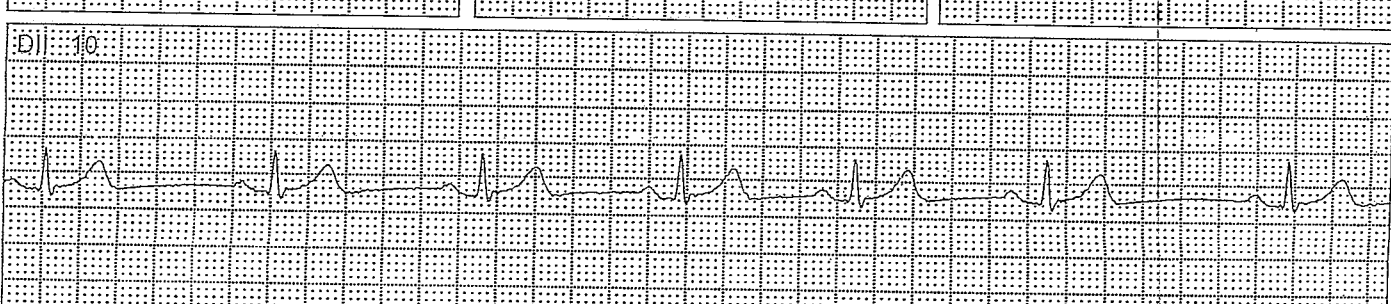
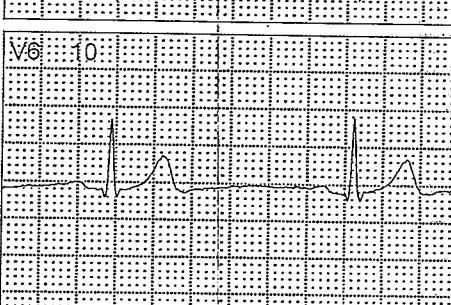
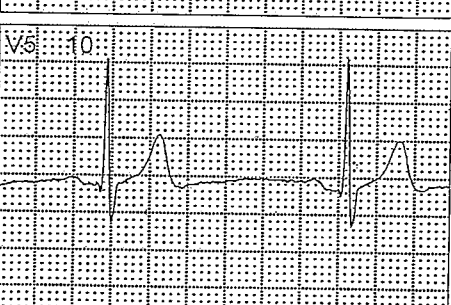
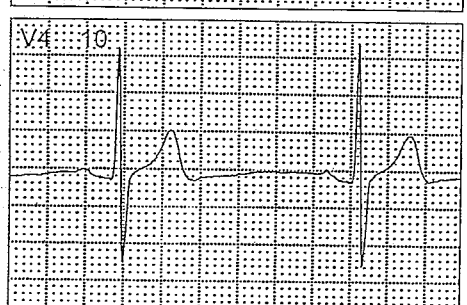
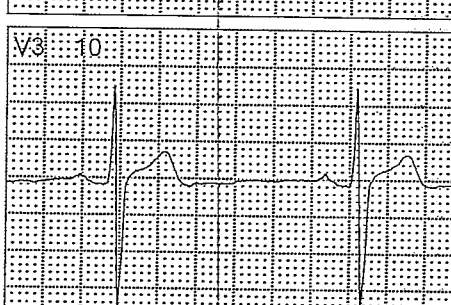
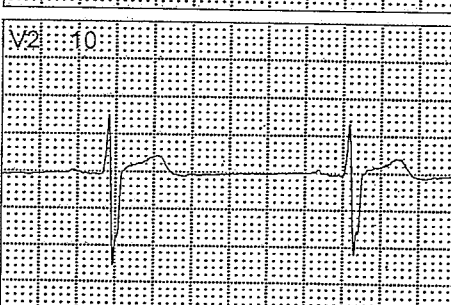
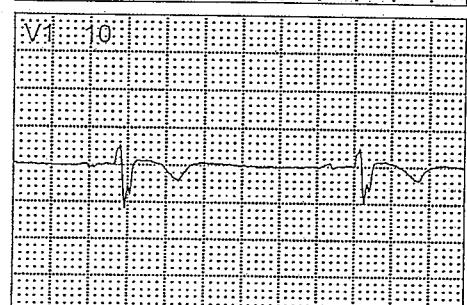
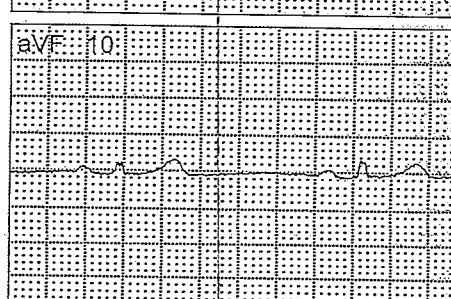
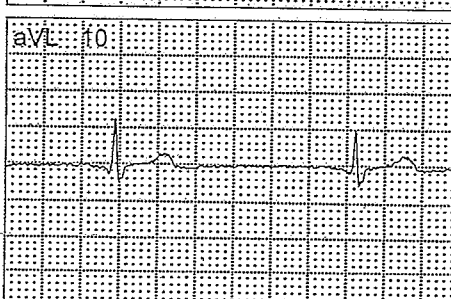
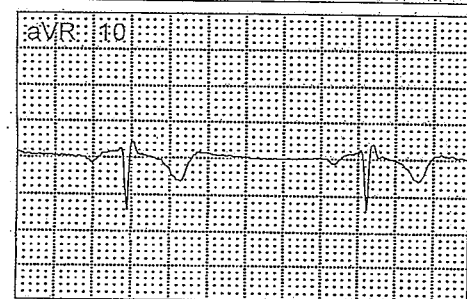
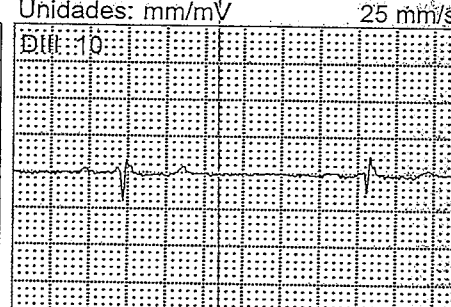
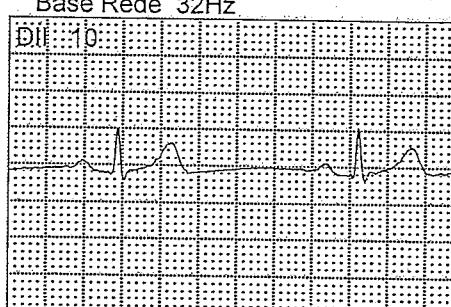
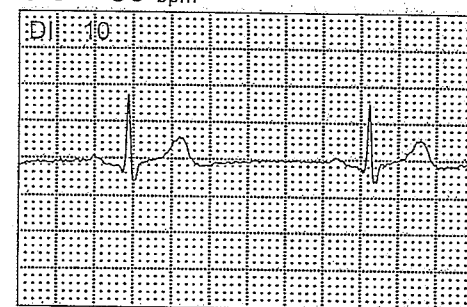
omil

FC 55 bpm

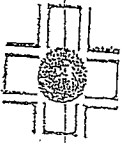
Base Rede 32Hz

Unidades: mm/mV

25 mm/s



Ritmo sinusal  
FC = 55 bpm  
Bradicardia sinusal



**SANTA CASA**  
de Misericórdia de Macaé

**FICHA DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR**

Nome Paciente: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Mãe: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA  
Nascimento: 30/04/1987 Atend: 4181187  
Aviso: 204838 - 08/03/2016 atend: 171032016  
Unidade Int.: DAY CLINIC - 4 ANDAR  
Letto: EXTRA DAYCLINIC-08  
Convenio: AMIL Sexo: Masculino  
Cirurgião: FELIPE DOS SANTOS PORCUNCUCLA

|                        |                   |                |             |                  |
|------------------------|-------------------|----------------|-------------|------------------|
| Setor: <i>CC geral</i> | Exame solicitado: | Hora da saída: | / Critério: | Data: <i>/ /</i> |
|------------------------|-------------------|----------------|-------------|------------------|

| Checklist pré-transporte                                                                                 |              | Sinais vitais na chegada do exame |         | Sinais vitais na saída do exame |         | Checklist pós-transporte      |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------|---------|---------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
| Sinais vitais:                                                                                           | Horário      | Sinais vitais:                    | Horário | Sinais vitais:                  | Horário | Sinais vitais:                | Horário |
| PA: <i>140/80 mmHg</i><br>FC: <i>68</i><br>FR: <i>12 UC</i><br>T: <i>33/maled</i><br>Sat: <i>3/maled</i> | <i>12:28</i> | PA: <i>161/75</i>                 |         | PA: <i>161/75</i>               |         | PA: <i>161/75</i>             |         |
| Libras do torpedão de O <sub>2</sub> da maca bomba:                                                      |              | FC: <i>57</i>                     |         | FC: <i>57</i>                   |         | Nível de consciência:         |         |
| Nível de consciência:                                                                                    |              |                                   |         |                                 |         | Consciente ( )                |         |
| Confuso ( )                                                                                              |              |                                   |         |                                 |         | Resposta à dor ( )            |         |
| Resposta à dor ( )                                                                                       |              | FR: <i>12</i>                     |         | FR: <i>12</i>                   |         | Inconsciente ( )              |         |
| Inconsciente ( )                                                                                         |              |                                   |         |                                 |         | Em uso de dispositivos?       |         |
| Em uso de dispositivos?                                                                                  |              | T: <i>33</i>                      |         | T: <i>33</i>                    |         | Sim ( )                       |         |
| Sim ( )                                                                                                  |              |                                   |         |                                 |         | Não ( )                       |         |
| Não ( )                                                                                                  |              |                                   |         |                                 |         | Se sim, qual?                 |         |
| a sim, qual?                                                                                             |              | Sat: <i>90</i>                    |         | Sat: <i>90</i>                  |         |                               |         |
| Observações/ Intercorrências:                                                                            |              | Observações:                      |         | Observações:                    |         | Observações/ Intercorrências: |         |

*maled 12*

[illegible]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por WAGNER VELOSO MARTINS e www2.tjal.jus.br, protocolado em 14/05/2020 às 11:57, sob o número 07115753220208020001. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/undabrirConferenciaDocumento do, informe o processo 0711575-32/2020 e código 43ED1B0.

Este documento é uma cópia digitalizada do original assinado digitalmente por WAGNER VELOSO MARTINS e www2.tjaj.jus.br, protocolado em 14/05/2020 às 17:506, o número 07115753220-208020001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjsp.jus.br/pastadigital/jsp/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0711575-2/2020 e código 13E11B0.



ANEXO DE SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PRÓTESES E  
MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

2 - Nº Guia no Prestador

|                                                                                  |                                  |                                           |                                |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br>326335                                                       | 3 - Número da Guia Referenciada  | 4 - Senha                                 | 5 - Data de Autorização        | 6 - Número da Guia Atribuído pela Operadora |
| Dados do Beneficiário                                                            |                                  |                                           |                                |                                             |
| 7 - Número da Carteira                                                           | 8 - Nome                         | 9 - Nome do Profissional Solicitante      |                                |                                             |
| 10 - Telefone                                                                    | 11 - E-mail                      | 12 - Justificativa Técnica                |                                |                                             |
| Fome-lo- elelano com fibrose e feno de atovels<br>sequel de futo de coep do nado |                                  |                                           |                                |                                             |
| OPME Solicitadas                                                                 |                                  |                                           |                                |                                             |
| 13 -                                                                             | 14 - Código do Material          | 15 - Descrição                            | 16 - Opção                     | 17 - Qtda. Solicitada                       |
| 01 -                                                                             | 21 - Registro ANVISA do Material | 22 - Referência do material no fabricante | 18 - Valor Unitário Solicitado | 19 - Qtda. Autorizada                       |
| 02 -                                                                             |                                  | Lommas de phover 3.0                      | 20 - Valor Unitário Autorizado |                                             |
| 03 -                                                                             |                                  | senturo de nodis propriano                |                                |                                             |
| 04 -                                                                             |                                  | equipa de bomba                           |                                |                                             |
| 05 -                                                                             |                                  |                                           |                                |                                             |
| 06 -                                                                             |                                  |                                           |                                |                                             |
| 24 - Especificação do Material                                                   |                                  |                                           |                                |                                             |
| Oxtylan, ortopro ou goldmeduc                                                    |                                  |                                           |                                |                                             |
| 25 - Observação/Justificativa                                                    |                                  |                                           |                                |                                             |
| 26 - Data da Solicitação                                                         |                                  |                                           |                                |                                             |
| 27 - Assinatura do Profissional Solicitante                                      |                                  |                                           |                                |                                             |
| 28 - Assinatura do Responsável pela Autorização                                  |                                  |                                           |                                |                                             |
| 29 - Data da Solicitação                                                         |                                  |                                           |                                |                                             |
| 30 - Data da Solicitação                                                         |                                  |                                           |                                |                                             |

Cod.:46134 Cliente:ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Data Nasc.: 30/10/1987

Sexo: Masculino

RG: 31718663-al

CPF:

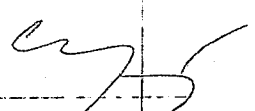
Médico Solicitante: DR.:

Convênio: AMIL - ASSISTÊNCIA MÉDICA II Data do Exame: 18/02/2016

### RAIOS X DO TÓRAX P.A.+ PERFIL

Filme: 170

- Pulmões transparentes.
- Hilos anatômicos. Seios costo-frênicos livres.
- Coração e pedículo vascular de dimensões e configuração normais.

  
DR. CHRISTIANO ANTONIO C. GUSMAO  
CRM: AL 2949  
ESPECIALIDADE: RADIOLOGISTA

Cod.:46134 Cliente:ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Data Nasc. : 30/10/1987

Sexo : Masculino

RG : 31718663-al

CPF:

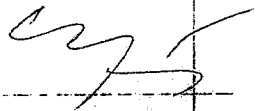
Médico Solicitante: DR.:

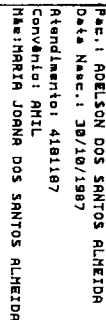
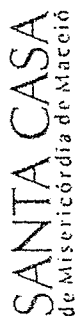
Convênio: AMIL - ASSISTÊNCIA MÉDICA II Data do Exame :18/02/2016

**RX DO COTOVELO DIREITO**

Filme: 170

- Pequena irregularidade de contorno na cabeça do rádio.
- Espaços articulares conservados.

  
DR. CHRISTIANO ANTONIO C. GUSMAO  
CRM: AL 2949  
ESPECIALIDADE: RADIOLOGISTA



NOME COMPLETO:

NOME COMPLETO DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ATENDIMENTO:

## FICHA DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR

|            |                   |                |                      |
|------------|-------------------|----------------|----------------------|
| Setor:     | Exame solicitado: | Hora da saída: | Data: ____/____/____ |
| / Critério |                   |                |                      |

| Checklist pré-transporte                                                                                                                                                                                      | Sinais vitais na chegada do exame | Sinais vitais na saída do exame | Checklist pós-transporte                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Horário                                                                                                                                                                                                       | Horário                           | Horário                         | Horário                                                                                                                 |
| <p>Sinais vitais:</p> <p>PA: 110/70</p> <p>FC: 76</p> <p>FR: 17</p> <p>T: 36.1</p> <p>Sat:</p>                                                                                                                | <p>PA:</p>                        | <p>PA:</p>                      | <p>Sinais vitais:</p> <p>PA: 110/70</p> <p>FC: 76</p> <p>FR: 17</p> <p>T: 36.1</p> <p>Sat:</p>                          |
| <p>Libras do torpedão de O<sub>2</sub> da maca bomba:</p>                                                                                                                                                     | <p>FC:</p>                        | <p>FC:</p>                      | <p>Nível de consciência:</p> <p>Consciente (X)</p> <p>Confuso ( )</p> <p>Resposta à dor ( )</p> <p>Inconsciente ( )</p> |
| <p>Nível de consciência:</p> <p>Consciente ( )</p> <p>Confuso ( )</p> <p>Resposta à dor ( )</p> <p>Inconsciente ( )</p> <p>Em uso de dispositivos?</p> <p>Sim (X)</p> <p>Não ( )</p> <p>Se sim, qual? PVP</p> | <p>FR:</p>                        | <p>FR:</p>                      | <p>Em uso de dispositivos?</p> <p>Sim (X)</p> <p>Não ( )</p> <p>Se sim, qual? PVP</p>                                   |
| <p>Em uso de dispositivos?</p> <p>Sim ( )</p> <p>Não ( )</p> <p>Se sim, qual?</p>                                                                                                                             | <p>T:</p>                         | <p>T:</p>                       | <p>T:</p>                                                                                                               |
| <p>Sat:</p>                                                                                                                                                                                                   | <p>Sat:</p>                       | <p>Sat:</p>                     | <p>Sat:</p>                                                                                                             |
| <p>Observações/ Intercorrências:</p>                                                                                                                                                                          | <p>Observações:</p>               | <p>Observações:</p>             | <p>Observações/ Intercorrências:</p>                                                                                    |
| <p>Profissionais:</p>                                                                                                                                                                                         |                                   |                                 | <p>Profissionais:</p> <p>Dr. Amandir Roberto</p> <p>Enfermeira</p> <p>Cordeiro</p> <p>Mat. 9129</p>                     |

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O(S) SEGUINTE(S) PROCEDIMENTO(S):  
Antagonismo de dentes duais

## DECLARANTE:

Nome: Adelson dos Santos Almeida

Identidade nº.: \_\_\_\_\_

☒ Paciente ( ) Responsável ou Representante Legal

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo.

## PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_

Identidade nº.: \_\_\_\_\_

No caso de envolver literalidade, especificar: Direito ☒ Esquerdo ( ) Bilateral ( ) indicado pelo(a) médico(a) / cirurgião(a)-dentista Dr(a).  
Felix Porciuncula após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames que revelam as seguintes alterações e/ou diagnóstico(s): Fimose no prelo do dente e fratura do dente

Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

1. Declaro que o(a) Dr(a). Felipe dos S. Porciuncula CRM 5123 informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de Fimose do prelo do dente, será conveniente e indicado o procedimento acima especificado.2. A proposta do procedimento que será realizado, e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais especialmente os seguintes: lesões na coroa, lesões na raiz, lesões na coroa e raiz

3. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta para os resultados a serem obtidos.

4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante a presente cirurgia e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5. Assim declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições. Dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

7. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

8. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem como para propósitos científicos ou educacionais.

9. Autorizo a realização de filmagens/ fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo (a) meu (minha) médico (a) / cirurgião (ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

10. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.

11. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.

12. Declaro que recebi explicações, li, compreendi, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, concordo com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular, neste momento, quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, resguardando o item nº. 01 e aqueles que o médico julgue fundamental para a realização do(s) procedimento(s) / cirurgia.

MÉDICO RESPONSÁVEL (em situações de emergência, dois médicos deverão assinar)  
( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme termo acima.  
( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado. Por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.Macéio, 13 de 02 de 16 Hora: \_\_\_\_\_

Médico - CRM

Médico - CRM

Nome Paciente.: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Mãe.: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA  
Nascimento.: 30/10/1987 Atend.: 4181187  
Aviso: 204838 - 08/03/2016 atend.: 17/03/2016  
Unidade.Int.: DAY CLINIC - 4. ANDAR  
Leito.: EXTRA DAYCLINIC-08  
Convenio.: AMIL.Sexo.: Masculino  
Cirurgião.: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA

Nome: Adelson dos Santos Almeida Idade: 28 Peso: 81 F (M) Data: 01/10/2016

Convênio: S. Eccelesiar Acomodação: Data cirurgia: 02/10/2016

End.: Av. Walter Arnanias, 596, Paracuru

Tel.: 82. 99955-4820

Clínica de Origem: Dr. Felipe Porciuncula

**AValiação Clínica:** NDA

- |                                                        |                                          |                                               |                                                  |                                           |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> IAM < 3 MESES                 | <input type="checkbox"/> 3-6 meses       | <input type="checkbox"/> 6 meses              | <input type="checkbox"/> angioplastia            | <input type="checkbox"/> revascularização |
| <input type="checkbox"/> angina                        | <input type="checkbox"/> repouso         | <input type="checkbox"/> mínimos              | <input type="checkbox"/> grandes esforços        | <input type="checkbox"/> ICG              |
| <input type="checkbox"/> ortopnéia                     | <input type="checkbox"/> dispnéia        | <input type="checkbox"/> repouso              | <input type="checkbox"/> grandes esforços        |                                           |
| <input type="checkbox"/> arritmia, cite                |                                          |                                               |                                                  |                                           |
| <input type="checkbox"/> valvopatia, cite              |                                          |                                               |                                                  |                                           |
| <input type="checkbox"/> HAS                           | <input type="checkbox"/> dieta           | <input type="checkbox"/> medicação            | <input type="checkbox"/> AVC há                  | <input type="checkbox"/> marcapasso       |
| <input type="checkbox"/> diabetes                      | <input type="checkbox"/> dieta           | <input type="checkbox"/> hipoglicemiante oral |                                                  | <input type="checkbox"/> troca valvar     |
| <input type="checkbox"/> tosse há                      | <input type="checkbox"/> expectoração há | <input type="checkbox"/> insônia              | <input type="checkbox"/> último broncoespasmo há | <input type="checkbox"/> TVP              |
| <input type="checkbox"/> epilepsia                     | <input type="checkbox"/> enxaqueca       |                                               | <input type="checkbox"/> ansiedade               | <input type="checkbox"/> insulina         |
| <input type="checkbox"/> convulsões, abalos, tremores? |                                          |                                               |                                                  | <input type="checkbox"/> depressão        |
| <input type="checkbox"/> Outra, qual?                  |                                          |                                               |                                                  | <input type="checkbox"/> suicídio         |

**MEDICAÇÕES EM USO:**

- |   |   |
|---|---|
| 1 | 5 |
| 2 | 6 |
| 3 | 7 |
| 4 | 8 |

**Antecedente Infecto Parasitológico** ☒ NDN

- ☐ Chagas ☐ Esquistossomose ☐ Tuberculose ☐ HIV ☐ Hepatite A B C D

**Antecedente Alérgico** ☒ *Reinite Alérgica*

- ☐ Látex ☐ Medicação, qual? ☐ Alimentos ☐ Urticária ☐ Placa ☐ Edema Glote ☐ Broncoespasmos

**Antecedente de Hipertermia Maligna** ☐ NDN

- ☐ Paciente Família ☐ Fator Desencadeante ☐ Anestesia ☐ Esforço Físico  
☐ Aumento de Temperatura ☐ Hipertonia do Masseter ☐ Óbito ☐ Alta

**Antecedente Obstétrico** ☐ NDN

- ☐ DHEG ☐ Eclâmpsia ☐ DPP ☐ OF ☐ PP ☐ Atonia Uterina

**Antecedente Anestésico** ☐ NDN

- ☐ Perí ☐ Raquí ☐ Geral ☐ Outra, cite *surto de PA*

☐ Intercorrências, cite

☐ Recebeu transfusão sanguínea? Em ☐ Aceita transfusão sanguínea em caso de emergência?

**Hábitos** *NEG*

- ☐ Tabagismo há ☐ cigarro ☐ etilismo ☐ drogas ilícitas, cite

**Prótese** ☒ Não ☐ Sim, cite

**EXAME FÍSICO**

Peso *81kg* Altura *170cm* PA *110x70* FC *70* NDN

- |                                                       |                                                            |                                    |                                                     |                                         |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Perda de peso em dieta?      | <input type="checkbox"/> Ictérico                          | <input type="checkbox"/> Cianótico | <input type="checkbox"/> Dispneico                  | <input type="checkbox"/> Estase jugular |
| <input type="checkbox"/> Desidratado                  | <input type="checkbox"/> Edema palpebral                   | <input type="checkbox"/> Anasarca  | <input type="checkbox"/> Ascite                     | <input type="checkbox"/> Paraplegia     |
| <input type="checkbox"/> Edema MMII                   | <input type="checkbox"/> Deformidade de coluna             |                                    | <input type="checkbox"/> Abertura da boca diminuída |                                         |
| <input type="checkbox"/> Varizes                      | <input type="checkbox"/> Massa na região mandibular        |                                    |                                                     |                                         |
| <input type="checkbox"/> Deformidade de Tórax         | <input type="checkbox"/> Distância esterno-mento < 12,5 cm |                                    |                                                     |                                         |
| <input type="checkbox"/> Massa na região cervical     | <input type="checkbox"/> Mitral                            | <input type="checkbox"/> pulmonar  | <input type="checkbox"/> aórtico                    | <input type="checkbox"/> triângulo      |
| <input type="checkbox"/> Mobilidade pescoço diminuída | <input type="checkbox"/> Sístole                           | <input type="checkbox"/> estertor  |                                                     |                                         |
| <input type="checkbox"/> bulhas arritmicas            | <input type="checkbox"/> Sístole                           | <input type="checkbox"/> estertor  |                                                     |                                         |
| <input type="checkbox"/> Hemitórax direito            | <input type="checkbox"/> Ronco                             |                                    |                                                     |                                         |
| <input type="checkbox"/> Hemitórax esquerdo           | <input type="checkbox"/> Ronco                             |                                    |                                                     |                                         |

**Para Crianças** ☐ NDN

- ☐ Criança prematura ☐ Criança desenvolvimento ☐ Tem outra doença, qual?

**Antecedentes familiares de:**

- ☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Coronariopatia ☐ Miopia ☐ Neuropatia ☐ Câncer, onde?

☐ Doença contagiosa, qual? ☐ Problemas de anestesia, qual?



Rua Barão de Maceió, 329 - Centro  
Maceió / Alagoas

Fones: (82) 3221-2321 / 3221-1352

## LER COM ATENÇÃO

### QUANTO A ALIMENTAÇÃO:

1-CIRURGIA MARCADA PELA MANHÃ FAZER A ÚLTIMA REFEIÇÃO (INCLUINDO SÓLIDOS E LÍQUIDOS) ANTES DA MEIA- NOITE DO DIA ANTERIOR.

2-CIRURGIA MARCADA PARA A TARDE; ALIMENTA-SE ATÉ SEIS HORAS DA MANHÃ (TORRADA, SUCO SEM LEITE OU CHÁ).

AS 09:00H TOMAR UM COPO COM ÁGUA DE COCO OU SUCO SEM LEITE (COADO).

OBS.:

1-TOMAR REMEDIO DA PRESSÃO NO DIA DA CIRURGIA;

2- NÃO CONSUMIR BEBIDAS ALCÓOLICAS E DIMINUIR USO DE CIGARRO 24 HORAS ANTES DA CIRURGIA;

3-REMOVER O ESMALTE DAS UNHAS, NO DIA ANTERIOR A CIRURGIA.



Rua Barão de Maceió, 29 - Centro  
Maceió / Alagoas  
Fones: (82) 3221-2321 / 3221-1352

**TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA  
ANESTESIA, SEDAÇÃO OU ACOMPANHAMENTO**

Paciente: **ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA**

Convênio: S.EXCELSIOR Atend: 01/03/2016

Setor/Leito: \_\_\_\_\_

1- Autorizo Dr.(a) \_\_\_\_\_ ou a outro anestesiolologista  
a realizar na minha pessoa, o seguinte procedimento.

Anestésico/sedação: Bloqueio Alveolar

2- A proposta do procedimento anestésico/sedação a que serei submetido (a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

3- Autorizo qualquer outro procedimento, exames tratamento e/ou cirurgia incluindo transfusão de sangue e Hemoderivados, e, situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

4- Documentação recebida:

☐ Não

☒ Sim

Qual: FOLHA DE CONSULTA

TERMO DE CONSENTIMENTO

Dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não Concordasse. Declaro ainda que recebi uma via deste termo de consentimento.

☒ PACIENTE

☐ RESPONSÁVEL

**PACIENTE / RESPONSÁVEL: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA**

Assinatura: X Adelson dos Santos Almeida

Parentesco: \_\_\_\_\_

Identidade: 31718663 SDS/AL

**Deve ser preenchido pelo Anestesiolologista**

Expliquei todo o procedimento anestésico/sedativo ao paciente acima identificado, ou ao seu responsável. Sobre os benefícios, risco e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De

Nome do Médico: Márcia C. Gonzaga  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM-AL 3145

Assinatura: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**Termo de acompanhante de paciente submetido a procedimentos ambulatoriais**

Eu, \_\_\_\_\_  
Identidade: \_\_\_\_\_ responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima.

Após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no SCMM, até sua residência

Maceió, \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**SANTA CASA**  
de Misericórdia de Maceió

## FORMULÁRIO DE I

Nome Paciente.: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Mãe.....: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA  
Nascimento.: 30/10/1987 Atend: 4181187  
Aviso: 204838 - 08/03/2016 atend.: 17/03/2016  
Unidade.Inf.: DAY CLINIC - 4.ANDAR  
Leito.....: EXTRA DAYCLINIC-08  
Convenio.....: AMIL Sexo.: Masculino  
Cirurgião.....: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA

fls. 67

Nome do paciente:

Data: 1703/16

Hora: 14:00

Atendimento:

Cirurgião: Dr Felipe do  
Santo

Procedimento:

Osteocondroplastia do cotovelo +  
Restabelecimento de fragmentos

### Materials Cirúrgicos:

|                                                                |                                                       |                                                      |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Caixa de laparotomia nº 01 | <input type="checkbox"/> Ataduras                     | <input type="checkbox"/> Perfurador ósseo pneumático |
| <input type="checkbox"/> Caixa de laparotomia nº 02            | <input type="checkbox"/> Septoplastia                 | <input type="checkbox"/> Perfurador ósseo com serra  |
| <input type="checkbox"/> Cateterismo                           | <input type="checkbox"/> Amidalectomia                | <input type="checkbox"/> Caixa tubos                 |
| <input type="checkbox"/> Antessepsia                           | <input type="checkbox"/> Caixa de micro laringe       | <input type="checkbox"/> Histerectomia               |
| <input type="checkbox"/> Safena                                | <input type="checkbox"/> Caixa básica de Ortopedia    | <input type="checkbox"/> Cesariana                   |
| <input type="checkbox"/> Compressas                            | <input type="checkbox"/> Caixa de pequenos fragmentos |                                                      |
| <input type="checkbox"/> Manoplas                              | <input type="checkbox"/> caixa de grandes fragmentos  |                                                      |

Outros:

ex elotico + trocater + bainha  
 ex de micropineos  
 ex de ortoscorp  
 ex de ortopedic  
 CX medic de. ortopedic

Indicador Químico

[illegible]

Observações:

|                     |                                          |                     |            |
|---------------------|------------------------------------------|---------------------|------------|
| Nome do paciente:   | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA               | Atendimento:        | 04181187   |
| Nome da mãe:        | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA           | Data de nascimento: | 30/10/1987 |
| Unid de internação: | DAY CLINIC - 4.ANDAR, EXTRA DAYCLINIC-08 |                     |            |

**Pré operatório (Unidades de internação, Emergência e UTI's).**

|                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Local: <input checked="" type="checkbox"/> Sede <input type="checkbox"/> HNSG <input type="checkbox"/> SCF <input type="checkbox"/> UORR <input type="checkbox"/> Hemodinâmica |
| Data: 17/03/2016 Hora: 12:23                                                                                                                                                   |
| Procedimento: OSTEOCONDROPLASTIA- ESTABILIZAÇÃO-RESSECÇÃO E OU PLASTIA                                                                                                         |
| Cirurgião: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA CRM: 5123                                                                                                                             |

|                |                                         |       |
|----------------|-----------------------------------------|-------|
| Jejum          | <input checked="" type="checkbox"/> Sim | Qual: |
| Data: 16/03/16 | <input type="checkbox"/> Não            |       |
| Hora: 21:30    | <input type="checkbox"/> Não se aplica  |       |

|                                                                                    |              |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Comorbidade: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não             | Outros: NEGA |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Nefropatia              |              |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Cardiopatia |              |

|                                                                                             |                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Isolamento de contato: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Obs.: Previamente comunicado ao CCG <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Avisado à:                                                                                  |                                                                                               |

|                                                                               |             |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Quais? NEGA |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------|

|                                                                                       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Sítio demarcado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não | Qual? |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------|

|                                                                                                                           |                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Lateralidade: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | <input checked="" type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                         |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tricotomia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica | Hora: <input type="checkbox"/> Ausência de Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Domiciliar |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reserva de sangue: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Reserva de UTI: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                             |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Exames complementares: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Quais? EXAMES DE LAB XEROX, ECG XEROX, RX ORIGINAL, RESSONANCIA ORIGINAL. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                              |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Termo de consentimento: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Obs.: |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|

|                     |                                          |                     |            |
|---------------------|------------------------------------------|---------------------|------------|
| Nome do paciente:   | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA               | Atendimento:        | 04181187   |
| Nome da mãe:        | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA           | Data de nascimento: | 30/10/1987 |
| Unid de internação: | DAY CLINIC - 4.ANDAR, EXTRA DAYCLINIC-08 |                     |            |

|                           |                                                                               |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Avaliação pré anestésica: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não Obs.: |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

|                                |                                                                               |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Retirada de próteses / Adornos | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não Obs.: |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

|                 |
|-----------------|
| Peso: 80.200 Kg |
|-----------------|

|                    |
|--------------------|
| Altura: 171-SIC Cm |
|--------------------|

|        |                                                                                                                                                                                                               |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Banho: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim ----> <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina degermante <input type="checkbox"/> Água / Sabão<br><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Leito |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                |    |        |
|----------------|----|--------|
| Sinais Vitais: | PA | 110X80 |
| Hora: 1228     | FC | 62     |
|                | FR | 18     |
|                | T  | 35.4   |

|                                                      |
|------------------------------------------------------|
| Técnico de enfermagem ou Enfermeiro(a)<br>MARIA JOSÉ |
|------------------------------------------------------|

**RECEPÇÃO DO PACIENTE NO CENTRO CIRURGICO GERAL**

|                                                  |
|--------------------------------------------------|
| Hora da chegada no Centro Cirúrgico Geral: 12:23 |
|--------------------------------------------------|

|                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conferência da política de identificação do paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Obs:                                                                                                                       |

|                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|
| Procedimento cirúrgico: OSTEOCONDROPLASTIA- ESTABILIZAÇÃO-RESSECÇÃO E OU PLASTIA |
|----------------------------------------------------------------------------------|

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| Cirurgião: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA CRM: 5123 |
|----------------------------------------------------|

|         |                                                                                                                                                   |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exames: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim Quais? EXAMES DE LAB XEROX, ECG XEROX, RX ORIGINAL, RESSONANCIA ORIGINAL.<br><input type="checkbox"/> Não |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                           |                                                                      |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Avaliação pré anestésico: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------|

|                         |                                                                      |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Termo de consentimento: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|

|           |                                                                                    |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Alergias: | <input type="checkbox"/> Sim Qual? NEGA<br><input checked="" type="checkbox"/> Não |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------|

|                  |                                                                               |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| Sítio demarcado: | <input type="checkbox"/> Sim Qual?<br><input checked="" type="checkbox"/> Não |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim -----> <input checked="" type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                     |                                          |                     |            |
|---------------------|------------------------------------------|---------------------|------------|
| Nome do paciente:   | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA               | Atendimento:        | 04181187   |
| Nome da mãe:        | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA           | Data de nascimento: | 30/10/1987 |
| Unid de internação: | DAY CLINIC - 4.ANDAR, EXTRA DAYCLINIC-08 |                     |            |

Lateralidade: ☐ Não ☐ Não se aplica

Sangue confirmado: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não se aplica

Reserva de UTI: ☐ Sim ☒ Não ☐ Não se aplica

Peso: 80,200 Kg

Altura: 171-SIC Cm

|                |    |        |
|----------------|----|--------|
| Sinais Vitais: | PA | 110X80 |
| Hora: 12:28    | FC | 62     |
|                | FR | 18     |
|                | T  | 35.4   |

Hora do encaminhamento para sala de cirurgia: 12:30

Técnico de enfermagem ou Enfermeiro(a)  
MARIA JOSÉ.

