

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200126411**

**Vítima: SUZANA FEREIRA SILVA**

**Data do Acidente: 10/11/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SUZANA FEREIRA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200126411**      **Vítima: SUZANA FEREIRA SILVA**

**Data do Acidente: 10/11/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SUZANA FEREIRA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =      R\$ 7.087,50

**Recebedor: SUZANA FEREIRA SILVA**

**Valor: R\$ 7.087,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000534**

**Conta: 0000045666-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - NRP do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

510.311.182-04 Suzanna Ferreira Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Suzanna Ferreira Silva

6 - CPF:

510.311.182-04

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

R. Raimundo A. Palma de Costa

9 - Número:

363

10 - Complemento:

sara

11 - Bairro:

Cidade do paulo

12 - Cidade:

Rio Branco

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

26.900-270

15 - E-mail:

(11) 99612-5434

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

6534

02

CONTA:

00045666

2

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos:30 - Vítima deixou nascituro (varascer):  Sim  Não31 - Vítima  Sim  Não32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos:33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio Branco, Rio 26 de dezembro de 2019.

- Suzanna Ferreira Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE PÓLICIA DA 2ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048628/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/12/2019 11:34 Data/Hora Fim: 26/12/2019 11:37  
Origem: Polícia Judiciária  
Delegado de Polícia: Jarlen Alexandre Martins Rodrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 2ª Regional

Data/Hora do Fato: 10/11/2019

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)

Bairro: Cidade Do Povo

Logradouro: Rua Vereadora Maria Antônia

Ponto de Referência: próximo ao Mercantil G B Santos

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SUZANA FERREIRA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE )
---

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
Suzana Ferreira Silva	Veículo	Motocicleta/Motoneta	HONDA/CG, Placa MZV8983, Chassi 9C2JC30708R253734, Núm. Motor JC30E78253734, Renavam 00125413408	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

A vítima/comunicante veio à esta Delegacia para noticiar que no dia, horário e local acima citados, vinha na garupa da moto Yamaha Factor de cor preta de propriedade de sua amiga "Rosa" e que ao manobrar numa curva, dois cães apareceram e a manobrista perdeu o controle da motocicleta onde a motocicletas se chocou no meio fio, caindo ambas do veículo, mas a vítima/comunicante foi a que mais se machucou, quebrando o braço e o punho esquerdos; QUE a vítima/comunicante veio registrar este B.O. para o conhecimento da Autoridade Policial e também para dar entrada no DPVAT.





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048628/2019-A01

ASSINATURAS

*Antônio Batista*

Antônio Batista

Agente de Polícia

Matrícula 0933310

Responsável pelo Atendimento

*\*Suzana Ferreira Oliveira*

Suzana Ferreira Oliveira

(Comunicante / Vítima)

\*Declaro para os devidos fins de prova que sou (a) agente responsável pelas informações acima assinadas e crime que podem responder com o crime cometido pela Unidade Descentralizada que deu origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Crimosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Conveniência do Código Penal Brasileiro.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - NRP do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

510.311.182-04 Suzanna Ferreira Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Suzanna Ferreira Silva

6 - CPF:

510.311.182-04

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

R. Raimundo de Almeida Costa

9 - Número:

363

10 - Complemento:

sara

11 - Bairro:

Cidade do paulo

12 - Cidade:

Rio Branco

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

26.900-270

15 - E-mail:

(11) 99612-5434

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

 AGÊNCIA: 6534  CONTA: 00045666  2  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

 AGÊNCIA:  CONTA:  2  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco, Rio 26 de dezembro de 2019.

- Suzanna Ferreira Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMLINHAS

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: SUZANA FEREIRA SILVA

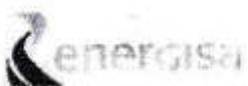
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000045666-2

---

Nr. da Autenticação BDE301D68FCEA823



Para contato:  
digite este NÚMERO:

SEU CÓDIGO

0353237-0

00631E596

NOVEMBRO/2019 26/11/2019 54 16,48

SUZANA FERREIRA, 01 V.A.  
R. RAIMUNDO SANTOS DA COSTA 363 VILA CRISTAL 40  
CPF: 055.763.140-01  
CEP: 69.409-270 - RIO BRANCO

290 13/11/2019

236 13/10/2019

1.000 13/12/2019

54 13/11/2019

54 FCAM 19/11/2019

NOTAS 32

REF ID: RA RENDA MONO 85056473330 1.4.1. 25

OUT/19	65	CONSUMO	30 A R\$ 0,205725 =	6,17
SET/19	41	2= A R\$ 0,352668 =	5,46	
AGO/19	90	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	0,70	
JUL/19	49	DIFERENCA DE TARIFA	17,11	
JUN/19	34	SUBVENCAO BAIXA RENDA	16,43	
MAI/19	2	MULTA POR ATRASO 10/19-00	0,38	
ABR/19	2	JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00	0,09	
MAR/19	3	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,13		
FEB/19	5	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 0,55		
JAN/19	18			

RESERVADO A LICENCIADO NOS DIA FILHOS 5 ANOS, APRESENTE-SE PELA INTERNET (WWW.E-ARNET.E-BRIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020 OU NA OM MAIS PROXIMA, DE VLR A 16/12/2019.

RESERVADO A LICENCIADO NOS DIA FILHOS 5 ANOS, APRESENTE-SE PELA INTERNET (WWW.E-ARNET.E-BRIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020 OU NA OM MAIS PROXIMA, DE VLR A 16/12/2019.

11,40			
14,78			
0,34			
4,95			
1,17			
		0,22	
		1,32%	1,05

3,00 0,00 0,00

11,12 27,44 46,89 5,54 31,00 27,12 0,45

TAQUAFI 09/2019 5,24

117-64

MS/DATASUS	HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO		
No. DO BE: 2682518	DATA: 10/11/2019	HORA: 19:17	USUÁRIO: ERICO
CNS: 704601620822425	SETOR: 06 SALA DE GESSO		
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	SUZANA FERREIRA SILVA		
IDADE	51 ANOS	NASC:	01/06/1968
ENDERECO	Q 10 A CASA 40		
COMPLEMENTO			
MUNICIPIO	RIO BRANCO		
NOME PAI/MAE	MANOEL CANDINO DA SILVA		
RESPONSAVEL	ELDA FERREIRA SILVA		
PROCEDENCIA	UPA-CIDADE DO POCO		
ATENDIMENTO	FRATURA		
CASO POLICIAL	NAO	PLANO DE SAUDE	NAO
ACID. TRABALHO	NAO	VEIO DE AMBULANCIA	NAO
PA [ <input checked="" type="checkbox"/> mmHg ] PULSO [ <input type="checkbox"/> ]	TEMP. [ <input type="checkbox"/> ]	PESO [ <input type="checkbox"/> ]	FC [ <input type="checkbox"/> ] SP02 [ <input type="checkbox"/> ]
EXAM. COMPL. [ <input type="checkbox"/> ] RAIOS X [ <input type="checkbox"/> ] SANGUE [ <input type="checkbox"/> ] URINA [ <input type="checkbox"/> ] LTC [ <input type="checkbox"/> ] LÍQUOR [ <input type="checkbox"/> ] ECG [ <input type="checkbox"/> ] ULTRASSON [ <input type="checkbox"/> ]			
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ <input type="checkbox"/> ] SIM [ <input checked="" type="checkbox"/> ] NAO			
DADOS CLINICOS:	DATA PRIMEIROS SINTOMAS:		
20/10/2019 - ontem 06h00 - O que é grande de ontem			
OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ <input type="checkbox"/> ] VERDE [ <input type="checkbox"/> ] AMARELO [ <input type="checkbox"/> ] VERMELHO [ <input type="checkbox"/> ] AZUL			
ESCALA DA DOR: [ SEM DOR ] [ LEVE ] [ MODERADA ] [ INTENSA ]			
DIAGNOSTICO:	CID:		
PREScriCAO	HORARIO DA MEDIDA:		
<p>Og 19/11/2019 7h00 ameaça de suicídio Og 19/11/2019 7h00 ameaça</p>			
DATA DA SAIDA:	HORA DA SAIDA:		
ALTA: [ <input type="checkbox"/> ] DECISAO MEDICA [ <input type="checkbox"/> ] A PEDIDO [ <input type="checkbox"/> ] EVASAO	[ <input type="checkbox"/> ] DESISTENCIA		
[ <input type="checkbox"/> ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO			
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):			
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):			
OBITO: [ <input type="checkbox"/> ] ATÉ 48HS [ <input type="checkbox"/> ] APÓS 48HS	[ <input type="checkbox"/> ] FAMILIA	[ <input type="checkbox"/> ] IML	[ <input type="checkbox"/> ] ANATEM
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:		ASSINATURA E CARTEIRA DO MEDICO:	
 Dr. Antônio de Mello Magalhães Ortopedista e Traumatologista CRM/AC 1000		 Dr. Antônio de Mello Magalhães CRM/AC 1000	
<p>Assinado - (Assinatura de Suzana Ferreira Silva)</p> <p>Assinado - (Assinatura de Dr. Antônio de Mello Magalhães)</p> <p>Assinado - (Assinatura de Dr. Antônio de Mello Magalhães)</p>			