SALA CIRÚRGICA: 13

Hora da chegada na sala cirúrgica: 12;40

Conferência da política de identificação do paciente: ☒ Sim ☐ Não

Procedimento cirúrgico: OSTEOCONDROPLASTIA DO COTOVELO MAIS RESSECAO

Cirurgião: DR.FELIPE DOS SANTOS

Anestesiologista: SR.JADIELSON

Instrumentador: WANDERSON

Circulante: TELMA

Enfermeiro(a): JESUA

Exames de imagem disponíveis? ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se aplica

Lateralidade: ☒ Direita ☐ Esquerda

☒ Sim ☐ Não Obs: MSD COTOVELO

|                     |                                          |                     |            |
|---------------------|------------------------------------------|---------------------|------------|
| Nome do paciente:   | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA               | Atendimento:        | 04181187   |
| Nome da mãe:        | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA           | Data de nascimento: | 30/10/1987 |
| Unid de internação: | DAY CLINIC - 4.ANDAR, EXTRA DAYCLINIC-08 |                     |            |

☐ Não se aplica

|                  |                                                                                            |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sítio demarcado: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não Qual? MSD COTOVELO |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

|                |                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo anestesia | <input type="checkbox"/> Raqui <input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Geral <input type="checkbox"/> Local <input checked="" type="checkbox"/> Sedação <input checked="" type="checkbox"/> Bloqueio de plexo |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                      |                                                                                                                        |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Equipamentos disponíveis e checados: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não Qual? MONNITOR,CARRO DE BISTURI CARRO DE VEDEO |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                             |             |           |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------|------------------|
| Antibiótico profilático:                                                                                    | Hora: 13;10 | Dose: 02G | Qual: CEFAZOLINA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |             |           |                  |
| Repique:                                                                                                    | Hora:       | Dose:     |                  |
| <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |             |           |                  |
| Antibiótico terapêutico:                                                                                    | Hora:       | Dose:     | Qual:            |
| <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica |             |           |                  |

|       |                                                                                                                   |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OPME: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não se aplica |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                        |
|------------------------|
| Hora da incisão: 14;30 |
|------------------------|

|                                        |
|----------------------------------------|
| Contagem de instrumentais na mesa: 147 |
|----------------------------------------|

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| Número de instrumentais antes da incisão: 147 |
|-----------------------------------------------|

|                                              |
|----------------------------------------------|
| Número de instrumentais antes da sutura: 147 |
|----------------------------------------------|

|                                                    |
|----------------------------------------------------|
| Contagem de pérfuro cortantes antes da incisão: 05 |
|----------------------------------------------------|

|                                                   |
|---------------------------------------------------|
| Contagem de perfuro cortantes antes da sutura: 05 |
|---------------------------------------------------|

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| Contagem de compressas cirúrgicas antes da incisão: 02PACTS |
|-------------------------------------------------------------|

|                                                                |
|----------------------------------------------------------------|
| Contagem de compressas cirúrgicas antes da sutura: 10 UNIDADES |
|----------------------------------------------------------------|

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| Contagem de gazes descartáveis antes da incisão: 05 PACTES |
|------------------------------------------------------------|

|                                                             |
|-------------------------------------------------------------|
| Contagem de gazes descartáveis antes da sutura: 25 UNIDADES |
|-------------------------------------------------------------|

|                   |                                                                                                                                         |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Placa de Bisturi: | <input type="checkbox"/> Sim Local: MIE PANTORILHA<br><input checked="" type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não se aplica |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                           |                                                                                   |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de placa de bisturi: | <input type="checkbox"/> Descartável<br><input checked="" type="checkbox"/> Metal |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Hora do gorrote: | Início: 14;25 |
|------------------|---------------|

|                     |                                          |                     |            |
|---------------------|------------------------------------------|---------------------|------------|
| Nome do paciente:   | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA               | Atendimento:        | 04181187   |
| Nome da mãe:        | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA           | Data de nascimento: | 30/10/1987 |
| Unid de internação: | DAY CLINIC - 4.ANDAR, EXTRA DAYCLINIC-08 |                     |            |

Fim: 16:00

|                      |                                                                                                                    |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hora da antissepsia: | 14:20                                                                                                              |
| Qual:                | <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina<br><input type="checkbox"/> PVPI<br><input type="checkbox"/> IOBAN |

|                |                                                                                                                   |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Manta térmica: | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não se aplica |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                    |                                                                                                                   |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Meias pneumáticas: | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não se aplica |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                    |                                                                                                                   |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Peça cirúrgica:    | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não se aplica |
| Qual?              | <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Anatomopatológico                                       |
| Nº de peças:       |                                                                                                                   |
| Peça identificada: | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não                                           |
| Congelação:        | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não se aplica |

|             |                                                                                                                                                                                                     |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ventilação: | <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Cateter nasal <input type="checkbox"/> Máscara facial<br><input type="checkbox"/> Ambú <input type="checkbox"/> Respirador |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|      |                                                                         |                                                     |
|------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| SVD: | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não | Nº da sonda:<br>Passado por:<br>Volume do balão: ml |
|------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|

|                            |                                                                         |         |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------|
| SNG<br>SNE<br>Gastrostomia | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não | Débito: |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------|

|         |                                                                         |                     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Drenos: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Quais: PENROSE N 01 |
|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|

|                            |                                                                         |                                                                                                                                                       |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cateter Venoso Periférico: | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | Nº do cateter: 18<br>Membro puncionado: <input type="checkbox"/> MSD <input checked="" type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> Jugular Externa |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                         |                                                                         |                                                                                       |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Cateter Venoso Central: | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: <input type="checkbox"/> Subclávia<br><input type="checkbox"/> Jugular interna |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|

|          |                                                                                                                   |                                       |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Curativo | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Não se aplica | Local: MSD<br>Tipo: TRANSPORE/ATADURA |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|

|                     |                                          |                     |            |
|---------------------|------------------------------------------|---------------------|------------|
| Nome do paciente:   | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA               | Atendimento:        | 04181187   |
| Nome da mãe:        | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA           | Data de nascimento: | 30/10/1987 |
| Unid de internação: | DAY CLINIC - 4.ANDAR, EXTRA DAYCLINIC-08 |                     |            |

|                 |                                         |                 |
|-----------------|-----------------------------------------|-----------------|
| Droga vasoativa | <input type="checkbox"/> Sim            | Qual?<br>Vazão: |
|                 | <input checked="" type="checkbox"/> Não |                 |
|                 | <input type="checkbox"/> Não se aplica  |                 |

|                |         |
|----------------|---------|
| Extracorpóreo: | Início: |
|                | Termo:  |

|               |                                                                                             |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dispositivos: | <input type="checkbox"/> Marcapasso provisório                                              |
|               | <input type="checkbox"/> Balão intra-aórtico <input type="checkbox"/> Pressão Intracraniana |

|      |                                                                    |
|------|--------------------------------------------------------------------|
| PAM: | <input type="checkbox"/> Punção <input type="checkbox"/> Dissecção |
|      | Local:                                                             |

**Medicamentos administrados em sala:**

| Medicamentos: | Hora: | Administrado por: |
|---------------|-------|-------------------|
| DIPIRONA      | 15;00 | DR.JADIELSON      |
| DEXAMETAZONA  | 15;00 | DR.JADIELSON      |
| BEXTRA        | 15;00 | DR.JADIELSON      |
|               |       |                   |
|               |       |                   |

|                |    |        |
|----------------|----|--------|
| Sinais Vitais: | PA | 161/75 |
|                | FC | 57     |
|                | FR | 12     |
|                | T  |        |

|           |     |
|-----------|-----|
| Saturação | 100 |
|-----------|-----|

Hora do término da cirurgia: 16;00

Intercorrências na sala com paciente: ☒ Não   ☐ Sim   Quais?

|                      |                                         |
|----------------------|-----------------------------------------|
| Encaminhamento para: | <input type="checkbox"/> UTI   Qual?    |
|                      | <input checked="" type="checkbox"/> RPA |
|                      | Hora da transferência:                  |

RPA

**REGISTRO PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO - SRPA**

| HORA  | T    | P  | R  | PA     | DOR | O2  | CONTROLE HÍDRICO |    |      |         |     |      |  | Drenos | Assinatura |
|-------|------|----|----|--------|-----|-----|------------------|----|------|---------|-----|------|--|--------|------------|
|       |      |    |    |        |     |     | EV               | VO | SANG | DIURESE | SNG | EVAC |  |        |            |
| 16:20 | 34.2 | 67 | 18 | 180X75 |     | 94% |                  |    |      |         |     |      |  |        |            |
| 16:35 | 34.4 | 63 | 21 | 177X74 |     | 93% |                  |    |      |         |     |      |  |        |            |
| 16:50 | 35.0 | 60 | 18 | 155X65 |     | 93% |                  |    |      |         |     |      |  |        |            |

|                     |                                          |                     |            |
|---------------------|------------------------------------------|---------------------|------------|
| Nome do paciente:   | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA               | Atendimento:        | 04181187   |
| Nome da mãe:        | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA           | Data de nascimento: | 30/10/1987 |
| Unid de internação: | DAY CLINIC - 4.ANDAR, EXTRA DAYCLINIC-08 |                     |            |

|       |      |    |    |            |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|------|----|----|------------|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 17:20 | 36.1 | 63 | 18 | 152X6<br>6 | 99% |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |      |    |    |            |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |      |    |    |            |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       |      |    |    |            |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |      |    |    |            |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| ESCALA DE ALDRETE KROULINK |         |   |       |
|----------------------------|---------|---|-------|
|                            | ENTRADA |   | SAÍDA |
| Ativ.Muscular              |         | 1 | 2     |
| Respiração                 |         | 2 | 2     |
| Circulação                 |         | 1 | 2     |
| Consciência                |         | 2 | 2     |
| Oximetria                  |         | 1 | 2     |
| <b>Total</b>               |         | 7 | 10    |

- 2 - Movimenta os quatro membros
- 1 - Movimenta dois membros
- 0 - É incapaz de mover membros
- 2 - Respira profundo e tosse
- 1 - Dispneia ou respiração limitada
- 0 - Apnéia
- 2 - PA 20% do nível pré anestésico
- 1 - PA 20 a 49% do nível pré anestésico
- 0 - PA 50% do nível pré-anestésico
- 2 - Desperto
- 1 - Desperto ao chamar
- 0 - Não responde ao chamar
- 2 - > 92% em ar ambiente
- 1 - > 90% com oxigênio
- 0 - < 90% com oxigênio

| ESCALA DE INTENSIDADE DE DOR        |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| LEVE                                |                          |                          | MODERADA                 |                          |                          |                          | INTENSA                  |                          |                          |                          |
| 0                                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
|                                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ESCALA DE BROMAGE                    | GRAU DE BLOQUEIO |
|--------------------------------------|------------------|
| Flexão completa de joelho e pé       | IV - NENHUM      |
| Capaz de pequena flexão dos joelhos  | III - PARCIAL    |
| Capaz de movimentos somente dos pés  | II - INCOMPLETO  |
| Incapaz de movimentar joelhos ou pés | I - COMPLETO     |

GRAU DO BLOQUEIO

Entrada:

Saída:

|                     |                                          |                     |            |
|---------------------|------------------------------------------|---------------------|------------|
| Nome do paciente:   | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA               | Atendimento:        | 04181187   |
| Nome da mãe:        | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA           | Data de nascimento: | 30/10/1987 |
| Unid de internação: | DAY CLINIC - 4.ANDAR, EXTRA DAYCLINIC-08 |                     |            |

Grau:

Grau:

**REGISTRO DE ENFERMAGEM / INTERCORRÊNCIAS**

Enfermagem / Téc. de enf: **COREN/AL:**

**RESUMO DE ALTA:**

☒ Exames   ☒ Prescrição Médica   ☒ Internamento   ☒ Relatório de cirurgia, Ficha de Anestesia, Histórico de Enfermagem.

**EXAMES ENCAMINHADOS PARA UNIDADES:**

☒ ECG   ☐ USG   ☐ ECO   ☒ RAIO X   ☐ TOMOGRAFIA   ☒ RESSONÂNCIA   ☒ EXAMES LABORATORIAIS  
☐ OUTROS:

**ANESTESIOLOGISTA / CRM:**

**PACIENTE TRANSFERIDO PARA: DAY CLINIC AS : 17:35 horas.**

Nome Paciente: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Mãe: MARIA JOAQUINA DOS SANTOS ALMEIDA  
Nascimento: 30/10/1987 Atend: 4181187  
Aviso: 204838 - 08/03/2016 atend: 17/03/2016  
Unidade Int.: DAY CLINIC - 4. ANDAR  
Leito: EXTRA DAYCLINIC-08  
Convenio: AMIL Sexo: Masculino  
Cirurgião: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCUA

**REGISTRO PÓS-OPERATÓRIO IV**

| Hora:  | T    | P  | R  | PA     | PVC | SAT. O2 | EV | VO | SANG | DIURESE | SNG | EVAC | DRENOS | ASINATURA |
|--------|------|----|----|--------|-----|---------|----|----|------|---------|-----|------|--------|-----------|
| 16:20  | 34.6 | 7  | 18 | 180x75 | 94% |         |    |    |      |         |     |      |        |           |
| 16:35  | 34.4 | 6  | 21 | 177x74 | 93% |         |    |    |      |         |     |      |        |           |
| 16:50  | 35.0 | 60 | 18 | 155x65 | 93% |         |    |    |      |         |     |      |        |           |
| 17:20  | 36.1 | 63 | 18 | 152x66 | 99% |         |    |    |      |         |     |      |        |           |
| TOTAL: |      |    |    |        |     |         |    |    |      |         |     |      |        |           |

| ESCALA DE ALDRETE-KROULIK |         |   |       |   |
|---------------------------|---------|---|-------|---|
|                           | ENTRADA |   | SAÍDA |   |
| Ativ. Muscular            | 0       | 1 | 0     | 2 |
| Respiração                | 0       | 2 | 0     | 2 |
| Circulação                | 0       | 1 | 0     | 2 |
| Coscência                 | 0       | 2 | 0     | 2 |
| Oximetria                 | 0       | 1 | 0     | 2 |
| TOTAL:                    | 0       | 7 | 1     | 0 |

- 2 - Movimenta os quatro membros  
1 - Movimenta dois membros  
0 - É incapaz de mover os membros
- 2 - Respira profundo e tosse  
1 - Dispneia ou respiração limitada  
0 - Apnéia
- 2 - PA 20% do nível pré-anestésico  
1 - PA 20 a 49% do nível pré-anestésico  
0 - PA 50% do nível pré-anestésico
- 2 - Desperto  
1 - Desperto ao chamar  
0 - Não responde ao chamar
- 2 - > 92% em ar ambiente  
1 - > 90% com oxigênio  
0 - < 90% com oxigênio

**ESCALA VISUAL NUMÉRICA DE DOR**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**CLASSIFICAÇÃO DA DOR**

Zero (0) - Ausência de dor  
Um a Três (1 a 3) - Dor de fraca intensidade  
Quatro a Seis (4 a 6) - Dor de intensidade moderada  
Sete a Nove (7 a 9) - Dor de forte intensidade  
Dez (10) - Dor de intensidade insuportável

Total:

CLASSIFICAÇÃO:

**ESCALA DE BROMAGE**

Flexão completa de joelho e pés  
Capaz de pequena flexão dos joelhos  
Capaz de movimentos somente dos pés  
Incapaz de movimentar joelhos ou pés

GRAU DO BLOQUEIO

**GRAU DE BLOQUEIO**

IV - NENHUM  
III - PARCIAL  
II - INCOMPLETO  
I - COMPLETO

ENTRADA: : h

GRAU:

SAÍDA: : h

GRAU:

**Medicações Administradas:**

☐ Hidrocortizona.....mg : h ☐ Tramadol .....mg : h ☐ Dipirona .....mg : h ☐ Plasil .....mg : h  
☐ Outros : : h

**REGISTRO DE ENFERMAGEM:**

paciente em pós de videoscopia de  
cotovelo P/retirada de fragmento osso do PVP no  
MSE, verificando SVV; ligam. ant. e pos. -

Enfermeiro / Téc de Enf.:

COREN/AL:

**RESUMO DE ALTA:**

☐ Exames ☐ Prescrição Médica ☐ Internamento ☐ Outros:

Exames Encaminhados para Unidades:

☐ ECG ☐ USG ☐ ECO ☐ RAIO X ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA ☐ EXAME LABORATORIAL  
☐ Outros:

ANESTESIOLOGISTA / CRM:

RECEBIDO POR:

UNIDADE:

As 17 35 h

## Instrumentos de Avaliação e conferência de Guias

Atendimento: 4181187 Conta: 293643  
 Período: 17,03 a 18,03

## Informações Gerais

Aut Inicial: ☐ Sim ☐ Não se Aplica

## Prorrogações Diárias

Prorrogações: ☐ Sim ☐ Não se Aplica

Sol. ao Andar/Med? ☐ Sim ☐ Não se Aplica

Autorizado Dias: ☐ Sim ☐ Não se Aplica

## Prorrogação de Procedimento

Procedimento: ☐ Sim ☐ Não se Aplica

Sol. ao Andar/Med? ☐ Sim ☐ Não se Aplica

Sol. ao Convênio? ☐ Sim ☐ Não se Aplica

Autorizado Proc.: ☐ Sim ☐ Não se Aplica

## Prorrogação de OPME

OPME: ☐ Sim ☐ Não se Aplica

Sol. ao Andar/Med? ☐ Sim ☐ Não se Aplica

Sol. ao Convênio? ☐ Sim ☐ Não se Aplica

Autorizado OPME: ☐ Sim ☐ Não se Aplica

## Envio de Guias

Santacoop

☒ Sim ☐ N/A

## Envio de Guias Auditoria

Inicial Prorrog. OPME Proced.