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 101601  
Número do CNS....: 701601620822426  
Nome.....: SUZANA FERREIRA SILVA  
Documento.....: NT  
Data de Nascimento: 1/06/1968  
Sexo.....: FEMININO  
Responsável.....: MANOEL CANDIDO DA SILVA  
Nome da Mae.....: ELDA FERREIRA SILVA  
Endereço.....: Q 10 A CASA 40 40  
Bairro.....: CIDADE DO DOVO  
Telefone.....: 99617-5434  
Município.....: 1200401 - - AC  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade....: ACRE

DAOS DA INTERNACAO

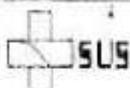
Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do RE: 2682518  
Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA EL "B"  
Leito.....: 999.0171  
Data da Internacao: 10/11/2019  
Hora da Internacao: 19:25  
Medico Solicitante: 744.686.342-00 - VINICIUS DE MACEO MACALHAES  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnóstico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: ROSY

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:  
Dt. hr Saída:  
Especialidade:  
Tipo de Saída:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro: 3203216 53

121310056

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HUERB

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

8 - SEXO

9 - RACISMO

10 - NOME DA MÃE

11 - TEL. ESTABELECIMENTO

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - TEL. CELULAR

14 - ENDERECO (RUA, Nº, BAIRRO)

15 - COD. UBS MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

18 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queimadura profunda  
intensiva com edema perioriginário.

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS NÃO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO N. DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ( ) ENJUADA/SEGURADORA

37 - N. DO VLT/TE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ENSEMPRESA

39 - CNAME EMPRESA

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETÓ

40 - ATIVONOMO

41 - INSEMPREGADO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

42 - ATIVONOMO

43 - INSEMPREGADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - AUTORIZAÇÃO

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DOCUMENTO

51 - ASSINATURA E CARIMBO N. DO REGISTRO DO CONSELHO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

GUNNAR

MAY

SAME | HUERB  
COPIA  
ORIGINAL  
CONFORME

Jose L. Sifuentes  
Ginecologista  
Medico 463 - 70  
GDM 463

## EVOLUÇÃO

## DESCRITIVO

## ANEXOS

## ANOTACOES DE ENTRADAS

EXPLAQUETAS

1

EXAMENES DE RAYOS X

2

EXAMENES DE ULTRASONIDO

3

EXAMENES DE RAYOS X

4

EXAMENES DE RAYOS X

5

EXAMENES DE RAYOS X

6

EXAMENES DE RAYOS X

7

EXAMENES DE RAYOS X

8

EXAMENES DE RAYOS X

9

EXAMENES DE RAYOS X

10

EXAMENES DE RAYOS X

11

EXAMENES DE RAYOS X

12

EXAMENES DE RAYOS X

13

EXAMENES DE RAYOS X

14

EXAMENES DE RAYOS X

15

EXAMENES DE RAYOS X

16

EXAMENES DE RAYOS X

17

EXAMENES DE RAYOS X

18

EXAMENES DE RAYOS X

19

EXAMENES DE RAYOS X

20

EXAMENES DE RAYOS X

21

EXAMENES DE RAYOS X

22

EXAMENES DE RAYOS X

23

EXAMENES DE RAYOS X

24

EXAMENES DE RAYOS X

25

EXAMENES DE RAYOS X

26

EXAMENES DE RAYOS X

27

EXAMENES DE RAYOS X

28

EXAMENES DE RAYOS X

29

EXAMENES DE RAYOS X

30

EXAMENES DE RAYOS X

31

EXAMENES DE RAYOS X

32

EXAMENES DE RAYOS X

33

EXAMENES DE RAYOS X

34

EXAMENES DE RAYOS X

35

EXAMENES DE RAYOS X

36

EXAMENES DE RAYOS X

37

EXAMENES DE RAYOS X

38

EXAMENES DE RAYOS X

39

EXAMENES DE RAYOS X

40

EXAMENES DE RAYOS X

41

EXAMENES DE RAYOS X

42

EXAMENES DE RAYOS X

43

EXAMENES DE RAYOS X

44

EXAMENES DE RAYOS X

45

EXAMENES DE RAYOS X

46

EXAMENES DE RAYOS X

47

EXAMENES DE RAYOS X

48

EXAMENES DE RAYOS X

49

EXAMENES DE RAYOS X

50

EXAMENES DE RAYOS X

51

EXAMENES DE RAYOS X

52

EXAMENES DE RAYOS X

53

EXAMENES DE RAYOS X

54

EXAMENES DE RAYOS X

55

EXAMENES DE RAYOS X

56

EXAMENES DE RAYOS X

57

EXAMENES DE RAYOS X

58

EXAMENES DE RAYOS X

59

EXAMENES DE RAYOS X

60

EXAMENES DE RAYOS X

61

EXAMENES DE RAYOS X

62

EXAMENES DE RAYOS X

63

EXAMENES DE RAYOS X

64

EXAMENES DE RAYOS X

65

EXAMENES DE RAYOS X

66

EXAMENES DE RAYOS X

67

EXAMENES DE RAYOS X

68

EXAMENES DE RAYOS X

69

EXAMENES DE RAYOS X

70

EXAMENES DE RAYOS X

71

EXAMENES DE RAYOS X

72

EXAMENES DE RAYOS X

73

EXAMENES DE RAYOS X

74

EXAMENES DE RAYOS X

75

EXAMENES DE RAYOS X

76

EXAMENES DE RAYOS X

77

EXAMENES DE RAYOS X

78

EXAMENES DE RAYOS X

79

EXAMENES DE RAYOS X

80

EXAMENES DE RAYOS X

81

EXAMENES DE RAYOS X

82

EXAMENES DE RAYOS X

83

EXAMENES DE RAYOS X

84

EXAMENES DE RAYOS X

85

EXAMENES DE RAYOS X

86

EXAMENES DE RAYOS X

87

EXAMENES DE RAYOS X

88

EXAMENES DE RAYOS X

89

EXAMENES DE RAYOS X

90

EXAMENES DE RAYOS X

91

EXAMENES DE RAYOS X

92

EXAMENES DE RAYOS X

93

EXAMENES DE RAYOS X

94

EXAMENES DE RAYOS X

95

EXAMENES DE RAYOS X

96

EXAMENES DE RAYOS X

97

EXAMENES DE RAYOS X

98

EXAMENES DE RAYOS X

99

EXAMENES DE RAYOS X

100

EXAMENES DE RAYOS X

101

EXAMENES DE RAYOS X

102

EXAMENES DE RAYOS X

103

EXAMENES DE RAYOS X

104

EXAMENES DE RAYOS X

105

EXAMENES DE RAYOS X

106

EXAMENES DE RAYOS X

107

EXAMENES DE RAYOS X

108

EXAMENES DE RAYOS X

109

EXAMENES DE RAYOS X

110

EXAMENES DE RAYOS X

111

EXAMENES DE RAYOS X

112

EXAMENES DE RAYOS X

113

EXAMENES DE RAYOS X

114

EXAMENES DE RAYOS X

115

EXAMENES DE RAYOS X

116

EXAMENES DE RAYOS X

117

EXAMENES DE RAYOS X

118

EXAMENES DE RAYOS X

119

EXAMENES DE RAYOS X

120

EXAMENES DE RAYOS X

121

EXAMENES DE RAYOS X

122

EXAMENES DE RAYOS X

123

EXAMENES DE RAYOS X

124

EXAMENES DE RAYOS X

125

EXAMENES DE RAYOS X

126

EXAMENES DE RAYOS X

127

EXAMENES DE RAYOS X

128

EXAMENES DE RAYOS X

129

EXAMENES DE RAYOS X

130

EXAMENES DE RAYOS X

131

EXAMENES DE RAYOS X

132

EXAMENES DE RAYOS X

133

EXAMENES DE RAYOS X

134

EXAMENES DE RAYOS X

135

EXAMENES DE RAYOS X

136

EXAMENES DE RAYOS X

137

EXAMENES DE RAYOS X

138

EXAMENES DE RAYOS X

139

EXAMENES DE RAYOS X

140

EXAMENES DE RAYOS X

141

EXAMENES DE RAYOS X

142

EXAMENES DE RAYOS X

143

EXAMENES DE RAYOS X

144

EXAMENES DE RAYOS X

145

EXAMENES DE RAYOS X

146

EXAMENES DE RAYOS X

147

EXAMENES DE RAYOS X

148

EXAMENES DE RAYOS X

149

EXAMENES DE RAYOS X

150

EXAMENES DE RAYOS X

151

EXAMENES DE RAYOS X

152

EXAMENES DE RAYOS X

153

EXAMENES DE RAYOS X

154

EXAMENES DE RAYOS X

155

EXAMENES DE RAYOS X

156

EXAMENES DE RAYOS X

157

EXAMENES DE RAYOS X

158

EXAMENES DE RAYOS X

ESTADOS

51 ENFERMAG - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - II

405

111

卷之三

100

DIETAS Y DIETÓLOGOS

卷之三

FRATERNAL HARMONIAL 1. DIRECTOR IN BUDAPEST

卷之三

5. TELA 20 MG EX CADA 1212140283

200

OPENED ON 2022-07-01 17:00:00 BY ALIUSKE

E. W. G. 10

PRELIMINARY EXAMINATIONS

VISITADOR DR. RAFAEL DR.