☒ ☐ ☐ ☐

Obs.:

Ass. Operador(a) Responsável pelo Preenchimento



# AUDITORIA HOSPITALAR - consenso

Atendimento: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_ Convenio: \_\_\_\_\_

Período da conta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DIARIAS – TAXAS – MATERIAIS – MEDICAMENTOS – EXAMES COMPLEMENTARES

CCG

Perfurador (+1)

~~Faus~~ Diapir

Consenso:

AUDITOR INTERNO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

AUDITOR EXTERNO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_



Nome .....: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA Pront: 172203 OS115 150251  
 DN: 30/10/87 RG: 317185-3  
 Convênio .....: AMIL / EXTRA MACEIÓ 676  
 Setor.....: RESSONÂNCIA  
 Solicitante.....: Dr(a) FELIPE DOS S PORCIUNCULA

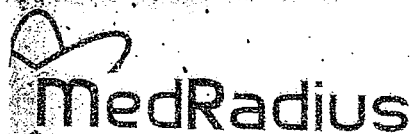
### RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO DIREITO

#### TÉCNICA:

Exame realizado pela técnica fast spin echo, obtendo-se seqüências ponderadas em T1 e em T2 com supressão de gordura, em aquisições multiplanares, sem a administração endovenosa do meio de contraste paramagnético.

#### ANÁLISE:

Edema do trabeculado ósseo do rádio proximal, notando-se pequena área focal de irregularidade e depressão dos contornos da cortical óssea em suas porções mais anteriores e mediais.  
 Discreto edema do trabeculado ósseo do capitulo.  
 Discreto edema do trabeculado ósseo no processo coronóide, com formação osteofitária estendendo-se anteriormente.  
 Há pequena redução do espaço articular rádio-umeral.  
 Moderado derrame articular.  
 Projetado nas porções mais posteriores e laterais da articulação entre o úmero e a ulna, nota-se pequena imagem ovalada de baixo sinal nas seqüências utilizadas, que mede aproximadamente 0.5 cm.  
 Demais estruturas ósseas preservadas, com intensidade de sinal habitual.  
 As relações articulares estão mantidas.  
 Tendão comum dos extensores com espessura habitual e focos de heterogeneidade de sinal de suas fibras.  
 Tendão comum dos flexores tem espessura e intensidade de sinal habitual.  
 Os tendões do bíceps braquial, tríceps braquial e do braquial tem espessura e intensidade de sinal habitual.  
 Os planos musculares e adiposos não demonstram alterações significativas, pelo presente método de imagem.



Clinica de Medicina Nuclear  
e Radiologia de Maceió S/S Ltda.

Nome .....: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA Pront: 172203 OS115 150251  
DN: 30/10/87 RG:31718663  
Convênio .....: AMIL / EXTRA MACEIÓ 676  
Setor.....: RESSONÂNCIA  
Solicitante.....: Dr(a) FELIPE DOS S PORCIUNCULA

### CONCLUSÃO:

Sequela de fratura com pequena depressão óssea nas porções mais anteriores da cabeça do rádio.  
Formação osteofitária anterior no processo coronóide.  
Pequena redução do espaço articular rádio-umeral.  
Derrame articular.  
Imagem ovalada projetada junto as porções posteriores e laterais da articulação entre o úmero e a ulna; podendo corresponder a pequeno fragmento condral ou pequeno fragmento ósseo.  
Epicondilose lateral incipiente.

*Exame documentado em 6 filmes e 1 CD.*

Maceió, 23/12/2015

Dra. CHRISTIANA MARIA NOBRE ROCHA DE MIRANDA  
CRM/AL 4523

Revisado por:

Dra. MARCELA PEREIRA CORREIA DAS NEVES  
CRM/AL 5029

Caro Dr(a), Dr(a) FELIPE DOS S PORCIUNCULA

Agradecemos seu encaminhamento e estamos a disposição para quaisquer outros esclarecimentos, pelo telefone: (82 4009-0201).

Recepção 1 - Rua Hugo Correia Paes, 104 - Gruta de Lourdes - Maceió - Alagoas - CEP: 57.050-730

Recepção 2 - Rua Oséas Tenório, 147 - Gruta de Lourdes - Maceió - Alagoas - CEP: 57.050-710

Recepção 3 - Rua Sebastião da Hora, 150 - Gruta de Lourdes - Maceió - Alagoas - CEP: 57.052-825

Fones: (82) 4009-0061 - Fax (82) 4009-0911

208020001.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por WAGNER VELOSO MARTINS e www2.tjal.jus. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjal.jus.br/nastadigital/nd/ahbrConferenciaDocumento.do.



PRESCRIÇÃO.: 5610707 DATA: 31/07/2015 14:20

USUÁRIO..... FELIPE\_5123

ATENDIMENTO: 3843453 DT NASC: 30/10/1987 (27A 9M 1D)

CONVÊNIO.... EXCELSIOR

PACIENTE..... 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:

INTERNAÇÃO.: 31/07/2015 13:43 0 DIAS(S) INT

MÉDICO..... FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA SERVIÇO: ORTOPEDIA

UNID. INT.: EMERGENCIA 24 HS LEITO.: COBERTURA:

CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO.../

DIAGNÓSTICO:

PROTOCOLO..:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do Responsável

## EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERIO COLISÃO MOTOP-CARRO HÁ 3 DIAS, NEGA DESMAIO, VÔMITOS OU PERDA DA CONSCIÊNCIA, REFRIU USO DE CAPACETE. NEGA DOENÇAS OU ALERGIAS.

BEG, CONSCIENTE.

EXT = DOR À PALPAÇÃO, ADM LIMITADA SEM DEFICITS NEUROVASCULARES.

H.D.: FRATURA DE CABEÇA DO RÁDIO.

COND.: RETORNO EM 1 SEM PARA RETIRAR TALA + REPETIR RX DE COTOVELO AP, P E OBLÍQ



MÉDICO

## TAXAS DE SERVICOS

|                              | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Datas/Horários |
|------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|----------------|
| 1                            |     |         |    |     |            |                |
| CONSULTA MEDICA (EMERGENCIA) | 1   |         |    |     |            |                |

Felipe dos S. Porciuncula  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM AL 5123 RQE 3029

FELIPE DOS SANTOS  
PORCIUNCULA  
CRM 5123



MV: 588310  
 PROTOCOLO: 142514

Documentação necessária para internação: Documento de identificação, carteira do convênio, guia de internação, termo de consentimento cirúrgico, avaliação pré-anestésica, exames originais, cópia dos exames. **OBS: Cirurgias eletivas sem OPME tem o prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis. Cirurgias eletivas com OPME tem o prazo mínimo de 10 (dez) dias úteis. (A partir de 24 horas após a entrega da guia). Prazo total para autorização: 21 (vinte e um) dias úteis. Horários para informações sobre autorização eletivas de segunda a quinta das 13:00 às 17:00 e nas sextas das 13: às 16:00.**

[Assinatura]  
 Paciente/Responsável

[Assinatura]  
 Recepção



Protocolo:

Data: 13/02/16 às 20:57

Avaliação: SIM NÃO

Termo: SIM NÃO

Cirurgia 02103,16

Telefones: 9955-4820

Telefones: 98866560

Contatos:

2123-6212 / 2123-6264

2123-6811 / 2123-6781

2123-6239

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE  
 SECRETARIA NACIONAL DE SAÚDE

NOME: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 51718663 / SDS / RJ

CPF: 059.473.344-88 DATA NASCIMENTO: 30/10/1987

FILIAÇÃO: ADELMO DE ALMEIDA  
 MARTA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB. AB

Nº REGISTRO: 03967474276 VALIDADE: 01/09/2019 HABILITAÇÃO: 08/11/2006

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 874290827

NOME: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Marca Dáctil: 84482833-0

Operadora: EXCELSIOR

Plano: EXTRA MACEIO

EXTRA AL APTO SEM PARTO ODONTO

Inclusão: 07/03/2012 Nascimento: 30/10/1987

Segmentação: Ambulatorial Hospitalar sem Obstetrícia

Registro de Operador ANS: 411051

Nome Titular: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Nome de Contratação: PF INDIVIDUAL

Acumulação: Individual

Fator Moderador: NÃO

Arranjo de Gerência: Municipal

Informações e Solicitações: SAC 8004-1000 Deficiente Audit 0800-021-1002

ANS - nº 41105-1

ZeloCard (21) 2117-2050

|                                                                                  |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Paciente:</b> ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA                                      | <b>Atendimento:</b> 04181187 |
| <b>Médico:</b> FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA                                     | <b>Convênio:</b> AMIL        |
| <b>Responsável:</b> THALITA SOUTO DOS SANTOS                                     | <b>CPF:</b> 05947334488      |
| <b>Grau de parentesco:</b> ESPOSO(A)                                             | <b>Telefone:</b> 988866560   |
| <b>Endereço:</b> AVENIDA WALTER ANANIAS - ATE 509/510 596, JARAGUA - MACEIO / AL |                              |

O PACIENTE, devidamente identificado(a) acima, por si ou por seu responsável, mediante informações fornecidas pela SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 12.307.187/0001-50, registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) sob o nº. 2007037, com sede na Rua Barão de Maceió - 288, Centro, Maceió - Alagoas, DECLARA, para os devidos fins que:

### 1) COM RELAÇÃO AO PAGAMENTO DE DESPESAS MÉDICAS/HOSPITALARES:

1.1.) Que assume, plena, total e irrestrita responsabilidade pelo pagamento, à SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, das despesas geradas em virtude dos procedimentos realizados na assistência à saúde do(a) PACIENTE, adotados pela Instituição Hospitalar e/ou seu corpo médico e/ou corpo de enfermagem.

São exemplos de despesas não cobertas ou não autorizadas pelos Planos de Saúde:

- Alimentação de acompanhantes** (desde que os pacientes não sejam menores de 18 anos, ou maior de 60 anos, ou portadores de necessidades especiais ou quando não autorizado previamente pelo plano de saúde);
- Diária excedentes após alta médica;**
- Ligações telefônicas;**
- Translados de ambulância;**
- Despesas com Materiais, Medicamentos e OPME (Órteses e Próteses e Materiais Especiais);**
- Diferença de acomodação superior;**
- Diárias, taxas e exames (não autorizados).**

1.2.) Que autoriza todos os procedimentos médicos/hospitalares cuja adoção seja necessária para o devido atendimento e assistência à saúde do(a) PACIENTE;

1.3.) Que quando o PACIENTE for representado pelo responsável, este último assume a responsabilidade pelo pagamento do atendimento e tratamento do PACIENTE na qualidade de FIADOR E PRINCIPAL PAGADOR SOLIDÁRIO E ILIMITADAMENTE RESPONSÁVEL, por todas as obrigações assumidas nesse documento, até a efetiva alta do PACIENTE, QUE SOMENTE SERÁ ENTENDIDA COMO CONCRETIZADA COM A SAÍDA DESTES DAS DEPENDÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ;

1.4.) Que, na qualidade de fiador e principal pagador, o responsável RENÚNCIA EXPRESSAMENTE, ao benefício de ordem de preferência na execução, consoante o artigo 828 do código Civil Brasileiro;

1.5.) Que, na qualidade de fiador e principal pagador, o responsável se obriga a efetuar, semanalmente, contra recibo, os pagamentos das despesas realizadas com o PACIENTE no período imediatamente anterior, ato imediato à apresentação das mesmas pela tesouraria da SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE MACEIÓ, independentemente da caução oferecida por ocasião da internação do PACIENTE.

### 2) EM RELAÇÃO A NÃO COBERTURA DO SERVIÇO UROLÓGICO PELOS PLANOS DE SAÚDE:

2.1.) Que tem ciência de que os planos de saúde conveniados a Santa Casa de Misericórdia de Maceió não cobrem os atendimentos dos Médicos Urologistas, com exceção do plano de saúde Unimed. Foi informado(a) ainda, que, se durante a internação do(a) PACIENTE houver alguma intercorrência nesta especialidade, os honorários médicos serão acertados diretamente com o Profissional Urologista, sem qualquer intermediação do Hospital.

☐ Não se aplica (Paciente convênio UNIMED)

### 3) EM RELAÇÃO AO CONHECIMENTO E CONCESSÃO DE AUTORIZAÇÃO DO TESTE NAT:

3.1.) Que foi informado(a) da importância da realização do exame para o Teste NAT nas bolsas destinadas à transfusão de sangue, implantado e realizado pelo Serviço de Hemoterapia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió;

3.2.) Que tem ciência de que este método traz maior segurança para as transfusões sanguíneas, tendo em vista que o tempo entre a infecção viral e a capacidade de detecção do Teste diminui de 22 (vinte e dois) para 11 (onze) dias,

|                                                                                  |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>Paciente:</b> ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA                                      | <b>Atendimento:</b> 04181187 |
| <b>Médico:</b> FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA                                     | <b>Convênio:</b> AMIL        |
| <b>Responsável:</b> THALITA SOUTO DOS SANTOS                                     | <b>CPF:</b> 05947334488      |
| <b>Grau de parentesco:</b> ESPOSO(A)                                             | <b>Telefone:</b> 988866560   |
| <b>Endereço:</b> AVENIDA WALTER ANANIAS - ATE 509/510 596, JARAGUA - MACEIO / AL |                              |

nos casos de HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), e de 70 (setenta) para 22 (vinte e dois) dias, nos casos de HCV (Vírus da hepatite C).

3.3.) Que tem ciência de que a Santa Casa de Misericórdia de Maceió está realizando o Teste NAT para garantir mais segurança nas transfusões sanguíneas de seus pacientes, haja vista que esse teste é muito mais eficiente do que o teste ELISA, com rigoroso controle de qualidade, para que não exista possibilidade de ser realizada transfusão de sangue contaminado aos pacientes da Instituição Hospitalar. Tendo ciência que o mencionado teste ELISA possui margem de erro em razão da percepção tardia nas bolsas doadas em nível de anticorpos indetectáveis pelos testes tradicionais, podendo ocorrer o "falso negativo". Desse modo, após os devidos esclarecimentos, reconheço que o Teste NAT é mais seguro e eficiente na realização no tratamento do PACIENTE.

3.4.) Que foi devidamente informado que a operadora de saúde do PACIENTE não autorizou a inclusão do teste NAT no rol dos procedimentos cobertos pelo plano, e que o custo do procedimento por componentes hemoterápicos para a realização de forma particular é de R\$ 413,00 (Quatrocentos e treze reais).

☒ Não se aplica.

☐ Autoriza a realização do Teste NAT de forma particular.

☐ Não autoriza a realização do Teste NAT de forma particular.

#### 4) EM RELAÇÃO AO RECEBIMENTO DO GUIA DE ORIENTAÇÃO:

4.1.) Que atesta o recebimento do Guia de Orientação ao Paciente, no ato de internamento, tendo tomado ciência de todas as diretrizes e normas da Santa Casa de Misericórdia de Maceió.

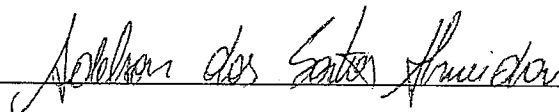
#### 5) EM RELAÇÃO A COBRANÇA DE DIÁRIAS:

5.1.) Que tem ciência que nos casos de transferência do PACIENTE para UTI (Unidade de Terapia Intensiva), os ocupantes deverão liberar o apartamento ou enfermaria dentro de período máximo de 01 (uma) hora, para fins de evitar cobrança de diárias extras;

5.2.) Que foi informado(a) que após a alta prescrita pelo médico, o(a) PACIENTE deverá desocupar o apartamento ou enfermaria no período máximo de 01 (uma) hora, tendo ciência de que após esse período será cobrada uma nova diária (não coberta pelo plano conveniado), e seus custos passarão a ser de responsabilidade do(a) PACIENTE;

5.3.) Que foi informado(a) que as diárias excedentes serão cobradas por hora indivisível no valor de R\$ 100,00 (cem reais).

Por fim, assina este instrumento de declaração em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um só efeito, fazendo tudo por bom, firme e valioso, em qualquer tempo e lugar, por si e por seus sucessores e qualquer título, respondendo, ainda, pela veracidade e legalidade dos atos aqui praticados.



Paciente: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA - CPF: 05947334488

Responsável: THALITA SOUTO DOS SANTOS - CPF: 05790550436

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O(S) SEGUINTE(S) PROCEDIMENTO(S):  
Ata de cirurgia de abdômen

DECLARANTE:

Nome: Adelson da Silva Almeida

Identidade nº: \_\_\_\_\_

☒ Paciente ( ) Responsável ou Representante Legal Idade: \_\_\_\_\_

Obs.: No caso do declarante não ser o paciente, preencher os dados do paciente no espaço abaixo:

PACIENTE:

Nome: \_\_\_\_\_

Identidade nº: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_

No caso de envolver literalidade, especificar: Direito ( ) Esquerdo ( ) Bilateral ( ) indicado pelo(a) médico(a) / cirurgião(a)-dentista Dr(a).  
Felipe Brumado após ter sido informado(a) do resultado das avaliações e exames que revelam as seguintes alterações e/ou diagnóstico(s): Fibrose do fígado de etiologia crônica e fígado de cirrose

1. Declaro que o(a) Dr(a). Felipe Brumado CRM 5123 informou-me que, tendo em vista o diagnóstico (ou a suspeita diagnóstica) de Fibrose do fígado de etiologia crônica, será conveniente e indicado o procedimento acima especificado.

2. A proposta do procedimento que será realizado, e seus benefícios me foram claramente explicados, assim como os riscos e complicações potenciais, especialmente os seguintes: doença renal, hipertensão, diabetes, problemas de fígado de etiologia crônica

3. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e quando as fiz, obtive respostas de maneira adequada e satisfatória. Entendo que não exista garantia absoluta para os resultados a serem obtidos.

4. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer durante a presente cirurgia e que necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

5. Assim declaro agora que estou satisfeito (a) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do procedimento. Por tal razão, e nestas condições. Dou o meu consentimento para que o mesmo seja realizado.

6. Também entendi que a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação poderei revogar este consentimento, antes que o procedimento se realize.

7. Autorizo a divulgação das informações médicas contidas em meu prontuário, exclusivamente para finalidade científica da Instituição, desde que minha identidade permaneça anônima.

8. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente durante o procedimento realizado seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico e terapêutico, bem como para propósitos científicos ou educacionais.

9. Autorizo a realização de filmagens/ fotografias e, caso necessário, a veiculação das referidas imagens para fins científicos. Estou ciente também, que tais procedimentos serão realizados por profissionais indicados pelo (a) meu (minha) médico (a) / cirurgião (ã)-dentista, sem qualquer ônus financeiro presente ou futuro, assegurando o pleno sigilo de minha identidade.

10. Estou ciente que posso solicitar esclarecimentos das dúvidas que possam surgir em qualquer fase do tratamento.

11. Estou ciente de que, no momento da alta, deverei estar acompanhado por uma pessoa adulta.

12. Declaro que recebi explicações, li, compreendi, tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas, concordo com o exposto acima e que me foi dado o direito de anular, neste momento, quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse, resguardando o item nº. 01 e aqueles que o médico julgar fundamental para a realização do(s) procedimentos (s) / cirurgia.

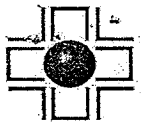
MÉDICO RESPONSÁVEL: (em situações de emergência, dois médicos deverão assinar)  
( ) Prestei todas as informações necessárias ao paciente ou seu representante legal, conforme termo acima.  
( ) Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado. Por tratar-se de situação de EMERGÊNCIA.

Macaé, 13 de 02 de 16, Hora: \_\_\_\_\_

Felipe Brumado  
Médico - CRM \_\_\_\_\_  
Especialista em Traumatologia

Médico - CRM \_\_\_\_\_

Adelson da Silva Almeida  
Assinatura do Paciente ou Representante Legal

|                                                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|--------------------------------------------------------------|--|
|  <b>SANTA CASA</b><br>de Misericórdia de Macéio<br><i>Em defesa da vida</i> |                               |        | C.E.O.P - Central de Órteses e Próteses<br>FONE 82 2123 6446 FAX 2123 6382<br><a href="mailto:ceop@santacasademaceio.com.br">ceop@santacasademaceio.com.br</a><br><a href="mailto:ceop.assistente@santacasademaceio.com.br">ceop.assistente@santacasademaceio.com.br</a><br><a href="mailto:ceop.auditor@santacasademaceio.com.br">ceop.auditor@santacasademaceio.com.br</a> |          |           | VIA FORNECEDOR<br><b>FORNECEDOR</b><br>ORTOPLAN<br>Nº PEDIDO |  |
| FORNECEDOR                                                                                                                                                   | ORTOPLAN                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | DATA CIR. | 17/03/2016                                                   |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                     | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | ATENDIM.  | 4181187                                                      |  |
| CONVÊNIO:                                                                                                                                                    | AMIL                          |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | CARTEIRA  | 844828530                                                    |  |
| PROCEDIMENTO                                                                                                                                                 | ARTROPLASTIA DO COTOVELO      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | GUIA      |                                                              |  |
| CIRURGIÃO                                                                                                                                                    | FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          | SENHA     |                                                              |  |
| OBSERVAÇÃO                                                                                                                                                   |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
| CÓD.MATERIAL                                                                                                                                                 | ENTRADA                       | QUANT. | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | LOTE     | VALIDADE  |                                                              |  |
| C9951                                                                                                                                                        | 10247530082                   | 1      | LAMINA DE SHAWER MICRO-CUDA 2.9 MM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 493786   | 09/18     |                                                              |  |
| 7211004                                                                                                                                                      | 10178300073                   | 1      | EQUIPO DESCARTÁVEL DE CIRCULAÇÃO ASSIST.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 50506058 | mai/17    |                                                              |  |
|                                                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                              |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |          |           |                                                              |  |

## ATENÇÃO

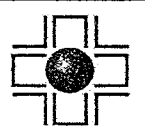
Prazo de 48 horas para emissão de nota fiscal e reposição do material usado de acordo com o Art. 5º e 6º parágrafo do contrato de OPME

PRAZO DE ENTREGA DA NOTA FISCAL 19/03/2016

Data 17 março, 2016

Ass. CEOP

Ass.Vendedor

|                                                                                                                                                                |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|--------------------------------------------------------------|--|
|  <b>SANTA CASA</b><br>de Misericórdia de Macéio<br><i>Em defesa da vida</i> |                               |        | C.E.O.P - Central de Órteses e Próteses<br>82 2123 6382 - 2123 6420<br><a href="mailto:ceop@santacasademaceio.com.br">ceop@santacasademaceio.com.br</a><br><a href="mailto:ceop.assistente@santacasademaceio.com.br">ceop.assistente@santacasademaceio.com.br</a><br><a href="mailto:ceop.auditor@santacasademaceio.com.br">ceop.auditor@santacasademaceio.com.br</a> |          |           | VIA PRONTUÁRIO<br><b>FORNECEDOR</b><br>ORTOPLAN<br>Nº PEDIDO |  |
| FORNECEDOR                                                                                                                                                     | ORTOPLAN                      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | DATA CIR. | 17/03/2016                                                   |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                       | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA    |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | ATENDIM.  | 4181187                                                      |  |
| CONVÊNIO:                                                                                                                                                      | AMIL                          |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | CARTEIRA  | 844828530                                                    |  |
| PROCEDIMENTO                                                                                                                                                   | ARTROPLASTIA DO COTOVELO      |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | GUIA      |                                                              |  |
| CIRURGIÃO                                                                                                                                                      | FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          | SENHA     |                                                              |  |
| OBSERVAÇÃO                                                                                                                                                     |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |
| DESCRIÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO                                                                                                                                |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |
| CÓD.MATERIAL                                                                                                                                                   | FABR.                         | QUANT. | DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | LOTE     | VALIDADE  |                                                              |  |
| C9951                                                                                                                                                          | 10247530082                   | 1      | LAMINA DE SHAWER MICRO-CUDA 2.9 MM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 493786   | 09/18     |                                                              |  |
| 7211004                                                                                                                                                        | 10178300073                   | 1      | EQUIPO DESCARTÁVEL DE CIRCULAÇÃO ASSIST.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 50506058 | mai/17    |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |
|                                                                                                                                                                |                               |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |          |           |                                                              |  |

## ATENÇÃO

Prazo de 48 horas para emissão de nota fiscal e reposição do material usado de acordo com o Art. 5º e 6º parágrafo do contrato de OPME

PRAZO DE ENTREGA DA NOTA FISCAL 19/03/2016

Data 17 março, 2016

Ass. CEOP

Ass.Vendedor

Nome Paciente: **ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA**  
Mãe: **JOANA DOS SANTOS ALMEIDA**  
R: Nascimento: **30/10/1987** Atend: **4181187**  
Aviso: **204838 - 08/03/2018** atend.: **17/03/2018**  
Unidade Int.: **DAY CLINIC - 4. ANDAR**  
Leito: **EXTRA DAYCLINIC-08**  
Convenio: **AMIL** Sexo: **Masculino**  
Cirurgião: **FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA**

lagos - Brasil.

fls. 88

**FOLHA DE SALA**

80-4

STÉRICO

14 - C. HEMODINÂMICA

DATA: **17/10/2020**

LEITO

CONVENIO

**Amil**

**MASCULINO**  
**OFEMININO**

IDADE: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERNAÇÃO REALIZADA

DIAGNÓSTICO EM CÓDIGO CID: \_\_\_\_\_

☐ CONTAMINADA

☐ NÃO CONTAMINADA

☐ POR VÍDEO LAPAROSCOPIA

☐ SIMULTÂNEA

☐ MÚLTIPLA

☐ ÚNICA

☐ UNILATERAL

☐ BILATERAL

☐ EX. ESPECIAL

☐ CESÁRIA

☐ PARTO NORMAL

☐ CURETAGEM

TRATAMENTO REALIZADO EM CÓDIGO AMB/SUS

TOTAL HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

| AMB/     | AMB/CIÉFAS | PARTICULAR   | TABELA     | CÓDIGO | EQUIPE/NOME | CRM | PAGAMENTO | TOTAL |
|----------|------------|--------------|------------|--------|-------------|-----|-----------|-------|
| MÉTODOS  | SUS/SH     | PACOTE       | AMB        | 01     | CIRURGIÃO   |     | 04        | CH    |
| CIRURGIA |            |              |            |        |             |     | 07        |       |
| ASA      | CÓD. PROC. | QUANT. CH/US | ACOMODACÃO | %      | TOTAL CH/US | A   | P         |       |
| I        | 30736048   |              |            |        |             |     |           |       |
| II       | 30736021   |              |            |        |             |     |           |       |
| III      |            |              |            |        |             |     |           |       |
| IV       |            |              |            |        |             |     |           |       |
| V        |            |              |            |        |             |     |           |       |
| E        |            |              |            |        |             |     |           |       |

| TEMPO         | INÍCIO          | TÉRMINO         | DURAÇÃO      | HÁ INDICAÇÃO PARA UTI? |
|---------------|-----------------|-----------------|--------------|------------------------|
| CIRURGIA      | 14:             | 16              | 2:00         |                        |
| (*) ANESTÉSIA |                 |                 |              |                        |
| ( ) CARDÍACA  | ( ) RECUPERAÇÃO | ( ) CORONARIANA | ( ) NEO/PED. |                        |

| TAXAS CENTRO CIRÚRGICO/ OBSTÉTRICO | SEGUNDA               | TERÇA                 | QUARTA                | QUINTA                           | SEXTA                 | SÁBADO                | DOMINGO               | FERIADO               | HORA NORMAL           | HORA ESPECIAL         |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| CÓDIGO | TAXAS / DESCRIÇÃO                    | QUANT. | CÓDIGO | EQUIPAMENTO / DESCRIÇÃO                  | QUANT. |
|--------|--------------------------------------|--------|--------|------------------------------------------|--------|
| 74     | CIRURGIA PEQUENA POR HORA ATÉ 3 HS.  |        | 10     | DEFIBRILADOR P/USO                       |        |
| 75     | CIRURGIA MÉDIA POR HORA ATÉ 3 HS.    | OK     | 42     | BOMBA DE INFUSÃO P/USO                   |        |
| 76     | CIRURGIA GRANDE POR HORA ATÉ 3 HS.   |        | 22     | SERRA ELÉTRICA P/USO                     |        |
| 77     | CIRURGIA ESPECIAL POR HORA ATÉ 3 HS. | OK     | 03     | MICROSCÓPIO CIRÚRGICO P/USO              |        |
| 78     | PARTO NORMAL                         |        | 06     | MONITOR CARDÍACO P/USO                   |        |
| 79     | PARTO CESÁRIA                        |        | 100    | BOMBA CIRCULAÇÃO EXTRACORPÓREA P/USO     |        |
| 80     | 30% CIRURGIA MÚLTIPLA PEQUENA        |        | 101    | FONTE DE LUZ FRIA P/USO                  |        |
| 81     | 30% CIRURGIA MÚLTIPLA MÉDIA          |        | 59     | PERFURADOR/FURADEIRA P/USO               |        |
| 82     | 30% CIRURGIA MÚLTIPLA GRANDE         |        | 102    | FIBRA ÓTICA P/USO                        |        |
| 83     | 30% CIRURGIA MÚLTIPLA ESPECIAL       |        | 20     | CARPINOGRFO P/HORA                       |        |
| 84     | 50% CIRURGIA PEQUENA HORA ESPECIAL   |        | 181    | VACUO CENTRAL                            |        |
| 85     | 50% CIRURGIA MÉDIA HORA ESPECIAL     |        | 02     | MICROSCÓPIO OFTÁLMICO C/ FONTE LUZ P/USO |        |
| 86     | 50% CIRURGIA GRANDE HORA ESPECIAL    |        | 14     | EQUIPAMENTO PARA ANESTESIA P/USO         |        |
| 87     | 50% CIRURGIA ESPECIAL HORA ESPECIAL  |        | 103    | BERÇO AQUECIDO P/HORA                    |        |
| 88     | 50% PARTO NORMAL HORA ESPECIAL       |        | 69     | OXIGÊNIO - VAZÃO P/HORA                  |        |
| 89     | 50% PARTO CESÁRIA HORA ESPECIAL      |        | 104    | DIOXÍDO DE CARBONO P/HORA                |        |
| 90     | DISSECÇÃO VENOSA OU ARTERIAL         |        | 105    | CISTOSCOPIA/ENDOSCOPIA P/USO             |        |
| 91     | PUNÇÃO SUBCLAVIA OU ARTERIAL         |        | 106    | MÁQUINA CARDIOPLEGIA P/USO               |        |
| 191    | PUNÇÃO VENOSA                        |        | 67     | AR COMPRIMIDO P/HORA                     |        |
| 93     | 30% CIR. PEQUENA CONTAMINADA         |        | 21     | OXÍMETRO DIGITAL P/HORA                  |        |
| 94     | 30% CIR. MÉDIA CONTAMINADA           |        | 107    | ASPIRADOR ELÉTRICO P/USO                 |        |
| 95     | 30% CIR. GRANDE CONTAMINADA          |        | 108    | LIPOASPIRADOR P/HORA                     |        |
| 96     | 30% CIR. ESPECIAL CONTAMINADA        |        | 72     | PROTOXÍDO / ÓXIDO NITROSO P/HORA         |        |
| 97     | RAIO-X NA SALA DE CIRURGIA USO.      |        | 197    | P.A.N.I.                                 |        |
| 98     | TX CATETERISMO CARD. PACOTE          |        | 206    |                                          |        |
| 182    | TX SL. HEMODINÂMICA ANGIOP.          |        |        |                                          |        |

\* ATENÇÃO: 1 - CIRURGIA PEQUENA ENTRE 50 A 200 CH  
2 - CIRURGIA MÉDIA ENTRE 250 A 500 CH  
3 - CIRURGIA GRANDE ENTRE 550 A 1.400 CH  
4 - CIRURGIA ESPECIAL ACIMA DE 1.450 CH

\* OS GASES SERÃO COBRADOS POR HORA INDIVISÍVEL

CIRURGIA:

(\*) TIPO DE ANESTÉSIA: **Sevoflurano**

**Osteoconário plástico do**  
**cotovelo H Ressecado**



## CIRURGIA

Doße: me Via: AV Hora: 13:45

☒ Ansioso ☐ Tranquilo ☐ Sedado ☐ Dormindo

☒ ELETIVA

☐ URGÊNCIA

☐ AMBULATORIAL☐ EMERGÈNCIA

ESTADO FÍSICO (ASA)

☒ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

DATA: AN03116

Peso: 80 Kg

Sala: \_\_\_\_\_

Condição Clínica Pré-operatória: sem alergias  
segundo completo

AGENTES

LÍQUIDOS  
VENOSOS

RL

RV

(14)

[illegible]

HORA:

16

45

gh

[illegible]

ANOTAÇÕES  
E SÍMBOLOS

|                                                                                                   |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"> <b>PROGAS VENCIDAS</b> </div> |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| TÉCNICA ANESTÉSICA | <b>INDUÇÃO</b><br><input type="checkbox"/> Inalatório<br><input type="checkbox"/> Venosa<br><b>MANUTENÇÃO</b><br><input type="checkbox"/> Inalatório<br><input type="checkbox"/> Venosa<br><input type="checkbox"/> Sob máscara<br><input type="checkbox"/> Máscara Laringea | <b>ENTUBAÇÃO</b><br><input type="checkbox"/> Tubo nº _____<br><input type="checkbox"/> Oral<br><input type="checkbox"/> Nasal<br><input type="checkbox"/> C/ Balão<br><input type="checkbox"/> S/ Balão<br><input type="checkbox"/> Aramado | <b>ANESTESIA REGIONAL</b><br><input type="checkbox"/> Peridural<br><input type="checkbox"/> Raqui-anestesia<br><input type="checkbox"/> Epidural sacra<br><input type="checkbox"/> N. Periférico<br><input type="checkbox"/> _____<br><input type="checkbox"/> Contínua<br><input type="checkbox"/> Simples | <input checked="" type="checkbox"/> P. Braç. /Cervical<br><input type="checkbox"/> Supraclavicular<br><input checked="" type="checkbox"/> Interescapilênico<br><input checked="" type="checkbox"/> Axilar<br><input checked="" type="checkbox"/> Venosa Regional<br><input checked="" type="checkbox"/> Infiltração<br><input checked="" type="checkbox"/> Sedação | <b>PUNÇÃO</b><br><input type="checkbox"/> Sentada<br><input type="checkbox"/> DL <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E<br>LOCAL _____<br><br><b>AGULHA</b> <input type="checkbox"/> Trans. Pressão Invasiva<br>Calibre <input type="checkbox"/> Sensor BIS<br>Tipo <u>18G</u> <input type="checkbox"/> Equip. Bomba Perfusora |
|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| DESCRIÇÃO DA TÉCNICA ANESTÉSICA / EVENTOS ADVERSOS                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Respiração de baixo volume durante o cirúrgico //<br/>           Ventilação mecânica com taxa de 12 por minuto</p> |