AL

SAME | HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMGB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

MO6

LETO

LETO

LETO

EVOLUCAO

PRESENCAO

PERDIDA

ANOTACOES DE ENFERMAGEM

DIAGNOSTICOS

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

FRATURA DE RADIODISTAL

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

CE INTERSAO

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PACIENTE COM 12 (DOZE) ANOS DE

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

ONERO ESQUERDO APRESALDO DE

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

ALITURA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

AC EXAME APRESENTA DOR E

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

APRESERAK

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

ESCOLICITO

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

SOPORTORIOS

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

VISITADOR DR FRANCIS

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

PERDIDA

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

SUZANA FERREIRA DA SILVA

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

0005 1114

EVOLUÇÃO	PREScrição	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>DATA: 07/02/2011</p> <p>TRATAMENTO: HEPARINA 5000UI/24H</p> <p>FRATURA DE RÁDIO DISTAL</p> <p>CD: INTERVAGAO</p> <p>PALENTE COM QUADRO DE DOR EM OMBRO DESQUERIDO APÓS QDEDA DE ALTAURÉ</p> <p>AO EXAME APRESENTA DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM OMBRO. ACHAMENTA DOR EM PUNHO E MOLHERO.</p> <p>SSOCIO: EXAMES PREOPERATORIOS</p> <p>VISTANDO OS TRANCOS</p>	<p>1. DEXTAVOTRANAS 200mg</p> <p>2. SRL 250mg 1x12h</p> <p>3. DIFERINA 500MG/DOSEH</p> <p>4. IRMAL 1000mg 1x0,5h EV 8h</p> <p>5. 400mg 2x400mg EV DILUÍDO 1000HRS SAI</p> <p>6. CLOPENAZOL 40MG EV 1X0,5H</p> <p>7. CLODÍALD 100MG EV 1X0,5H</p> <p>8. CLUDOS GERMIS</p> <p>9. SINAIS VITAS</p>	

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

Suzana Ferreira da Silva  
Téc de Enfermagem  
COREM: 3877

REGISTRO

SUZANA FERREIRA ALA-SILVA

51 - FMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

104

EVOLUÇÃO

DIRETÓRIO

PRESCRIÇÃO

NOTAS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

FRATURA DE UNHA DIREITA  
FRATURA DE RACO DIREITO

ED: INTERNACAO

PACIENTE COM QUATRO DE DVIN EN  
ONDEZ ESCREVEU NOS DIAZ DE  
ALTURA  
AO EXAME APRESENTA DOR E  
IMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM OMBRO  
APRESENTA DOR EM PULSO  
ESQUERDO  
SSOCIEDO EXAMES  
SOPORATÓRIOS

ED: INTERNACAO

1. DIRETÓRIO PARAUAS 2. 2018  
3. DIRETÓRIO PARAUAS 4. 2018  
4. TRAMAL 100MG + 100% SODIUM EV 300ML  
5. TILAZIL 20MG EV CADA 12HS HORAS  
6. PLASIL 10MG EV DIAZ CADA 12HS SEM  
7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X00A  
8. CUIDADOS GERAIS  
9. SINALS VITAS ✓SAMIE / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

SISTEMA FEDERATIVO DA SÍLVIA

CHIRURGIA MEDICA - B

10

Ergonomics

卷之三

卷之三

ANNOUNCEMENTS

DATA DE INSCRIÇÃO	DATA DE PAGAMENTO	VALOR PAGAMENTO
01/09/2011	01/09/2011	R\$ 100,00
01/09/2011	01/09/2011	R\$ 100,00
01/09/2011	01/09/2011	R\$ 100,00

PACIENTE COM GUINCHO DE BOREM  
OMEROG ESGUEREO AOS QUIDADES  
ALTURA.  
AC EXAME APRESENTA DOR E  
E PLASIL 10MG EV DIUDOS SIB HRS 5-9  
TOMEPRAZOL 40MG EV INDIA  
E LUDODOS GERAIS

REQUERIMENTO PROCESSUAL E DE COMPROMISSO  
ADRESSEIA: D.O.R. - E.M. PUNHO  
ESQUEIRO  
SSOCIEDADE EXAMES  
OPERADORES  
VISITADOR DR. NELSON MARCZENKE

CONFORME / HUERB  
SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



SUZANA FERREIRA DA SILVA

CMCB - CLÍNICA MEDICACIRÚRGICA - B

203

## EVOLUÇÃO

## PREScriÇÃO

## HORÁRIO

## ANOTACOES ESPECIAIS

SINTOMAS

TRATAMENTO

DIA

MÊS

ANO

ESTORVA DE DIREITO PÓS-OP.

FRATURA DE RACHA DIREITA

CC INTERNAZC

PACIENTE COM ANAMISE DE DOR EM OMERO ESQUERDO APOS QUEDA DE ALFURA

AO EXAME APRESENTA DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM OMERO APRESENTA DOR EM PUNHO ESQUERDO

SSAÚDICO EXAMES PRE-OPERATÓRIOS

1-BIOTRANSPORATRAS 5g/dia

2- DIPRINCHA 1GR EV DILUÍDO 60ML

3- TENSAL 100MG - 10ML 50% FUSION 12

4- HEALTH 2000 EV DILUÍDO 85 HRS 5%

5- CIMEPRAZOL 40MG EV 10ML 2

6- PLAST 10MG EV DILUÍDO 85 HRS 5%

7- CIMEPRAZOL 40MG EV 10ML 2

8- CUIDADOS GERAIS

9- SINAIS VITAS ✓

Same / Huerb  
Cópia  
Conforme original

Waldo Alvaro S. Jr.  
Waldo Alvaro S. Jr.  
Waldo Alvaro S. Jr.

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CHCE - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

204

## EVOLUÇÃO

## PREScriÇÃO

## REMARKS

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

## DIAGNÓSTICOS

## TRATAMENTO

## NOTAS

## FRATURA DE RÁTIO DISTAL

1. BILANCIAMENTO

2. EXAMES: RÁTIO DISTAL 1,05

## CD INTERNACAO

3. DIPRIFENIA 1GR EV DILUÍDO 600ML

4. TRAMAL 10MG + 10ML SFC 5% EV 800ML

5. TRAMAL 10MG + 10ML SFC 5% EV 800ML

6. TRAMAL 10MG + 10ML SFC 5% EV 800ML

7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

8. CUIDADOS GERAIS

9. SINAIS VITais

10. CUIDADOS GERAIS

11. SINAIS VITais

12. CUIDADOS GERAIS

13. SINAIS VITais

14. CUIDADOS GERAIS

15. SINAIS VITais

16. CUIDADOS GERAIS

17. SINAIS VITais

18. CUIDADOS GERAIS

19. SINAIS VITais

20. CUIDADOS GERAIS

21. SINAIS VITais

22. CUIDADOS GERAIS

23. SINAIS VITais

24. CUIDADOS GERAIS

25. SINAIS VITais

26. CUIDADOS GERAIS

27. SINAIS VITais

28. CUIDADOS GERAIS

29. SINAIS VITais

30. CUIDADOS GERAIS

31. SINAIS VITais

32. CUIDADOS GERAIS

33. SINAIS VITais

34. CUIDADOS GERAIS

35. SINAIS VITais

36. CUIDADOS GERAIS

37. SINAIS VITais

38. CUIDADOS GERAIS

39. SINAIS VITais

40. CUIDADOS GERAIS

41. SINAIS VITais

42. CUIDADOS GERAIS

43. SINAIS VITais

44. CUIDADOS GERAIS

45. SINAIS VITais

46. CUIDADOS GERAIS

47. SINAIS VITais

48. CUIDADOS GERAIS

49. SINAIS VITais

50. CUIDADOS GERAIS

51. SINAIS VITais

52. CUIDADOS GERAIS

53. SINAIS VITais

54. CUIDADOS GERAIS

55. SINAIS VITais

56. CUIDADOS GERAIS

57. SINAIS VITais

58. CUIDADOS GERAIS

59. SINAIS VITais

60. CUIDADOS GERAIS

61. SINAIS VITais

62. CUIDADOS GERAIS

63. SINAIS VITais

64. CUIDADOS GERAIS

65. SINAIS VITais

66. CUIDADOS GERAIS

67. SINAIS VITais

68. CUIDADOS GERAIS

69. SINAIS VITais

70. CUIDADOS GERAIS

71. SINAIS VITais

72. CUIDADOS GERAIS

73. SINAIS VITais

74. CUIDADOS GERAIS

75. SINAIS VITais

76. CUIDADOS GERAIS

77. SINAIS VITais

78. CUIDADOS GERAIS

79. SINAIS VITais

80. CUIDADOS GERAIS

81. SINAIS VITais

82. CUIDADOS GERAIS

83. SINAIS VITais

84. CUIDADOS GERAIS

85. SINAIS VITais

86. CUIDADOS GERAIS

87. SINAIS VITais

88. CUIDADOS GERAIS

89. SINAIS VITais

90. CUIDADOS GERAIS

91. SINAIS VITais

92. CUIDADOS GERAIS

93. SINAIS VITais

94. CUIDADOS GERAIS

95. SINAIS VITais

96. CUIDADOS GERAIS

97. SINAIS VITais

98. CUIDADOS GERAIS

99. SINAIS VITais

100. CUIDADOS GERAIS

101. SINAIS VITais

102. CUIDADOS GERAIS

103. SINAIS VITais

104. CUIDADOS GERAIS

105. SINAIS VITais

106. CUIDADOS GERAIS

107. SINAIS VITais

108. CUIDADOS GERAIS

109. SINAIS VITais

110. CUIDADOS GERAIS

111. SINAIS VITais

112. CUIDADOS GERAIS

113. SINAIS VITais

114. CUIDADOS GERAIS

115. SINAIS VITais

116. CUIDADOS GERAIS

117. SINAIS VITais

118. CUIDADOS GERAIS

119. SINAIS VITais

120. CUIDADOS GERAIS

121. SINAIS VITais

122. CUIDADOS GERAIS

123. SINAIS VITais

124. CUIDADOS GERAIS

125. SINAIS VITais

126. CUIDADOS GERAIS

127. SINAIS VITais

128. CUIDADOS GERAIS

129. SINAIS VITais

130. CUIDADOS GERAIS

131. SINAIS VITais

132. CUIDADOS GERAIS

133. SINAIS VITais

134. CUIDADOS GERAIS

135. SINAIS VITais

136. CUIDADOS GERAIS

137. SINAIS VITais

138. CUIDADOS GERAIS

139. SINAIS VITais

140. CUIDADOS GERAIS

141. SINAIS VITais

142. CUIDADOS GERAIS

143. SINAIS VITais

144. CUIDADOS GERAIS

145. SINAIS VITais

146. CUIDADOS GERAIS

147. SINAIS VITais

148. CUIDADOS GERAIS

149. SINAIS VITais

150. CUIDADOS GERAIS

151. SINAIS VITais

152. CUIDADOS GERAIS

153. SINAIS VITais

154. CUIDADOS GERAIS

155. SINAIS VITais

156. CUIDADOS GERAIS

157. SINAIS VITais

158. CUIDADOS GERAIS

159. SINAIS VITais

160. CUIDADOS GERAIS

161. SINAIS VITais

162. CUIDADOS GERAIS

163. SINAIS VITais

164. CUIDADOS GERAIS

165. SINAIS VITais

166. CUIDADOS GERAIS

167. SINAIS VITais

168. CUIDADOS GERAIS

169. SINAIS VITais

170. CUIDADOS GERAIS

171. SINAIS VITais

172. CUIDADOS GERAIS

173. SINAIS VITais

174. CUIDADOS GERAIS

175. SINAIS VITais

176. CUIDADOS GERAIS

177. SINAIS VITais

178. CUIDADOS GERAIS

179. SINAIS VITais

180. CUIDADOS GERAIS

181. SINAIS VITais

182. CUIDADOS GERAIS

183. SINAIS VITais

184. CUIDADOS GERAIS

185. SINAIS VITais

186. CUIDADOS GERAIS

187. SINAIS VITais

188. CUIDADOS GERAIS

189. SINAIS VITais

190. CUIDADOS GERAIS

191. SINAIS VITais

192. CUIDADOS GERAIS

193. SINAIS VITais

194. CUIDADOS GERAIS

195. SINAIS VITais

196. CUIDADOS GERAIS

197. SINAIS VITais

198. CUIDADOS GERAIS

199. SINAIS VITais

200. CUIDADOS GERAIS

201. SINAIS VITais

202. CUIDADOS GERAIS

203. SINAIS VITais

204. CUIDADOS GERAIS

205. SINAIS VITais

206. CUIDADOS GERAIS

207. SINAIS VITais

208. CUIDADOS GERAIS

209. SINAIS VITais

210. CUIDADOS GERAIS

211. SINAIS VITais

212. CUIDADOS GERAIS

213. SINAIS VITais

214. CUIDADOS GERAIS

215. SINAIS VITais

216. CUIDADOS GERAIS

217. SINAIS VITais

218. CUIDADOS GERAIS

219. SINAIS VITais

220. CUIDADOS GERAIS

221. SINAIS VITais

222. CUIDADOS GERAIS

223. SINAIS VITais

224. CUIDADOS GERAIS

225. SINAIS VITais

226. CUIDADOS GERAIS

227. SINAIS VITais

228. CUIDADOS GERAIS

229. SINAIS VITais

230. CUIDADOS GERAIS

231. SINAIS VITais

232. CUIDADOS GERAIS

233. SINAIS VITais

234. CUIDADOS GERAIS

235. SINAIS VITais

236. CUIDADOS GERAIS

237. SINAIS VITais

238. CUIDADOS GERAIS

239. SINAIS VITais

240. CUIDADOS GERAIS

241. SINAIS VITais

242. CUIDADOS GERAIS

243. SINAIS VITais

244. CUIDADOS GERAIS

245. SINAIS VITais

246. CUIDADOS GERAIS

247. SINAIS VITais

248. CUIDADOS GERAIS

249. SINAIS VITais

250. CUIDADOS GERAIS

251. SINAIS VITais

252. CUIDADOS GERAIS

253. SINAIS VITais

254. CUIDADOS GERAIS

255. SINAIS VITais

256. CUIDADOS GERAIS

257. SINAIS VITais

258. CUIDADOS GERAIS

259. SINAIS VITais

260. CUIDADOS GERAIS

261. SINAIS VITais

262. CUIDADOS GERAIS

263. SINAIS VITais

264. CUIDADOS GERAIS

265. SINAIS VITais

266. CUIDADOS GERAIS

267. SINAIS VITais

268. CUIDADOS GERAIS

269. SINAIS VITais

270. CUIDADOS GERAIS

271. SINAIS VITais

272. CUIDADOS GERAIS

273. SINAIS VITais

EVITACAO	PRESCRICAO	ANOTACOES DE ENFERMAGEM
DIABETES	1. DIAZVOT-PARAFAS	
FRATURA DE RABO DE CAVALO	2. SORO 500ML 5% GEM	
FRATURA DE RABO DISTAL	3. DIFEROMA 1GR EM DIULADOC 85H	
CCD: INTERSCACAO	4. TRAMAL 100MG + 160ML SED 0,9% EV 85H	
PACIENTE COM INJACAO DE DOR EM OMBRO ESCUERDO APOS QUEDA DE AL TURA.	5. FLASIL 17MG EV DILUJO SUB HRS SIN. 6. FLASIL 17MG EV CADA 4 HORAS	
AO EXAME APRESENTA DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EM OMBRO. APRESENTA DOR EM PUNHO ESQUERDO.	7. CINEPRAZOL 40MG EV 1X DIA. 8. CLADACOS GERAIS 9. SINAIS VITais	
SSOLICITO EXAMES PRE- SOPERAÇOES CONSULTA DO DR RAFAEL LAMERO TRATAMENTO RESERVADAMENTE POR 4 SEMANAS)		
CORAGUTA DO FRANDES FIXADOR EXTERNO - ATE PONTA DE MAIS RAPIDO POSSIVEL		

SAME / HUERB  
COPIA  
CONFORME ORIGINAL

## SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMCA - CLÍNICA MÉDICA CIRURGICA - B

204

## EVOLUÇÃO

## PROSSEGUIMENTO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DOUT. 1021170

1. DIETAVO PARA FASO - 2000g

2. 05/02/94

10:00

10:00

FRATURA DE RÁDIO DISTAL

3. CIRURGIA ICR FV DILATADOREH

10:00

10:00

10:00

CD. INTERNACAO

4. IVMAL 100MG - 100ML SF0.8% EV 80H

10:00

10:00

10:00

PACIENTE COM OJAKO DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APÓS QUEDA DE ALTURA

6. PLAST. 10MG EV DILATADO 86 HRS SIN

10:00

10:00

10:00

A) EXAME APRESENTA DOR E AMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM OMBRO. APRESENTA DOR EM PUNTO ESQUERDO.

7. CAMPRAZOL 40MG EV 10H

10:00

10:00

10:00

SSOLICITO EXAMES PRE

SUPERATÓRIOS.

10:00

10:00

10:00

CONDUTA DR. RAPAE. IMERO TRATAMENTO CONSERVATORIO

POR 4 SEMANAS.