Cirugía realizada: Artroscopia de codo p/ retinod

Dr. Jádilson Higino de Almeida  
Médico Anestesiologista

Anestesista: CRM-AI 6266 2º Anestesista: \_\_\_\_\_ Res.: \_\_\_\_\_  
CRM-PE 15.333

Cirurgião: Felipe Porto Mendes 1º Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_

ENCAMINHADA PARA: ☒ SALA DE RECUPERAÇÃO ☐ UTI

ENTUBADO: ☐ SIM ☒ NÃO ☐ INCONSCIENTE ☐ SONOLENTO ☒ ACORDADO

Ropi 1% - 40mg  
Xiletem c/v 200ml  
clazalina 2g  
lehtand 2ml-  
sulperidol 2.5ml  
dexametazone 10x  
Bextra 40mg  
Gresazol 40mg  
difenora 2g  
mausehon 4mg  
claridina 40mg  
Cetamine. 40 mg  
Precedex - 0.1  
rhino Pulver - 0.1  
persilon 20 - 0.1  
FTFTX 0.1  
Polifix - 0.1  
equipo - 0.1  
ultradon - 0.6  
No - 0.4  
SF to ml - 0.1  
Pen + Amp - 0.01 F

[illegible]

2 di fragmento Esser

Código: \_\_\_\_\_  
- Inicio: 14:15 Cirugía - Inicio: 19:30

Término: \_\_\_\_\_

iliar: \_\_\_\_\_

CLASSIFICAÇÃO CIR. (Potencial contaminação)

☐ POTENCIALMENTE      ☐ INFECTADA



## BOLETIM OPERATÓRIO - TRATAMENTO CLÍNICO

## DADOS DO PACIENTE

Atendimento: 04181187 Data de Nascimento: 30/10/1987  
 Nome: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
 Sexo: Masculino Nome da Mãe: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA  
 Endereço: AVENIDA WALTER ANANIAS - ATE 509/510, 596 - JARAGUA  
 Cidade: MACEIO Estado: AL Naturalidade: MACEIO  
 CEP: 57022063  
 Convênio: AMIL Acomodação: DAY CLINIC

Data Intervenção: 17/03/2016 16:31:12 Hora Inicial Hora Final Duração:  
 CID Principal: TRANSTORNO NAO ESPECIFICADO DOS TECIDOS MOLES RELACIONADOS COM O USO  
 Clique ao lado ->  
 CID Secundário:  
 Clique ao lado ->  
 CID Secundário:  
 Clique ao lado.>  
 CID Secundário:  
 Clique ao lado.>  
 CID Secundário:  
 Clique ao lado.>

## PROCEDIMENTO

Principal: OSTEOCONDROPLASTIA ? ESTABILIZAÇÃO, RESSECÇÃO E OU PLASTIA (ENXERTIA) # AMB: 30736  
 Segundo: SINOVECTOMIA PARCIAL OU SUBTOTAL AMB: 30736021-CBHPM: 30736021  
 Terceiro:  
 Quarto:  
 Quinto:  
 Sexto:  
 Sétimo:  
 Oitavo:  
 Nono:  
 Décimo

|                         |                                     |                                       |                                       |                                           |                                  |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
| Intervenções Realizadas | Unilateral <input type="checkbox"/> | Bilateral <input type="checkbox"/>    | Simultânea <input type="checkbox"/>   | Múltipla <input type="checkbox"/>         | Unico <input type="checkbox"/>   |
|                         | Cesariana <input type="checkbox"/>  | Parto Normal <input type="checkbox"/> | Trat.Clinico <input type="checkbox"/> | Trat.Conservador <input type="checkbox"/> | Ex.Esp. <input type="checkbox"/> |

## EQUIPE E SERVIÇOS PROFISSIONAIS

00 Cirurgião/Obstetra: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA CRM: 5123  
 01 1º - Auxílio: RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO CRM: 4155  
 02 2º - Auxílio:  
 03 3º - Auxílio:  
 04 Instrumentar(a):  
 05 1º Anestesista: JADIELSON HIGINO DE ALMEIDA CRM: 6266  
 06 2º Anestesista:  
 07 Perfusionista:  
 08 Clínico Especialista:  
 09 Neonatologista:  
 10 Neonatologista:  
 11 Neonatologista:  
 12 Psicólogo Hospitalar:  
 13 Clínico Assistente:  
 14 Anátomo - Patologista:

Terapia Intensiva: ☐ Nutrição Parenteral: ☐ Nutrição Enteral: ☐

Felipe dos Santos Porciuncula  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM: 5123



**SANTA CASA**  
de Misericórdia de Maceió

# BOLETIM OPERATÓRIO - TRATAMENTO CLÍNICO

## DADOS DO PACIENTE

Atendimento: 04181187 Data de Nascimento: 30/10/1987  
 Nome: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
 Sexo: Masculino Nome da Mãe: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA  
 Endereço: AVENIDA WALTER ANANIAS - ATE 509/510, 596 - JARAGUA  
 Cidade: MACEIO Estado: AL Naturalidade: MACEIO  
 CEP: 57022063  
 Convênio: AMIL Acomodação: APARTAMENTO

houver mudança no procedimento inicialmente solicitado, no caso afirmativo ☐ Sim ☐ Não  
 Justifique no laudo para solicitações e autorização do auditor ?

| Visitas / Tratamento | 2ª F                     | 3ª F                     | F                        | 6ª F                     | Sábado                   | Domingo                  | Hora Normal              | Hora especial            | Total |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Clínico Assistente   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Clínico Especialista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Psicólogo Hospitalar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |
| Cirurgião/Obstetra   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |

Achados Operatórios e/ou Clínicos - Descrição:

### Equipamentos Especiais Utilizados

|                       |                          |                    |                                     |                      |                                     |                       |                                     |                |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|----------------|--------------------------|
| Microscópio Cirúrgico | <input type="checkbox"/> | Monitor            | <input checked="" type="checkbox"/> | Aspirador a Vácuo    | <input checked="" type="checkbox"/> | Citoscopia/Endoscopia | <input type="checkbox"/>            | Bomba Infusão  | <input type="checkbox"/> |
| Perfurador Pneumático | <input type="checkbox"/> | Fonte de Luz Fria  | <input type="checkbox"/>            | Bisturi Elétrico     | <input checked="" type="checkbox"/> | Equipamento p/Video   | <input checked="" type="checkbox"/> | Serra Elétrica | <input type="checkbox"/> |
| Fibra Óptica          | <input type="checkbox"/> | Bomba Cir.ext.Corp | <input type="checkbox"/>            | Mat.p/v.Laparoscopia | <input type="checkbox"/>            | Dióxido de Carbono    | <input type="checkbox"/>            | Outros         | <input type="checkbox"/> |

Porte Cirúrgico:

## RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Via de Acesso - Aspecto dos Órgãos e Lesões:

Artroscópico e Aberta

### Tática e Técnica Cirúrgica:

Paciente em decúbito lateral esquerdo sob bloqueio de plexo braquial e sedação;  
 Antissepsia e assepsia do membro superior direito, aposição de campos estéreis;  
 Realização de três portais artroscópicos e dificuldade de visualização intrarticular do cotovelo;  
 Tentativa de sinovectomia e osteocondroplastia com limitação mantida para extensão do cotovelo direito;  
 Decidida pela mini-open via mediana posterior (incluindo um dos portais - posterior) com divulsão do tendão do tríceps;  
 Visualização da fossa do olécrano, e completada a retirada de fragmentos ósseos (abaulamentos ósseos) e exérese de parte da ponta do olécrano;  
 Melhora discreta do déficit de extensão (flexo);  
 Limpeza mecanico-cirúrgica;  
 Limpeza com soluções fisiológicas em abundância;  
 Fechamento por planos;  
 Curativo estéril e Tipóia simples.  
 Aos cuidados da equipe de anestesiologia.

### Drenagem - Síntese - Material Cirúrgica:

1 - Azul de metileno, 4- solução fisiológica 1.000ml, 3 - solução fisiológica 500ml,

### Ortese e Prótese:

Lâmina de shaver - 01 unidade  
 Equipamento de bomba - 01 unidade

Foi necessário exame anátomo-patológico per-operatório por congelação Não

Foi solicitado exame anátomo-patológico da(s) peça(s) operatória(s) Não

Peça(s) operatória(s) enviadas para exames:

*Felipe dos S. Porciúncula*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/AL 5123 RQE 3029

Médico - Crm

FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS E MEDICAMENTOS

| Fios de Sutura                 | Saída | Devolução | Folha de sala | Observação |
|--------------------------------|-------|-----------|---------------|------------|
| ACIFLEX                        |       |           |               |            |
| CERA PARA OSO                  |       |           |               |            |
| CAPROFYL 2-0 CF 123 T          |       |           |               |            |
| CAPROFYL 2-0 CF 801 T          |       |           |               |            |
| CAPROFYL 3-0 CF 122 T          |       |           |               |            |
| CAPROFYL 3-0 CF 204 T          |       |           |               |            |
| CAPROFYL 3-0 CF 810 T          |       |           |               |            |
| CAPROFYL 4-0 CF 203 T          |       |           |               |            |
| CAPROFYL 5-0 CF 202 T          |       |           |               |            |
| ETHIBOND                       |       |           |               |            |
| FIO CATGUT CROMADO 0 125-T     |       |           |               |            |
| FIO CATGUT CROMADO 0 114-T     |       |           |               |            |
| FIO CATGUT CROMADO 1 115-T     |       |           |               |            |
| FIO CATGUT CROMADO 1-0 48 G    |       |           |               |            |
| FIO CATGUT CROMADO 2-0 113-T   |       |           |               |            |
| FIO CATGUT CROMADO 3-0 112-T   |       |           |               |            |
| FIO CATGUT CROMADO 4-0 U 203-T |       |           |               |            |
| FIO CATGUT CROMADO 5-0 U 202-T |       |           |               |            |
| FIO CATGUT SIMPLES 0 314-T     |       |           |               |            |
| FIO CATGUT SIMPLES 2-0 2414-T  |       |           |               |            |
| FIO CATGUT SIMPLES 2-0 104-T   |       |           |               |            |
| FIO CATGUT SIMPLES 2-0 313-T   |       |           |               |            |
| FIO CATGUT SIMPLES 3-0 312-T   |       |           |               |            |
| FIO CATGUT SIMPLES 4-0 207-T   |       |           |               |            |
| FTTA CARDIACA                  |       |           |               |            |
| KIT CESÁRIA                    |       |           |               |            |
| LINHO 0-95-T                   |       |           |               |            |
| LINHO 1 96-T                   |       |           |               |            |
| LINHO 2-0 94-T                 |       |           |               |            |
| LINHO 3-0 93-T                 |       |           |               |            |

| Fios de Sutura               | Saída | Devolução | Folha de sala | Observação |
|------------------------------|-------|-----------|---------------|------------|
| MONONYLON 2-0                |       |           |               |            |
| MONONYLON 3-0 1171-T         |       |           |               |            |
| MONONYLON 3-0 3-171-T        |       |           |               |            |
| MONONYLON 4-0 1129-T         |       |           |               |            |
| MONONYLON 4-0 3-1129-T       |       |           |               |            |
| MONONYLON 5-0 1166-T         |       |           |               |            |
| MONONYLON 6-0 1160-T         |       |           |               |            |
| PDS II 0 352-H               |       |           |               |            |
| PDS II 2-0 339-H             |       |           |               |            |
| PDS II 3-0 316-H             |       |           |               |            |
| PDS II 4-0 315-H             |       |           |               |            |
| PDS II 5-0 303-H             |       |           |               |            |
| PDS II 6-0 127-H             |       |           |               |            |
| PDS II 7-0 135-H             |       |           |               |            |
| POLYCOT 0 PA425-T            |       |           |               |            |
| POLYCOT 0 SPA45-T s/agulha   |       |           |               |            |
| POLYCOT 2-0 PA 424-T         |       |           |               |            |
| POLYCOT 2-0 SPA44-T s/agulha |       |           |               |            |
| POLYCOT 2-0 3P-13-T          |       |           |               |            |
| POLYCOT 3-0 PA 423-T         |       |           |               |            |
| POLYCOT 3-0 SPA 43-T         |       |           |               |            |
| PROLENE 0                    |       |           |               |            |
| PROLENE 2-0 9523-T           |       |           |               |            |
| PROLENE 3-0 8122-T           |       |           |               |            |
| PROLENE 4-0 9521-T           |       |           |               |            |
| PROLENE 5-0 9556-T           |       |           |               |            |
| PROLENE 6-0                  |       |           |               |            |
| PROLENE 7-0                  |       |           |               |            |
| VICRYL 0 352-H               |       |           |               |            |
| VICRYL 0 376-H               |       |           |               |            |
| VICRYL 2-0 615-H s/agulha    |       |           |               |            |
| VICRYL PLUS 3-0 316-H        |       |           |               |            |
| VICRYL 3-0 183-G             |       |           |               |            |
| VICRYL 4-0 PLUS 122-H        |       |           |               |            |
| MONOCRYL 4-0 426-H           |       |           |               |            |

Stefânia dos S. Perceira  
Ortopedia e Traumatologia  
Rua RQ 3025  
CRIMINAL

SESTOR ORFÂNICO

Nome Paciente.: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Mãe.....: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA  
Nascimento.: 30/10/1987 Atend: 4181187  
Aviso:204838 - 08/03/2016 atend.:17/03/2016  
Unidade.Int.: DAY CLINIC - 4.ANDAR  
Leito.....: EXTRA DAYCLINIC-08  
Convenio.....: AMIL.Sexo.: Masculino  
Cirurgião.....: FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA

Date: 7/09/16

Circulante: [Signature]

Conferência: \_\_\_\_\_

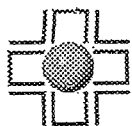
**Etiqueta com dados do paciente**

| Produto                   |           | Devolução | Usado |
|---------------------------|-----------|-----------|-------|
| Agulha 13 x 4,5           | 1         | 4         | 01    |
| Agulha 25 x 7             | 1 1 1     | 4         | 04    |
| Agulha 30 x 8             | 1 1 1 1   | 4         | 04    |
| Agulha 40 x 12            | 1 1 1 1   | 4         | 04    |
| Eletrodos descartáveis    |           | 5         | 05    |
| Discofix (torneirinha)    |           | 2         |       |
| Lâmina nº 11              |           | 2         | 02    |
| Lâmina nº 15              |           | 2         |       |
| Lâmina nº 22              |           | 2         | 02    |
| Lâmina nº 23              |           | 2         |       |
|                           |           |           |       |
| Luva 7,0                  |           | 4         |       |
| Luva 7,5                  | 1 1       | 4         | 02    |
| Luva 8,0                  | 1 1 1 1 1 | 4         | 05    |
| Luva 8,5                  | 1 1       | 2         |       |
| Luva 6,5                  | 1 1       | 4         | 02    |
| Cateter intravenoso nº 14 |           | 2         |       |
| Cateter intravenoso nº 16 |           | 2         |       |
| Cateter intravenoso nº 18 |           | 2         | 01    |
| Cateter intravenoso nº 20 |           | 2         |       |
| Cateter intravenoso nº 22 |           | 2         |       |
|                           |           |           |       |
| Dreno de penrose nº 1     |           | 2         | 02    |
| Dreno de penrose nº 2     |           | 2         |       |
| Dreno de penrose nº 3     |           | 2         |       |
| Transofix                 |           | 1         |       |
| IV Fix                    |           | 1         |       |
|                           |           |           |       |
| Seringa 1 ml              | 1 1       | 3         | 02    |
| Seringa 3 ml              | 1 1 1 1   | 4         | 04    |
| Seringa 5 ml              | 1 1 1 1   | 5         | 04    |
| Seringa 10 ml             | 1 1 0 1 1 | 5         | 05    |
| Seringa 20 ml             | 1         | 5         | 01    |
| Seringa 60 ml sem bico    |           | 1         | 01    |

| Produto                                   |    | Devolução | Usado |
|-------------------------------------------|----|-----------|-------|
| Sonda de aspiração nº 12                  | 1  |           |       |
| Sonda de aspiração nº 14                  | 1  |           |       |
| Sonda de aspiração nº 16                  | 1  |           |       |
|                                           |    |           |       |
| Sonda nasogástrica nº 16                  | 1  |           | 01    |
| Sonda nasogástrica nº 18                  | 1  |           |       |
| Sonda nasogástrica nº 20                  | 1  |           |       |
|                                           |    |           |       |
| 11 11111111 2<br>Compressa 7,5 x 7,5 11 1 | 10 |           | 10    |
| Equipo macrogotas                         | 2  |           | 01    |
| Polifix 2 vias                            | 1  |           | 01    |
| Cateter nasal tipo óculos                 | 1  |           | 01    |
| Extensor 60 cm                            | 2  |           |       |
| Extensor 120 cm                           | 2  |           |       |
| Perfusor 60 cm                            | 2  |           |       |
| Perfusor 120 cm                           | 2  |           |       |
| Borracha de aspiração                     | 4  |           |       |
| Xylestesin Geléia                         | 1  |           |       |
| Coletor de urina sist. Fechado            | 1  |           |       |
| Capa Safonada(vídeo) 11 11                | 2  |           | 04    |
| Sonda endotraqueal c/b nº 6,0             | 1  |           |       |
| Sonda endotraqueal c/b nº 6,5             | 1  |           |       |
| Sonda endotraqueal c/b nº 7,0             | 1  |           |       |
| Sonda endotraqueal c/b nº 7,5             | 1  |           |       |
| Sonda endotraqueal c/b nº 8,0             | 1  |           |       |
| Sonda endotraqueal c/b nº 8,5             | 1  |           |       |
|                                           |    |           |       |
| Sonda de foley 2 vias 14                  | 1  |           |       |
| Sonda de foley 2 vias 16                  | 1  |           |       |
| Sonda de foley 2 vias 18                  | 1  |           |       |
| agulha Stimoplex                          |    |           | 01    |
| Swinge BB 20                              |    |           | 01    |

| Produto | Quant. |
|---------|--------|
|         |        |
|         |        |
|         |        |
|         |        |

| Produto | Quant. |
|---------|--------|
|         |        |
|         |        |
|         |        |
|         |        |
|         |        |