10:00

10:00

10:00

CONDUTA DO DR. FERDINANDO

EXTERIS FAZER RCT 40 PG

10:00

10:00

10:00

MAIS RÁPIDO POSSÍVEL

AGUARDANDO CIRURGIA DO RÁDIO

10:00

10:00

10:00

DISTAL

VISITADOR: DR. FRANCISLEI

10:00

10:00

10:00

SAME / HUERB  
CÓPIA  
ORIGINAL

CONFORME

Luis Ricardo de Abreu Silva  
Enfermeiro  
COPACON - AC 995715

05/02/94

10:00

10:00

05/02/94

10:00

10:00

HUERB  
PATOLOGIA CLINICA

CGC - 04.034.526/0002-24

Paciente...: SUZANA FERREIRA SILVA (FME)  
Requisicao: 19.PC.2.113356  
Num. do BE: 02682518

US. Origem.: HUERB/PS *ccs*  
Solicitante: NAO CONSTA

### Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO  
HEMOGRAMA COMPLETO

## ERITROGRAMA

Hemoglobin (in millions) ....	4,91	cm)	ME: 8.4-5.0	15.4-16.0	10.0-12.0	10.0-12.0
Hemoglobin:.....	12.60	g/dL	ME: 8.5-1.5	15.0-12.0	10.0-12.0	10.0-12.0
Hematocrit:.....	39.30		ME: 40.0-35.0	15.0-12.0	10.0-12.0	10.0-12.0
WBC:.....	92.70	U/L	ME: 7.0-9.0	15.0-12.0	10.0-12.0	10.0-12.0
RBC:.....	28.00	10 <sup>12</sup> /L	ME: 7.0-9.0	15.0-12.0	10.0-12.0	10.0-12.0
CHCM:.....	33.90	U/L	ME: 33.0-36.0	15.0-12.0	10.0-12.0	10.0-12.0

## LEUCOGRAMA.

Leucocitosis Global:	17.700	/mm3	VR: 5.1.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:	0	%	VR: 0 a 2.5
Valor Absoluto:	0	mm3	
Eosinófilos:	0	%	VR: 2 a 4.5
Valor Absoluto:	0	mm3	
Mielocitos:	0	%	VR: 0 a 3
Valor Absoluto:	0	mm3	
Metamielocitos:	0	%	VR: 0 a 3.5
Valor Absoluto:	0	mm3	
Blastos:	1	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:	177	mm3	
Segmentados:	43	%	VR: 25 a 64 %
Valor Absoluto:	14.160	mm3	
Linfocitos:	15	%	VR: 20 a 35
Valor Absoluto:	2.025	mm3	
Monocitos:	1	%	
Valor Absoluto:	108	mm3	
Eositos:	0	%	
Valor Absoluto:	0	mm3	
Observación:			

4-4-64-1  
SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA NUNCA CITADOS  
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CEP: 10940-41 11/11/15 as 17:00-Clientes: 11/11/15 as 16:15-37744 Impressões:

## COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Ensayamento ..... 02 MINUTOS VR 1 - 5 mililitros  
 Tempo de Coagulação ..... 06 MINUTOS VR 2 - 10 mililitros  
 Contagem de Plaquetas ..... 393.000/mm<sup>3</sup> VR 3 - 500 a 100.000/mm<sup>3</sup>

## HUEB

## LABORATÓRIO DE ANAIS CLÍNICAS

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

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERÊNCIA \*

Paciente: SUZANA FERREIRA SILVA

ID paciente:

ID amostr:

51

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2113356

Tipo de amostra:

Soro

Sexo:

Data da coleta:

11/11/2019

Depart.:

Hora da coleta:

Diagn.:

Biológica:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GL	118	mg/dL		
URE	24	mg/dL		
CRE	1.1	mg/dL		

Data/Hora solicitação: 11/11/2019

Data/Hora teste: 11/11/2019

Data/Hora impr.: 11/11/2019 16:10

Testador:

Revisor:

Resultado somente para essa amostra

Página

SAME / HUERB  
 CÓPIA  
 CONFORME ORIGINAL

Laboratório HUEB  
 Centro de Diagnóstico Clínico

HUERB  
PATOLOGIA CLINICA

AV. RADIOS UNIDOS, 600 - 01062-000 - CEP: 01025-001 - São Paulo  
CCG - 04.034.526/0002-34

Pag.

Paciente...: SUZANA FERREIRA SILVA (EME)  
Requisicao: 19.PC.2.112162  
Num. do BE: 02682518

US. Origem.: HUERB/PS  
Solicitante: NAO CONSTA

Dados...  
Pacientes...  
Sessões...  
...

Cons. Regional

Sector.....: SALA DE GESSO  
HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemocritico (em milhoes)...	4.67	mmHg	VR: 9.4 a 9.6 cm Hg a 37°C
Hemoglobina (em g/dl)...	130.00	g/dl	VR: 117.0 a 143.0 g/dl
Hematuria (ml/24h)...	39.00	ml	VR: 0.0 a 62.0 ml/24h
MDV...	89.70	ml	VR: 70 a 100 ml
HCT...	29.20	%	VR: 21 a 24 %
CDW...	34.70	ml/dl	VR: 31 a 36 ml/dl

LEUCOGRAMA

Leucocitose Global...	10.00	mm <sup>3</sup>	VR: 4.000 a 12.000/mm <sup>3</sup>
Bandolitos...	0	mm <sup>3</sup>	VR: 0 a 1.5
Valor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
Eosinofilia:.....	0	mm <sup>3</sup>	VR: 0.0 a 5.0
Valor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
Mielocitos:.....	0	mm <sup>3</sup>	VR: 0 a 5
Valor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
Metamielocitos:.....	0	mm <sup>3</sup>	VR: 0.0 a 1
Valor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
Basofilos:.....	0	mm <sup>3</sup>	VR: 0 a 1.5
Valor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
Segmentados:.....	62	mm <sup>3</sup>	VR: 55 a 64.0
Valor Absoluto:.....	6.124	mm <sup>3</sup>	
Linfocitos:.....	33	mm <sup>3</sup>	VR: 21 a 35.0
Valor Absoluto:.....	3.366	mm <sup>3</sup>	
Monocitos:.....	0	mm <sup>3</sup>	VR: 0.0 a 2.0
Valor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
Eosinofilos:.....	0	mm <sup>3</sup>	VR: 0.0 a 1
Valor Absoluto:.....	0	mm <sup>3</sup>	
Observação:.....	0	mm <sup>3</sup>	

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

RECORTE  
RECORTE  
CORTE

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ROSEMEIRE MOREIRA DA SILVA RIVIPE 15/11/19 as 13:47 Cadastrado: 15/11/19 as 13:40:14 - Fase: impressao - 15/11/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento...	2 minutos e 30 segundos	VR: 1 a 5 minutos
Tempo de Coagulação...	5 minutos e 30 segundos	VR: 3 a 11 minutos
Contagem de Plaquetas...	435.000/mm <sup>3</sup>	VR: 150 a 400.000/mm <sup>3</sup>

Liberado por: ROSEMEIRE MOREIRA DA SILVA RIVIPE 15/11/19 as 13:47 Cadastrado: 15/11/19 as 13:40:14 - Fase: impressao - 15/11/19

HUERB

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

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

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: SUZANA FERREIRA

ID paciente:

ID amostr: 42

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2112162

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Fem

Data da coleta: 15/11/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLU	71	mg/dL		
URE	30	mg/dL		
CRE	0.9	mg/dL		
Na	133	mmol/L		
K	4.3	mmol/L		
CL	102	mmol/L		

Data/Hora solicitação: 15/11/2019 Data/Hora teste: 15/11/2019 Data/Hora impr.: 15/11/2019 13:17:29

Testador:

Resultado somente para esta amostra

Revisor:

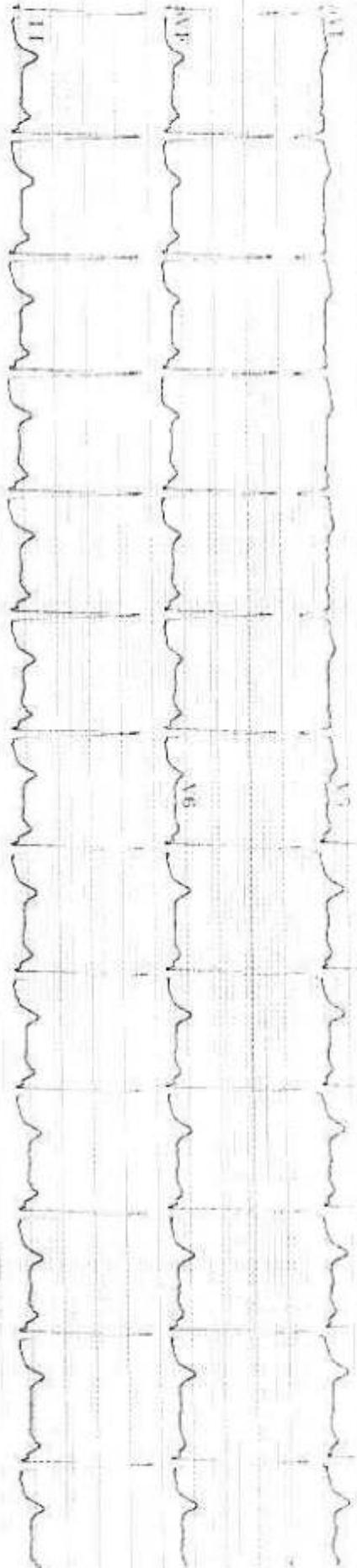
Página

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFIDENCIAL ORIGINAL

02/11/2019 13:17:29  
02/11/2019 13:17:29

21. 5 hr.

SAME / MUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL



Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: *Paciente com dor lombar de origem da pelve e dor nas costas intensa em momentos de reposo e*

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: *Fratura de úmero e radio (B)*

Motivo da Cobrança: *12*

*SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL*

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

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



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANCO

PEDIDO DE AVALIAÇÃO

DA CLÍNICA: Unopraia LEITO N° 104 À CLÍNICA: Condutor  
PACIENTE: Silvana Ferreira Filho

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 51a. m/s, com o diagnóstico  
de Fratura de Umero proximal  
Fratura de radio distal.

Solicito Unico Cimugce <sup>SAME MUERB</sup>  
<sup>CÓPIA</sup>  
<sup>CONFORME ORIGINAL</sup>

NOME DO SOLICITANTE: R. M. S. DATA: / / HORA: / /

RESUMO DA CONSULTA:

União de Caruaru, Pernambuco

AC: Bento 25 de 18 dias

NP: 1105

Q: 1000g de peso, 1000g de peso

Geletria: 1

PR: 1000g de peso

NOME DO MÉDICO: Dr. Weber de Lima DATA: / / HORA: / /

AB 10:10 DR. Weller. Einmalig, d. d. 10.10.  
Cavenga **Gene Paula** **Einwohner**  
Karl & Hil **651140 186.320**



# HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 – Rio Branco – AC

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

REPRESENTADA

## REQUERIMENTO

Eu, Suzana Ferreira Silva

Portador de RG nº \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_

Residente e domiciliado: \_\_\_\_\_

Na cidade de \_\_\_\_\_

Venho REQUERER:

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

Obs. \_\_\_\_\_

Prontuário: 56759 Médico: Dr. Francis

Entrada: 28/11/2019 Saída: 30/11/2019

Convênio: SUS Telefone: (68) 99612-3434

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) DPVAT

Nome do Paciente: A mesma

Parentesco com Paciente: \_\_\_\_\_

Suzana Ferreira Silva

Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco - Ac, 09/12/2019 Hora: 09:43

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**  
**ADMISSÃO DE PACIENTES CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Data da Internação: 28/11/2019 Hora: 1422 Prontuário: 56719 \_ 2  
Nome: SUZANA FERREIRA SILVA Nasc: 01/06/1968 Leito:  
Sexo: F Médico Assistente: FRANCIS KASHIMA  
Procedência: RESIDENCIA Acompanhante:  Sim  Não  
Cor da Pele: Parda Quem: \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: ELENA FERREIRA SILVA

**CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES PARA ACIONAMENTO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

ESTADO NUTRICIONAL  Normal  Acima do peso  Emagrecido  Desnutrido  
 Paciente com perda ou ganho de peso em curto espaço de tempo - **acionar nutricionista**

PADRÃO DE SONO E HUMOR Padrão de sono:  Sem alterações  Com alterações (insônia)  
Humor:  Sem alterações  Com alterações

OBS.: Em caso de alterações **acionar psicologia clínica**

RESPIRAÇÃO E LOCOMOÇÃO  Paciente com dificuldade respiratória e/ou locomoção - **Acionar fisioterapia**

SITUAÇÃO VULNERÁVEL  Idoso sem acompanhante  Criança sem acompanhante  Violência (doméstica, infantil, etc.)  
Em caso de preenchimento de algum item **acionar assistente social**

**DISPOSITIVOS**

ACESSO VENOSO  Periférico  Central  Dissecção Venosa Nº de dias:

Acesso venoso realizado no momento da internação:

Abocath nº \_\_\_\_\_ Multivias:  Sim  Não Equipo:  Sim  Não

Assinatura e carimbo do profissional: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 06.529.443/0003-36  
Rua Alverada nº 806 - Bosque

**PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO**

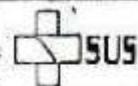
Data: 28/11/19 às 16:50 hs

Assinatura/COREN:

Augusto Lima de Oliveira  
Enfermeiro  
COREN-AC 515.785 ENF

Código: FO. HSJ. ENF. 002

Versão: 002, Página 2 de 2



Sistema Único de Saúde  
SUS

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HVERO

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HST

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Suzana ferreira da silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RACIA/COR

11 - Etnia

Masculino 1 Feminino 3

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

N.º DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SÍNOS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fx de úmoro proximal (E) (convergente)  
+ fx de radio distal (E)

material  
- placa em T  
- FK

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Paciente com cirurgia agendada p/ o dia 26.11.19

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID-10 PRINCIPAL

25 - CID-10 SECUNDÁRIO

26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

fx de radio distal (E)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

34 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

36 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

37 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

38 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

39 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

40 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

41 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

42 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

43 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

44 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

46 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

47 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

48 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

49 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

50 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

51 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

52 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

53 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

54 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

55 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

56 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

57 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

58 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

59 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

60 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

61 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

62 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

63 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

64 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

65 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

66 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

67 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

68 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

69 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

70 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

71 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

72 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

73 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

74 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

75 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

76 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

77 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

78 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

79 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

80 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

81 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

82 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

83 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

84 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

85 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

86 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

87 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

88 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

89 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

90 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

91 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

92 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

93 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

94 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

95 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

96 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

97 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

98 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

99 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

100 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

101 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

102 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

103 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

104 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

105 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

106 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

107 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

108 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

109 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

110 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

111 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

112 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

113 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

114 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

115 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

116 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

117 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

118 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

119 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

120 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

121 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

122 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

123 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

124 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

125 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

126 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

127 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

128 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

129 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

130 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

131 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

132 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia

133 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Artroscopia



**FORMULÁRIO**  
**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**PERIOPERATÓRIA - SAEP**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome: <i>Suzana Ferreira Sibra</i>		Prontuário: <i>56719-2</i>		Leito: <i>105-A</i>	
Data: <i>21/11/19</i>				Data de Nascimento: <i>03/10/1968</i>	
Nome da Mãe (se homônimo): <i>Sibra Ferreira Sibra</i>					

INFORMAÇÕES DA CIRURGIA					
Procedimento Cirúrgico: <i>Fratura de Rádio Distal + Fratura Umero Proximal</i>					
Porte da Cirurgia: <input checked="" type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grande		Cirurgião: <i>Dr. Francis</i>			
OBSERVAÇÕES:					

AVALIAÇÃO DE RISCOS						
ITENS	5	4	3	2	1	PONT
<b>Tipo de Posição Cirúrgica</b>	Litotômica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina	<i>1</i>
<b>Tempo de Cirurgia</b>	Acima de 6 horas	De 4 a 6 horas	De 2 a 4 horas	De 1 a 2 horas	Até 1	<i>2</i>
<b>Tipo de Anestesia</b>	Geral + Regional	Geral	Regional	Sedação	Local	
<b>Superfície de Suporte</b>	Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convenional) + coxins de algodão	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convenional) + coxins de espuma	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convenional) + coxins de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de espuma convenional + coxins de viscoelástico	<i>3</i>
<b>Posição dos Membros</b>	Elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90°	Elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	Elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° ou pescoço com alinhamento: Mento-esternal	Abertura dos membros superiores < 90°	Posição Anatômica	<i>2</i>
<b>Comorbidades</b>	Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes Mellitus	Doença Vascular	Sem comorbidades	<i>1</i>
<b>Idade do Paciente</b>	> 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos	<i>2</i>
Valores de Referência:					TOTAL	
Menor Risco: 7 a 19 pontos;	Maior Risco: 20 a 35 pontos					

História de queda até três meses	Não: 0	Sim: 25	<i>025</i>	
Diagnóstico secundário	Não: 0	Sim: 15	<i>0</i>	
Deambulação	Normal/relato ao leito: 0	Muleta/bengala/andador: 15	Se apoia nos móveis: 30	<i>0</i>
Dispositivo intravenoso	Não: 0	Sim: 20	<i>20</i>	
Marcha	Normal/limável: 0	Marcha fraca: 10	Marcha prejudicada: 20	<i>0</i>
Estado Mental	Orientado para sua capacidade: 0	Esquece suas limitações: 15	<i>0</i>	
Valores de Referência: sem risco (≤24); baixo risco (entre 25-50); alto risco (≥51)	TOTAL		<i>45</i>	

SIM	NÃO	TOTAL
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>0</i>
TOTAL		<i>0</i>
Cateter Central: ( ) Local: <i>MSD</i>		
Cateter Periférico ( )		
Sonda Aliment.: SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) Data: <i>/ /</i>		
Sonda Vesical: SVD ( ) SVA ( ) Data: <i>/ /</i>		
Drenos: Data: <i>/ /</i>		
Outros:		

## FORMULÁRIO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
PERIOPERATÓRIA - SAEP

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SuzanaSobrenome: Jennera SilvaData de Nascimento: 01/06/68Data: 29/11/19Nome da Mãe (se homônimo): Edna Jennera Silva