**SANTA CASA**  
de Misericórdia de Macaé  
*Em defesa da vida*

C.E.O.P - Central de Órteses e Próteses

82.2123 6382 - 2123 6420

[ceop@santacasademaceio.com.br](mailto:ceop@santacasademaceio.com.br)

[ceop.assistente@santacasademaceio.com.br](mailto:ceop.assistente@santacasademaceio.com.br)

[ceop.auditor@santacasademaceio.com.br](mailto:ceop.auditor@santacasademaceio.com.br)

VIA PRONTUÁRIO

FORNECEDOR **S. 94**

ORTOPLAN

Nº PEDIDO

0

|              |                               |           |            |
|--------------|-------------------------------|-----------|------------|
| FORNECEDOR   | ORTOPLAN                      | DATA CIR. | 17/03/2016 |
| PACIENTE     | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA    | ATENDIM.  | 4181187    |
| CONVÊNIO:    | AMIL                          | CARTEIRA  | 844828530  |
| PROCEDIMENTO | ARTROPLASTIA DO COTOVELO      | GUIA      | 0          |
| CIRURGIÃO    | FELIPE DOS SANTOS PORCIUNCULA | SENHA     | 0          |
| OBSERVAÇÃO   | 0                             |           |            |

DESCRIÇÃO DO MATERIAL UTILIZADO

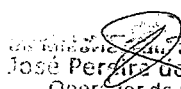
| CÓD.MATERIAL | FABR.       | QUANT. | DESCRIÇÃO                                | LOTE     | VALIDADE |
|--------------|-------------|--------|------------------------------------------|----------|----------|
| C9951        | 10247530082 | 1      | LAMINA DE SHAWER MICRO-CUDA 2.9 MM       | 493786   | 09/18    |
| 7211004      | 10178300073 | 1      | EQUIPO DESCARTÁVEL DE CIRCULAÇÃO ASSIST. | 50506058 | mai/17   |
| 0            | 0           | 0      | 0                                        | 0        | 0        |
| 0            | 0           | 0      | 0                                        | 0        | 0        |
| 0            | 0           | 0      | 0                                        | 0        | 0        |
| 0            | 0           | 0      | 0                                        | 0        | 0        |
| 0            | 0           | 0      | 0                                        | 0        | 0        |
| 0            | 0           | 0      | 0                                        | 0        | 0        |
| 0            | 0           | 0      | 0                                        | 0        | 0        |
| 0            | 0           | 0      | 0                                        | 0        | 0        |
| 0            | 0           | 0      | 0                                        | 0        | 0        |

ATENÇÃO

\*Prazo de 48 horas para emissão de nota fiscal e reposição do material usado de acordo com o Art.5º - 5º parágrafo do contrato de OPME

PRAZO DE ENTREGA DA NOTA FISCAL 19/03/2016

Ass. CEOP

  
José Pereira dos Santos  
Operador de OPME

Data **17 março, 2016**

Ass.Vendedor

0





## BIOIMAGEM



RUA BARÃO DE MACEIÓ, 288 - CENTRO - MACEIÓ - ALAGOAS - FONE (82) 2123-9593 / 2123-6000

C.N.P.J. 12.307.187/0001-50 INSC ESTADUAL 24.054.180-4

|                     |                                       |                   |            |                 |         |
|---------------------|---------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|---------|
| Paciente:           | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA            | Idade:            | 28         | Sexo:           | M       |
| Convênio:           | AMIL                                  | Status:           | INTERNADO  | Nº Atendimento: | 4181187 |
| Procedência:        | 4. ANDAR - DAYCLINIC                  | Prontuário:       | 588310     | Nº Pedido:      | 1324568 |
| Médico Solicitante: | DR.(a) RONALDO GOMES RODRIGUES JUNIOR | Data Atendimento: | 17/03/2016 |                 |         |
| Nº Laudo:           | 512811                                | Data Realizado:   | 17/03/2016 |                 |         |
|                     |                                       | Data Laudo:       | 18/03/2016 |                 |         |

COTOVELO DIREITO

Estrutura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares conservados.

  
 Dr. PEDRO DA SILVA MALTA  
 CRM: 2539

Usuário: PEDRO DA SILVA MALTA

Página 1 de 1

Somente profissional capacitado pode interpretar de forma correta as imagens e o relatório médico, pois devem ser avaliados dentro do contexto clínico e correlacionados com os demais exames complementares.



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA GERAL DA PERÍCIA OFICIAL – PO/AL  
INSTITUTO MÉDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA  
Rua Zacarias de Azevedo s/nº, Prado – CEP: 57020-470  
Fones: (82) 3315-2291 / (82) 3315-3767



**LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO  
(LESÃO CORPORAL)  
PROTOCOLO NÚMERO 02634/2016**

Aos 19 dias do mês de abril do ano de 2016, às 17 horas e 33 minutos, nesta cidade de Maceió, no INSTITUTO MÉDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA, presente a doutora, MAGDA VILELA PALMEIRA COSTA, Médica Legista da Diretoria Geral da Perícia Oficial de Alagoas, abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto Médico Legal, e de acordo com o disposto na Lei número 11.690 de 09.06.2008, para realizar o exame pericial em ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA, a fim de ser atendida a requisição número 0189/2016, a ser encaminhado para a DELEGACIA DE ACIDENTES DE MACEIÓ descrevendo, com verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrou, descobriu e observou, bem assim, para responder aos seguintes quesitos: **1º - Se há ofensa à integridade corporal ou a saúde do paciente; 2º - Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; 3º - Se foi produzida com o emprego de veneno, fogo, explosivo, tortura ou por meio insidioso ou cruel; 4º - Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função, ou aceleração de parto (resposta especificada); 5º - Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função, ou deformidade permanente, ou aborto (resposta especificada).** Em consequência, passou a perita a fazer os exames e investigações que julgou necessário, findo o qual declarou o seguinte: exame pericial realizado em ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA, alagoano, solteiro, nascido em 30/10/1987, filho de Adelmo de Almeida e de Maria Joana dos Santos Almeida, residente na Av. Valter Ananias N596, Jaraguá, Maceió, Alagoas.

**HISTÓRICO:**

Periciando refere que sofreu acidente de trânsito no dia 28/07/2015. Foi levado para a Santa Casa, onde foi diagnosticada fratura do cotovelo direito. Fez tratamento cirúrgico e continua sendo acompanhado pela ortopedia. Conforme relatório médico assinado pelo Dr. Felipe Porciúncula CRM 3123 AL, há presença de sequela de déficit de extensão e de mobilidade do cotovelo direito.

**EXAME MÉDICO:**

Limitação na extensão e movimento do cotovelo direito.

**RESPOSTAS AOS QUESITOS:**

Ao 1º: SIM.

Ao 2º: INSTRUMENTO CONTUNDENTE.

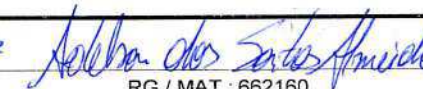
Ao 3º: NÃO.

Ao 4º: SIM A INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE 30 DIAS E A DEBILIDADE PERMANENTE DA FUNÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Ao 5º: SIM A DEFORMIDADE PERMANENTE E A PERDA DA FUNÇÃO DO COTOVELO DIREITO.

Nada mais havendo a respeito do assunto, deu-se por encerrado o presente laudo, que vai assinado pela Médica Legista. Eu, ÁLVARO LOPES LIMA NETO, o digitei e assino. \_\_\_\_\_, Maceió, aos 20 dias do mês de abril do ano de 2016.

  
Dra. Magda V. P. Costa  
CRM - AL 3605  
CRM-BA 13787  
Médica Legista

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  ESTADO DE ALAGOAS<br>SECRETARIA<br>DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL<br>POLICIA CIVIL |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>BOLETIM DE OCORRÊNCIA</b><br>DELEGACIA: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT<br>FONE: 33156424 DATA/HORA COMUNICADO: 04/04/2016 13:46<br>DELEGACIA DESTINO: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT |                                                                                       | NUMERO: 0052-I/16-0879<br>Pág.1 / 1                                                           |
| FATO                                                                                                                                                            | NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                         | INSTRUMENTO: Outros                                                                   |                                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | DATA/HORA: 28/07/2015 15:00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                         | LOCAL DO FATO: AV. DEP JOSÉ LAGES Ponta Verde Maceió                                  |                                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | DIA DA SEMANA: 2 PONTO DE REFERÊNCIA: PROXIMO A SISTEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |                                                                                               |
| COR<br>1 BRANCO 4 PARDO<br>2 PRETO 5 SARARA<br>3 AMARELO 6 ALBINO                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ESTADO CIVIL<br>1 SOLTEIRO 4 SEPARADO<br>2 CASADO 5 AMASIADO<br>3 VIUVO                                                                                                                                                 |                                                                                       | NACIONALIDADE<br>1 BRAS. NATO<br>2 BRAS. NATURALIZADO<br>3 ESTRANGEIRO                        |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DIA DA SEMANA<br>1 SEG 4 QUI 7 DOM<br>2 TER 5 SEX<br>3 QUA 6 SAB                                                                                                                                                        |                                                                                       | GRAU DE INSTRUCAO<br>1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO<br>2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR<br>3 FUNDAMENTAL |
| VITIMA                                                                                                                                                          | NOME / RAZÃO SOCIAL: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                         | RG: 13.533-010                                                                        | RGPM-AL                                                                                       |
|                                                                                                                                                                 | FILIAÇÃO: ADELMO DE ALMEIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                         | MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA                                                        |                                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | PROFISSÃO: Policial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                         | DATA DE NASCIMENTO: 30/10/1987                                                        | IDADE: 27                                                                                     |
|                                                                                                                                                                 | UF: AL NATURALIDADE: MACEIÓ/AL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                         | NACIONALIDADE: 1                                                                      | ESTADO CIVIL: 1                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | ENDEREÇO: AV. VALTER ANANIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                         | GRAU INSTRUÇÃO: 4                                                                     | TURISTA: NÃO                                                                                  |
|                                                                                                                                                                 | BAIRRO: Jaragua                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                         | CIDADE: Maceió                                                                        | FONE:                                                                                         |
|                                                                                                                                                                 | SE ( X ) PM ( ) PF ( ) PC ( ) PRF ( ) BM ( ) GM ESPECIFICAR ( X ) EM SERVIÇO ( ) FORA DE SERVIÇO ( ) INATIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                         | Nº 596                                                                                |                                                                                               |
|                                                                                                                                                                 | AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                         | OCORRÊNCIA RELACIONADA A: Nº 0012-D/11-0361                                           |                                                                                               |
| <b>AUTOR: DESCONHECIDO</b>                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |                                                                                               |
| VEICULO                                                                                                                                                         | VEÍCULO: INSTRUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                         | PLACA: NMC4432                                                                        | CHASSI: 9C2KD0510AR012625                                                                     |
|                                                                                                                                                                 | MARCA/MODELO: HONDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                         | NXR 150 BROS                                                                          | ANO FABRICAÇÃO: 2010 ANO MODELO: 2010                                                         |
| HISTORICO                                                                                                                                                       | SEGUNDO O DECLARANTE, guiava uma moto de sua propriedade, esta já cadastrada acima, onde a vitima trafegando na Av. Dep. José Lages, onde nas imediações da SISTEM ( Escola de Inglês), a vitima em sua mão correta, quando um veículo de placa não anotada pela vitima, que vinha em sentido contrario ao do declarante, fez uma conversão de retorno, onde o declarante tomado de surpresa e sem ter tempo hábil para frear, choca-se com o veículo que lhe obstruiu a passagem. No momento o condutor do carro para e dar assistência a vitima, este pensando que só tinha ocorrido danos materiais foi para sua residência e notou que seu braço estava muito inchado, onde foi a Santa Casa de misericórdia conforme atendimento de N° 1352647 |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |                                                                                               |
|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                       |                                                                                               |
| NOTICIANTE:                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ASS:                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                               |
| ELABORADO POR: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ASS:                                                                                                                                                                                                                    | RG / MAT.: 662160                                                                     |                                                                                               |
| AUTORIDADE: Antônio Carlos Azevedo Lessa                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ASS:                                                                                                                                                                                                                    | RG / MAT.: 413879                                                                     |                                                                                               |
| ESCRIVÃO AD-HOC: Silvio Eduardo Michel Maia Gomes                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ASS:                                                                                                                                                                                                                    | RG / MAT.: 662160                                                                     |                                                                                               |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por WAGNER VELOSO MARTINS e www.2tajuus.br, sob o número 07415732-22-2020-9.1. Para conferir o original, acesse o site https://www.2tajuus.br/estadistica/ver/ajacu Conferência de Documento, número 07415732-22-2020-9.02, código 443-3-BC.

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



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2016

Carta nº: 9526066

A/C: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Sinistro: 3160486194 ASL-0993816/16  
Vítima: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Data Acidente: 28/07/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **28/07/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- DUT

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do



**SANTA CASA**  
de Misericórdia de Maceió

**FICHA DE CLASSIFICAÇÃO  
DE RISCO – Protocolo de  
Manchester**

HS. 101

**Emergência 24 horas**

**Classificação de Risco:**

**Paciente:**

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE MACEIO CONSULTORIO ORTOPEdia

Nome: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Dt. Nasct: 30/10/1987

Atendimento: 3837526

Data e hora Atendimento: 28/07/2015 17:12:59

Convênio: EXCELSIOR

Mãe: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA



**Ida:**

**Horário de Chegada:** \_\_\_\_\_

**Destino:**

Encaminhamento Médico ( ) Não ( ) Sim

Dr. \_\_\_\_\_

| Amarelo | Verde | Azul |
|---------|-------|------|
|         |       |      |

| Clinico | Cirurgião | Ortopedia | Cardiologia | Pediatria |
|---------|-----------|-----------|-------------|-----------|
|         |           |           |             |           |

**Situação/Queixa atual:**

**Fluxograma:**

Nº

**Discriminador:**

**Escala de Intensidade da Dor**



| PA | FC | SAT 02 | T° | FR | Glicemia |
|----|----|--------|----|----|----------|
|    |    |        |    |    |          |

Hora do início da  
Classificação: \_\_\_\_\_

Carimbo com COREN e assinatura:

**Antecedentes:**

( ) DM ( ) HAS ( ) Seqüela de AVC ( ) Cardiopatia ( ) Outros \_\_\_\_\_

Alergia: ( ) Não ( ) Sim Quais: \_\_\_\_\_

Medicamentos de uso contínuo: \_\_\_\_\_

Ente: Kennedy Alves  
CRM: 33.943

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por WAGNER VELOSO MARTINS e www2.fjal.jus.br, protocolado em 14/05/2020 às 11:57, sob o número 07115753220208020001. Para conferir o original, acesse o site https://www2.fjal.jus.br/assinadigital/ou/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0711575-32-2020-8-02-0001 e código 43ED1C2.



PRESCRIÇÃO.: 5601748 DATA: 28/07/2015 17:57  
USUÁRIO....: RAIMUNDO\_4155  
ATENDIMENTO: 3837526 DT NASC: 30/10/1987 (27A 8M 29D)  
CONVÊNIO....: EXCELSIOR  
PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 28/07/2015 17:25 0 DIAS(S) INT

MEDICO.....: RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO SERVIÇO: ORTOPEDIA  
UNID. INT...: EMERGENCIA 24 HS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Dr. Raimundo de Araújo Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 4155 TEOT 12089  
Rubrica do Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 HORAS  
TRAUMA EM COTOVELO NA OCASIAO  
NO MOMENTO REFERE DOR DE FORTE INTENSIADADE EM COTOVELO  
REFERE PRONAÇÃO-SUPINAÇÃO DOLOROSA

AO EXAME: SEM DEFORMIDADES APARENTES  
COTOVELO EM FLEXAO E SOBRE O TRONCO  
FACIES DE DOR  
DOR A FLEXO-EXTENSAO ATIVA E PASSIVA  
INACAPACIDADE PELA DOR DE EXERCER MOVIMENTO DE PRONO-SUPINAÇÃO

Cd: SOLICITO RX  
ANALGESIA

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### MEDICAMENTOS

|                                                                    | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|--------------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 1 C.C. (D1/) TRAMADOL 50MG / ML AMP 1 ML<br>GEN TEUTO (SUBCUTANEO) | 1   | AMPOLA  |    | SC  | AGORA      | [28/07] | 18:01    |

Obs.: Analgésico narcótico/opioide: monitorar frequência respiratória, frequência cardíaca e nível de consciência.

-> SERINGA 1 ML C/ AGULHA INSULINA BD 1 UNIDADE

|                                                     |   |            |  |    |       |         |       |
|-----------------------------------------------------|---|------------|--|----|-------|---------|-------|
| 2 C.C. (D1/) BEXTRA 40 MG PÓ LIOF. FR/AMP IV/<br>IM | 1 | FRASCO AMP |  | IV | AGORA | [28/07] | 18:01 |
|-----------------------------------------------------|---|------------|--|----|-------|---------|-------|

Obs.: Obs: Reconstituir com 2ml SF 0,9% para uso IM ou IV. Após reconstituído pode ser usado por até 24h se conservado à temperatura ambiente e protegido da luz. Não pode ser reconstituído com Ringer ou Água destilada. Não pode ser refrigerado.

-> CLORETO DE SODIO 0,9% AMPOLA 10 1 AMPOLA  
ML ISOFARMA  
-> SERINGA 3 ML S/ AGULHA LUER LOCK 1 UNIDADE  
BD  
-> AGULHA DESCARTAVEL NEEDLE PRO 1 UNIDADE  
25 X 7 BBRAUN 4658315  
-> VENOFIX SAFETY 23 G (0,65X19MM) 1 UNIDADE  
30CM BBRAUN 4056510-04

EMP. KARYNE ALVES  
CRM-AL 4155  
COF. 1111-33-5-13

EMP. KARYNE ALVES  
CRM-AL 4155  
COF. 1111-33-5-13



PRESCRIÇÃO.: 5601748 DATA: 28/07/2015 17:57  
USUÁRIO.....: RAIMUNDO\_4155  
ATENDIMENTO.: 3837526 DT NASC: 30/10/1987 (27A 8M 29D)  
CONVÊNIO....: EXCELSIOR  
PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 28/07/2015 17:25 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO  
UNID. INT...: EMERGENCIA 24 HS LEITO...: SERVIÇO: CRTOPEDIA  
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO COBERTURA:  
DIAGNÓSTICO: CICLO...: 1/  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Dr. Raimundo de Araújo Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 4155 - R.OT 12089

#### MEDICAMENTOS

|                                                          | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|----------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 3 C.C. (D1) DIPIRONA SODICA 500 MG/ML AMP 2 ML GEN TEUTO | 1   | AMPOLA  |    | IV  | AGORA      | [28/07] | 18:02    |
| -> AGUA BI DESTILADA AMPOLA 10 ML ISOFARMA               | 2   | AMPOLA  |    |     |            |         |          |
| -> SERINGA 20 ML S/ AGULHA SLIP BICO LATERAL BD          | 1   | UNIDADE |    |     |            |         |          |
| -> AGULHA DESCARTAVEL NEEDLE PRO 40 X 12 BBRAUN 4658313  | 1   | UNIDADE |    |     |            |         |          |

#### EXAMES DIAGNOSTICO POR IMAGEM / MEI

|                                                           | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|-----------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 4 RAIOS X COTOVELO<br>Justificativa.: DOR NO COTOVELO     | 1   |         |    |     |            | [28/07] | 17:57    |
| 5 RAIOS X ANTEBRACO<br>Justificativa.: TRAUMA EM COTOVELO | 1   |         |    |     |            | [28/07] | 17:57    |
| 6 RAIOS X BRACO<br>Justificativa.: TRAUMA EM COTOVELO     | 1   |         |    |     |            | [28/07] | 17:57    |

Dr. Raimundo de Araújo Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 4155 - R.OT 12089

RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO  
CRM: 4155



PRESCRIÇÃO.: 5601790 DATA: 28/07/2015 18:21  
USUÁRIO.....: RAIMUNDO\_4155  
ATENDIMENTO: 3837526 DT NASC: 30/10/1987 (27A 8M 29D)  
CONVÊNIO....: EXCELSIOR  
PACIENTE....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 28/07/2015 17:25 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO SERVIÇO: CRTOPEDIA  
UNID. INT...: EMERGENCIA 24 HS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

Dr. Raimundo de Araújo Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 4155 TEOT 2089

### EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM FRATURA DE CABEÇA DO RADIO SEM DESVIO NA RADIOGRAFIA

CD: TALA GESSDA AXILO PALMAR  
ENCAMINHO AO ESPECIALISTA DO OMBRO  
PARECER DA CIRURGIA GERAL

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### PROCEDIMENTOS CIRURGICOS (EMERGEN

7 MEMBRO SUPERIOR-30711037

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários  
[28/07] : 18:21

#### ORTOPEDIA (EMERGENCIA)

8 C.C. TALA GESSADA AXILIO PALMAR  
POLEGAR (G) E/D

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários  
[28/07] : 18:21

[-> TIPOIA  
[-> MALHA TUBULAR 8 CM X 15 M NEVE  
[-> ATADURA DE ALGODAO ORTOPEDICO  
12 CM X 1,8 M CREMER  
[-> ATADURA DE CREPON 12 CM X 1,8 M  
CREMER  
[-> ATADURA DE CREPON C/ 15 CM X 1,8 M  
CREMER  
[-> ATADURA GESSADA 15 CM X 3 M  
CREMER  
[-> LUVA DE PROCEDIMENTO MEDIA  
EMBRAMAC  
[-> ESPARADRAPO COMUM 10 CM X 4,5 M  
CREMER

1  
150 CENTIMETRO  
4 ROLO  
3 ROLO  
1 ROLO  
4 ROLO  
2  
30

Dr. Raimundo de Araújo Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 4155 TEOT 2089

RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO  
CRM: 4155

PRESCRIÇÃO.: 5601916 DATA: 28/07/2015 19:52  
USUÁRIO....: MARCOS\_3728  
ATENDIMENTO: 3837526 DT NASC: 30/10/1987 (27A 8M 29D)  
CONVÊNIO...: EXCELSIOR  
PACIENTE...: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 28/07/2015 17:25 0 DIAS(S) INT  
MÉDICO.....: RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO SERVIÇO: ORTOPEDIA  
UNID. INT...: EMERGENCIA 24 HS LEITO...: COBERTURA:  
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO CICLO...: 1/  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

## EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE REFERIO COLISÃO MOTP-CARRO HÁ +/-2H, NEGA DESMAIO, VÔMITOS OU PERDA DA CONSCIÊNCIA, REFRIU USO DE CAPACETE.  
A-NORMAL  
B-MV(+) S/RA  
C-RCR,2T, FC-76BPM  
D-GCS-15  
E-ABDOME-PLANO, FLÁCIDO, NORMOTENSO, INDOLOR A PALPAÇÃO.  
FRATURA DE COTOVELO D, COM IMOBILIZAÇÃO E ORIENTAÇÕES E MEDICAÇÕES PELA ORTOPEDIA.  
CD-ORIENTAÇÕES  
ALTA DA C.GERAL.



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## TAXAS DE SERVICOS

|                                | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|--------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 9 CONSULTA MEDICA (EMERGENCIA) | 1   |         |    |     |            |      |          |

Dr. Marcos de Holanda Pessoa  
Cirurgião de Aparelho Digestivo  
CRM: 3728

MARCOS DE HOLANDA PESSOA  
CRM: 3728

Prescrição.: 5601748  
Setor Solic: EMERGENCIA 24 HS  
Atendimento: 3837526  
Paciente....: 588310 - ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Convenio....: EXCELSIOR  
Prestador...: 4155 RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO  
Acomodacao.:  
Unid Intern:  
CID.....: S500 CONTUSAO DO COTOVELO  
Origem Atd.: EMERGENCIA 24 HORAS - URGENCIA/EMERGENCIA  
Data Prescrição: 28/07/2015 17:57  
NR Carteira.: 844828530  
Validade.: 31/12/2015  
Nasc.: 30/10/1987 (27)  
Servico: ORTOPIEDIA  
Leito:  
Usuario: RAIMUNDO\_4155

Legenda: FC - Fora da Conta NA - Não Autorizado AG - Autorizado Por Guia AT - Autorizado  
Para: 17 RADIOLOGIA - RX 24 HORAS

| Exames                            | Qtd | Pedido                                                                                       | Data Coleta         | Material | Accession Number                                                                                  | Cod. Fatu |
|-----------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| RAIOS X<br>COTOVELO               | 1   | <br>1227774 | 28/07/2015<br>17:57 |          | <br>1352648 AT | 32030096  |
| Justificativa: DOR NO COTOVELO    |     |                                                                                              |                     |          |                                                                                                   |           |
| RAIOS X<br>ANTEBRACO              | 1   | <br>1227774 | 28/07/2015<br>17:57 |          | <br>1352649 AT | 32030100  |
| Justificativa: TRAUMA EM COTOVELO |     |                                                                                              |                     |          |                                                                                                   |           |
| RAIOS X<br>BRACO                  | 1   | <br>1227774 | 28/07/2015<br>17:57 |          | <br>1352647 AT | 32030088  |
| Justificativa: TRAUMA EM COTOVELO |     |                                                                                              |                     |          |                                                                                                   |           |

Dr. Raimundo de Araújo Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 4155 TEOT 12089

RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO  
CRM : 4155

Dados do Paciente:

Paciente : 588310 ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Mãe : MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA

Dt Nasc : 30/10/1987

Dados da Internação:

Atendimento : 3837526 Dt Internação : 28/07/2015  
CID : S500 CONTUSAO DO COTOVELO  
Convênio : 59 EXCELSIOR Serviço : ORTOPEDIA  
Leito : Enfermaria: Unidade :

Dados da Solicitação:

Código: 58969 Data : 28/07/2015 18:25 Médico: RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO  
Especialidade Solicitada: 11 CIRURGIA GERAL  
Médico Solicitado:  
Descrição: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-CARRO COM EJEÇÃO NA OCASIAO. TRAUMA EM MSD.

RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO  
CRM - 4155

Dr. Raimundo de Araújo Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 4155 / REOT 12089

Período de 29/07/2015 a 29/07/2015

Atendimento: 3837526 ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA

Nascimento: 30/10/1987

Mãe: MARIA JOANA DOS SANTOS ALMEIDA

Internação: 28/07/2015 CID: S500 CONTUSAO DO COTOVELO

Convênio: EXCELSIOR

Leito:

Unidade:

Serviço: ORTOPEDIA

Médico: RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO

Evolução/Anotação: 04334248

Data: 29/07/2015

Hora: 05:11

ADMINISTRADA MEDICAÇÃO IV PRESCRITA COM VEWNOFIX.

REALIZADO RAO-X.

REALIZADO E LIBERADO.

Téc. Gina Karla  
Mat. 8943  
COREN - 649270

5374 GINA KARLA MARTINS DANTAS DA SILVA  
TECNICO EM ENFERMAGEM  
COREN: 649270



Reimpressão

Solicitação: 6829892 Agrupamento:  
Atendimento: 3837526 Presc.: RN.: Não  
Estoque: 0008 - FARMACIA SAT. DO 24 HORAS  
Setor Solic: 36 - EMERGENCIA 24 HS  
Prestador: 2819 - RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO  
CRM: 4155  
Aviso Cirurgia: Sala:  
Obs:

- Convênio: 59 EXCELSIOR  
Data: 29/07/2015 05:10 Usuário: GJNA8943  
Paciente: ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA  
Estoque Sol: -  
Unid. Int Solic: -  
Leito Solic:  
Leito Atual:  
Médico Cir.:

Tipo da Solicitação: N O R M A L

Origem: Avulso

Ordem de Impressão: N O R M A L

Produtos Solicitados

| Produto                                                                                  | Frequência                               | Unidade   | Qt Solicit | Horários |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------|------------|----------|
| Produto Avulso                                                                           |                                          |           |            |          |
| 34199 VENOFIX SAFETY 23 G (0,65X19MM) 30CM BBRAUN 4056510-04<br>(CATETER INTRAVENOSO 23) |                                          | UNIDADE   | 1          |          |
|                                                                                          | Localização: DESCARTAVEIS PEQUENO VOLUME |           |            |          |
| 2541 ALCOOL 70% ANTI-SEPTICO FR 100 ML LAFARE<br>(ALCOOL 70% ANTI-SEPTICO 100 ML)        |                                          | MILILITRO | 2          |          |
| 4463 ALGODAO HIDROFILO CREMER<br>(ALGODAO HIDROFILO)                                     |                                          | BOLA      | 2          |          |
| 4455 LUVA DE PROCEDIMENTO MEDIA MUCAMBO<br>(LUVA DE PROCEDIMENTO MEDIA)                  |                                          | UNIDADE   | 2          |          |

Téc. Gina Karla  
Mél 8943  
COREN - 649270

Gina

Conferido Por: \_\_\_\_\_ Entregue Por: \_\_\_\_\_ Recebido Por: \_\_\_\_\_

N.P. - (Produto não Padronizado). Se esta descrição for apresentada no relatório sem o código do produto, quer dizer que existem produtos que foram solicitados na prescrição porém o Hospital não dispõe em seu estoque. Favor verificar a divergência de itens deste relatório com a solíc. da prescrição.

Este documento é uma cópia do original, assinado digitalmente por WAGNER VELOSO MARTINS e www2.tjal.jus.br, protocolado em 14/05/2020 às 11:57, sob o número 07115753220208020001. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjal.jus.br/nastadigital/na/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0711575-32-2020-8-02-0001 e código 43ED1C2.



## BIOIMAGEM



RUA BARÃO DE MACEIÓ, 288 - CENTRO - MACEIÓ - ALAGOAS - FONE (82) 2123-9593 / 2123-6000  
C.N.P.J. 12.307.187/0001-50 INSC ESTADUAL 24.054.180-4

|                     |                                 |                   |            |                 |         |
|---------------------|---------------------------------|-------------------|------------|-----------------|---------|
| Paciente:           | ADELSON DOS SANTOS ALMEIDA      | Idade:            | 27         | Sexo:           | M       |
| Convênio:           | EXCELSIOR                       | Status:           | URGENCIA   | Nº Atendimento: | 3837526 |
| Procedência:        | EMERGENCIA 24 HS                | Prontuário:       | 588310     | Nº Pedido:      | 1227774 |
| Médico Solicitante: | DR.(a) RAIMUNDO DE ARAUJO FILHO | Data Atendimento: | 28/07/2015 |                 |         |
| Nº Laudo:           | 428094                          | Data Realizado:   |            |                 |         |
|                     |                                 | Data Laudo:       | 30/07/2015 |                 |         |

**BRACO DIREITO**

Estrutura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares conservados.

**COTOVELO DIREITO**

Estrutura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares conservados.

**ANTEBRACO DIREITO**

Estrutura óssea normal.

Superfícies e espaços articulares conservados.

  
Dra. JULIANA SIMON PETRUCELI  
CRM: 5058



PODER  
JUDICIÁRIO  
DE ALAGOAS

**Juízo de Direito - 7ª Vara Cível da Capital**

**Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes,**

**Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3513, Maceió-AL - E-mail:**

**vcivel7@tj.al.gov.br**

Autos nº: 0711575-32.2020.8.02.0001

Ação: Procedimento Comum Cível

Autor: Adelson dos Santos Almeida

Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

### **DECISÃO**

Trata-se de ação de cobrança de seguro DPVAT proposta por Adelson dos Santos Almeida, em face de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A, todos devidamente qualificados, em que a parte demandante requer a concessão da gratuidade da Justiça.

#### **É o relatório. Decido.**

Trata-se de ação de cobrança de seguro obrigatório de danos pessoais DPVAT, onde a parte autora pugna pela concessão da assistência judiciária gratuita.

#### **É o breve relatório. Decido.**

*Ab initio*, no que tange ao pedido de Justiça gratuita, entendo ser esta cabível segundo o que dispõem o art. 98 e art. 99 da Lei nº. 13.105/15 (Novo Código de Processo Civil), consoante seguem:

Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.

Art. 99. O pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado na petição inicial, na contestação, na petição para ingresso de terceiro no processo ou em recurso.

Portanto, considerando que há pedido expresso na inicial e não há qualquer indício de que a parte possa arcar com as custas sem prejuízo do próprio sustento, **DEFIRO** o pedido de Justiça gratuita, devendo o advogado subscritor da inicial patrocinar a causa do necessitado.

Diante da extensa propagação da COVID-19, desencadeada pelo novo coronavírus que vem infectando milhares de pessoas no mundo, classificado como pandêmico, bem como das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação (CPC, art. 139, VI e enunciado nº 35 da ENFAM: “*Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo*”).

**Cite-se e intime-se a parte ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.**



PODER  
JUDICIÁRIO  
DE ALAGOAS

**Juízo de Direito - 7ª Vara Cível da Capital**

**Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes,**

**Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3513, Maceió-AL - E-mail:**

**vcivel7@tj.al.gov.br**

**A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial.** A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém na íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no art. 340 do CPC.

Publique-se.

Maceió, 24 de agosto de 2020.

Luciano Andrade de Souza

Juiz de Direito



ESTADO DE ALAGOAS  
PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da 7ª Vara Cível da Capital

Av. Presidente Roosevelt, 206, Fórum Desembargador Jairon Maia Fernandes, Barro Duro - CEP 57045-900, Fone: 3218-3513, Maceió-AL - E-mail: vcivel7@tj.al.gov.br

**CARTA DE CITAÇÃO**

Processo Digital nº: 0711575-32.2020.8.02.0001  
Classe – Assunto: **Procedimento Comum Cível - Seguro**  
Autor: Adelson dos Santos Almeida  
Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

**Destinatário:**

**Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.**

Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro

Rio de Janeiro-RJ

CEP 20031-205

Fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** para oferecer resposta no prazo e com as advertências abaixo assinalados, .

**PRAZO:** O prazo para oferecer resposta aos termos da petição inicial, a qual deverá ser apresentada por petição, é de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC).

**ADVERTÊNCIAS:**

**01) Não sendo oferecida contestação no prazo marcado, o réu será considerado revel e presumir-se-ão verdadeiras as alegações de fato formuladas pelo autor (art. 344 do CPC).**

**OBSERVAÇÃO:** Este processo tramita eletronicamente. A íntegra do processo poderá ser visualizada mediante acesso ao sítio do Tribunal de Justiça de Alagoas, na internet, no endereço [www.tjal.jus.br](http://www.tjal.jus.br), sendo considerado vista pessoal (art. 9º, § 1º, da Lei Federal nº11.419/2006). Petições, procurações, contestação etc, devem ser trazidos ao Juízo por peticionamento eletrônico.

Maceió, 22 de setembro de 2020. José Alexandrino de Melo Júnior - Analista Judiciário