## CHECK LIST DA CIRURGIA SEGURA

## CIRURGIA INTRA-OPERATÓRIA

Identificação - Hora: <u>00:50</u> hs	Confirmação - Hora: _____ hs	Registro - Hora: _____ hs
Paciente confirmou a identidade: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Pulseira de identificação presente: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem confirmam verbalmente:	
Paciente sabe informar qual procedimento será realizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual: <u>Ex: Radio</u> <input type="checkbox"/> Não. Motivo: _____	Identificação do Paciente: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Registro completo do procedimento intra-operatório, incluindo o procedimento executado: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Sítio cirúrgico demarcado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Procedimento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Registro completo do anestesista, incluindo medicamentos utilizados: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
Presença de prontuário completo: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Sítio Operatório: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Registro completo de enfermagem: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Consentimento assinado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo: _____	Revisão do cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas: <input type="checkbox"/> Inexistente <input type="checkbox"/> Sim. Qual: _____	
Presença de Avaliação Pré-Anestésica: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Motivo: _____	Duração Prevista da Cirurgia: _____ hs	Venoclise e soro identificados? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
Carro de anestesia completo, testado e funcionante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Previsão de Perda Sanguínea: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Sonda vesical fixada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
Monitorização testada e funcionante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Revisão do anestesista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Motivo: _____	A contagem de compressas está correta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Alergias Conhecidas: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual: _____	As imagens essenciais estão disponíveis: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual: _____
Vias áreias difíceis ou risco de aspiração: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Equipamento/Assistência disponível	Revisão da equipe de enfermagem com os materiais necessários: <input type="checkbox"/> Instrumental necessário presente <input type="checkbox"/> Materiais Especiais (órtese e próteses) <input type="checkbox"/> Todos dentro do prazo de esterilização <input type="checkbox"/> Presença de indicadores de esterilização <input type="checkbox"/> Equipamentos necessários presentes	Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica: <input type="checkbox"/> Com lesão <input type="checkbox"/> Sem lesão <input type="checkbox"/> Não se aplica
Risco de perda sanguínea >500ml (07ml/kg em crianças)? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim e acesso adequado	Alguma preocupação com equipamentos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual: _____	Qual lesão: _____
Se sim, há reserva de hemocomponentes? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Solicitado	A profilaxia antimicrobiana foi realizada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica	
Presença de próteses (dentária ou outras): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Observações:	
OBSERVAÇÕES:		OBSERVAÇÕES:
Cirurgião:		Anestesista:
CRM:		CRM:
Auxiliar de cirurgia 1:		Enfermeiro:
Auxiliar de cirurgia 2:		Instrumentador:
Auxiliar de cirurgia 3:		Circulante:
Assinatura:		Assinatura:

## FORMULÁRIO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
PERIOPERATÓRIA - SAEP

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira SilvaData de Nascimento: 03/06/68Data: 29/11/19Nome da Mãe (se homônimo): Elza Ferreira Silva

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Risco para infecção                        | <input type="checkbox"/> Proteção Ineficaz                                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Risco de glicemia Instável      | <input checked="" type="checkbox"/> Risco de sangramento                  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada | <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquidos     |
| <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada            | <input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada                 |
| <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada              | <input type="checkbox"/> Risco de lesão por posicionamento perioperatório |
| <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz               | <input checked="" type="checkbox"/> Risco de queda                        |
| <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente                    | <input type="checkbox"/> Risco de hipotermia perioperatória               |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade                       | <input type="checkbox"/> Dor aguda  |
| <input type="checkbox"/> Náuseas                                    | <input type="checkbox"/> Outros:  |

## PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- |  |                |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Posicionar paciente com alinhamento corporal, usando suporte adequado               | APRAZAMENTO    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aferir e registrar SSVV de 4/4 horas                                     | <u>Rotina</u>  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Levantar grades da cama  | <u>Atenção</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Travar as rodas da maca durante a transferência para o leito             | <u>Atenção</u> |
| <input type="checkbox"/> Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutição |                |
| <input type="checkbox"/> Medir e anotar diurese de _____ / horas   |                |
| <input type="checkbox"/> Lateralizar a cabeça do paciente se queixa de náusea                                |                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Monitorar a presença de sinais flogísticos na ferida operatória          | 01X 00 DIA     |
| <input type="checkbox"/> Posicionar o paciente em decúbito de _____ ° (graus)                                |                |
| <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar cor, temperatura e umidade da pele                               | <u>Ano TPR</u> |
| <input type="checkbox"/> Colocar manta térmica   | <u>08</u>      |
| <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar condições do curativo  |                |
| <input type="checkbox"/> Infundir soluções venosas aquecidas   |                |
| <input type="checkbox"/> Instalar oxigênio em ( ) cateter nasal ou ( ) máscara venturi _____ l/min           |                |
| <input type="checkbox"/>   |                |

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

15:08:50 h - paciente底下 estado no c-e para realizar procedimento aos  
guidões, de 121 furos. Foi em cadeira de rodas, coberto e agoniado.  
15:11:00 h - deixa para S.O. N° 1 para IRIGU em procedimento.  
As 19:00h paciente é移位 com auxílio manual seu queixas  
encamada ao leito, ocupando todo espaço e  
enfermeiros e de co + familiares e ficando ac cuidado  
da equipe de enfermagem.

## PROBLEMA ATIVO

## CONDUTA

## META

## CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO

Fábio Henrique Soárez Barbosa

Enfermeiro

COREN - AC 473411 -

Márcia Coelho Rodrigues

Enfermeiro

COREN / AC 505.771

Entrega com a Original

Hospital Santa Juliana

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO. HSJ. CC . 003

Versão: 002, Página 3 de 3

## FORMULÁRIO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira SilveiraLeito: 105 AData: 29/10/19Data de Nascimento: 03/06/1963Nome da Mãe (se homônimo): Elza Ferreira Silveira

## PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO

Procedimento Cirúrgico:

Fratura de Rádio Distal + Fúrcula Proximal

Hora: 08 : 50 hsPA 100x80 mmHgFC 88 bpmTAX 36 °CSATO2 97 %Altura 160 mPeso: 63 kg Acordado  Lúcido  Desorientado  Torporoso  Comatoso  Sedado Deambulando  Cadeira de Rodas  Maca Ansioso  Tranquilo  Emotivo Não  Sim Qual:1 cesárea, 1 hérnia HAS  Diabetes Mellitus  Outras: Nega Não  Sim Qual:Laboratoriais:  Sim  NãoImagem:  Sim  NãoRisco Cirúrgico:  Sim  Não Não  Sim Qual:Tricotomia:  Sim  NãoJejum:  Sim  Não Há quanto tempo: 13 hrsRetirado próteses, lentes e adornos:  Sim  NãoEntregues ao familiar:  Identificadas e guardadas no armário: Portanto AVP:  Sim  Não Bom fluxo:  Sim  Não  Não se aplica

As 08:50 paciente deu entrada no pré-operatório para submeter-se ao tratamento cirúrgico, portando AVP em MSD com bom fluxo. Téc. Glaucia Glauca Aguiar

COREN/AC 000.760.893

am: 13:30 Realizado a fiofa de acesso pós a mesma enfilhou, utilizada O'Alberth v=18 + v=20. Paciente deu o acesso, esquerdo, multivias + materiais de retina PI/HV.

**Reinilda G. Souza**  
Téc. Enfermagem  
COREN/AC 001.314.988

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

## CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

## FORMULÁRIO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silva Data de Nascimento: 1/6/1968  
 Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Edna Ferreira Silva

## TRANS-OPERATÓRIO

Sala Operatória: 2 piso Horário de Entrada: 16:18 hs  
 Cirurgia: Interv. de reto - Distal + fistula Local Anatómico da Cirurgia:  
 CIRURGIA: Cirurgião: Dr. J. Ferreira Auxiliar: Alves  
 Instrumentador: Alex Perfusionista: -  
 Anestesiologista: U. de Souza Circulante: Bruna  
 ANESTÉSICO: ( ) Local ( ) Sedação ( ) Raquideana ( ) Peridural ( ) Plexo  
 ( ) Geral Venosa ( ) Geral Inalatória  
 Início da Anestesia: 16:35 hs Início da Cirurgia: 16:58 hs

## INADEQUAÇÕES

HORA	PA	FC	SPO2	TAX
<u>17:10</u>	<u>140x80</u>	<u>88</u>	<u>100%</u>	-
<u>17:26</u>	<u>114x69</u>	<u>71</u>	<u>95</u>	-

POSIÇÃO DO PACIENTE:  Decúbito Dorsal ou Posição Supina ( ) Trendelenburg  
 CIRURGIA:  Decúbito Ventral ou Posição Prona ( ) Trendelenburg Reversa  
 ( ) Decúbito Lateral Direito ( ) Ginecológica ou Litotômica  
 ( ) Decúbito Lateral Esquerdo ( ) Fowler ( ) Canivete

ACOES: Portanto AVP:  Sim  Não Bom fluxo:  Sim  Não  Não se aplica

INTUBAÇÃO: Tubo Orotraqueal:  Sim  Não Nº do tubo: 7,0 Quantidade:

Hora da intubação: 17:10 hs Hora da extubação: 17:45 hs

OXIGENIO: Faz uso O2:  Sim  Não Litros/Minuto:

SOBREPESO: Faz uso sonda:  Sim  Não Qual: Quantidade:

DRENAGEM: Característica:

Faz uso drenos:  Sim  Não Qual: Quantidade:

BIOPSIAS: Característica:

Local da Placa Dispersiva:  Sim  Não Tipo:  Monopolar  Bipolar  Não se aplica

PORTAS: Porte I (até 2 horas) ( ) Porte II (2 à 4hs) ( ) Porte III (4 à 6hs) ( ) Porte IV (> 6hs)

PEGADAS: ( ) Sim  Não Qual:

Término da Anestesia: : hs Término da Cirurgia: 17:34 hs

SADAS: Encaminhado às: 17:40 hs  Maca  Cadeira de Rodas

CIRURGIA: Local:  UFRPA ( ) UTI ( ) Leito ( ) Residência ( ) Outra instituição Hospitalar. Qual:

ANEXOS:  Check List de Cirurgia Segura  Relatório de Cirurgia

Rastreabilidade do Material  Ficha Anestésica

Controle de Gasto de Material  Prescrição Médica

Ficha de Alto Custo  Pedido de Anatomista Patológico  Exames

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Bruna Castro  
 Enfermeira de Enfermagem  
 C.R.E. 001.325.395

Entregue com a Original  
 Hospital Santa Juliana  
 CNPJ: 00.529.443/0003-35  
 Rua Alvorada nº 800 - Bosque



## FORMULÁRIO

### RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

#### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:

Data de Nascimento: / /

Data: / /

Nome da Mãe (se homônimo):

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

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

## FORMULÁRIO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira SilelaData de Nascimento: 01/06/68Data: 29/11/19Nome da Mãe (se homônimo): Elda Ferreira Silela

## PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Horário de Entrada na URPA: 17:45 hs

Acompanhado por:

Cirurgia: F. de recto distal + F. amputaçãoAnestesia: Geral + PlexoIN:  Lúcido  Sonolento  Consciente  Torporoso  Desorientado  Comatoso  AgitadoDOR:  Dor  Êmese  Náuseas  Frio  DispnéiaOXIGENIO:  Tonturas  Outras. Especificar:O2: Faz uso O2:  Sim  Não Litros/Minuto:

CURA: Hora de início: : hs Hora do término: : hs

IN: Local: MSCIMBUP: Hemorragia:  Sim  Não Extremidades:  Aquecidas  Frias  Fria Clamólicas  PerfundidasDrenos:  Sim  Não Volume Drenado: Aspecto:Diurese:  Sim  Não Volume Drenado: Aspecto:

15min	30min	45min	60min	1H e 30min	2H
<u>16.8X102</u>	<u>162X98</u>	<u>168X97</u>	<u>154X96</u>		
<u>58.8pm</u>	<u>57.0pm</u>	<u>56.9pm</u>	<u>59.8pm</u>		
<u>00%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>		

Total: 0SATISFAÇÃO: Encaminhado às: 19:00 hs  Maca  Cadeira de RodasLocal:  UTI  Leito  Residência  Outra instituição Hospitalar. Qual:

RELAÇÃO DE ENFERMAGEM

10 - 10 - 11

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

## RIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Tatiane Angelica

## FORMULÁRIO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Sugana Ferreira Sávio

Data de Nascimento: 03/06/68

Data: 29/11/19

Nome da Mãe (se homônimo): Elda Ferreira Sávio

## ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

## ESPECIFICAÇÃO

## NOTA

## 30min

## 60min

## 90min

## 120min

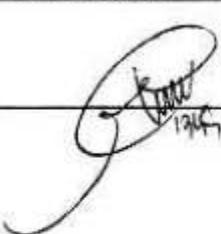
ATIVIDADE	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2	1	1	1
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1			
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0			
RESPIRAÇÃO	Capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2
	Dispneia ou limitação da respiração	1			
	Apneia	0			
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2	2	2	2
	PA em 20 - 49% do nível pré-anestésico	1			
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0			
CONSCIÊNCIA	Lúcido e orientado em tempo e espaço	2	2	2	2
	Desperta, se solicitado	1			
	Não responde	0			
SATURAÇÃO DE O2	Capaz de manter saturação de O2 > 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2
	Necessita de O2 suplementar para manter saturação O2 > 90%	1			
	Saturação de O2 < 90% mesmo com O2 suplementar	0			
OP** De 08 a 10 pontos, paciente apto para alta		TOTAL			

## DATA E HORÁRIO DE LIBERAÇÃO

## CARIMBO E ASSINATURA DO ANESTESISTA

## CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO

29/11/19 19:00 HS

Márcia Coelho  
Assinatura  
CORUM 24.771Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003-36  
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

PA: 150x 90 mmHg.

Gástrico, 41 mmHg

**FORMULÁRIO**  
**CONTROLE DE DÉBITO DE SALA - MATERIAL DE ALTO CUSTO**

Paciente: Sergio Ferrer Alba

Prontuário: 56719-2

Date: 29/11/19

### **Sala Operatória:**

Convênio: Sua

Circulante: Bruno

Cirurgia: Endotonsa d. valva distal + intussus.

Cirurgião: Dr. J. R. M. M.

Orient - Código de Barras

Material	Quant.	Código de Barras	Materiais	Quant.	Código de Barras
ALBUMINA HUMANA 30% 50ML			OCTREOTIDA 0,5 MG/1 ML (SANDOSTATIN)		
DEXMEDETO MEDINA 200MCG/2ML (PRECEDEX)			SELANTE DE FIBRINA C/2 ML (TISSELL)		
ERITROPOETINA 4000 UI (EPREX)			SUGAMADEX 200MG/2 ML (BRIDION)		
ERTAPENEM 1G (INVAZ)			SURFACTANTE DE ORIGEM PORCINA 240 MG/3 ML (CUROSURF)		
FLUCONAZOL 200 MG/ 100 ML BOLSA (ZOLTEC)			TEICOPLANINA 400 MG (TARGOCID)		
FLUMAZENIL 0,5 MG/0,5 ML (LANEXAT)			TERLIPRESSINA 1 MG/5 ML (GLYPRESSIN)		
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RH 300MCG/ 1 ML (MATERGAN)					
MEROPENEM 2G (MEROMAX)					
Material	Quant.	Código de Barras	Materiais	Quant.	Código de Barras
AGULHA PERIDURAL N°			FIO POLIESTER VERDE 2 C/AG DUPLA 22 MM (ETHIBOND)		
AGULHA BIOPSIA QUICK CORE 16 G/20 CM BIOPSY ZDLE			FIO POLIESTER VERDE 2 C/AG DUPLA 17 MM (ETHIBOND)		
CÂNULA BIOPSIA HEPÁTICA 16X30 MM			FIO POLIPROPILENO AZUL 7 C/AG DUPLA 9,5 MM (PROLENE)		
CATETER DUPLO LUMEN 7 FRX20 CM ADULTO			FIXADOR DE CATETER TEGADERM		
CATETER DUPLO LUMEN 4FRX13 CM PEDIÁTRICO			KIT AGULHA DE PERIDURAL + CATETER DE PERIDURAL N°		
CATETER DUPLO J RABO DE PORCO 6 FR 22/32 CM			KIT CATETER P/ HEMODIÁLISE N°		
CATETER EMOBLECTOMIA (FUGARTY) N°			KIT DILATADOR RENAL AMPLATZ		
CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL 9 FR			KIT DRENAGEM PERCUTÂNEA NEFROSTOMIA RABO DE PORCO 14 FR X 30 CM		
CATETER UMBILICAL 2 VIAS 5 FR 40 CM			KIT NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA 14 FR		
CATETER UMBILICAL DUPLO LUMEN 3,5 MM			KIT PARA GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA 20 FR		
CATETER URETRAL P/ PIELOGRAFIA 6 FRX10 CM			LIGA CLIP AZUL MÉDIO		
CATETER VENOSO CENTRAL 3 FR/30 CM PEDIÁTRICO			LIGA CLIP VERMELHO PEQUENA		
CATETER VENOSO CENTRAL 4,5 FR/60 CM ADULTO			MANTA P/ INTRAOPERATÓRIO ADULTO		
CPAP NASAL P/ OXIGENOTERAPIA N°			MANTA P/ INTRAOPERATÓRIO PEDIÁTRICA		
DRENO DE BLAKE 24 FR			RESERVATÓRIO JVAC 300 ML		
DRENO DE KHER N°			SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL N°		
DIALISADOR HEMOFLOW P8 POLISULFONA			SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEOSTOMIA N°		
DIU MIRENA (LEVONORGESTREL)			SLING TRANSOBTURATÓRIO HALO OSTRYX II		
DIU OPTIMA (COBRE)			SONDA DOBBHOFF N°		
EQUIPO ARTROSCOPIA 4 VIAS + CAMISA			SURGICEL HEMOSTÁTICO 5,5 X 7,5 CM		
EQUIPO BOMBA ENTERAL			TELA DE MARLEX N°		
EQUIPO BOMBA FOTOSSENSÍVEL			TRANSDUTOR DE PRESSÃO C/ TORNEIRA		
EQUIPO BOMBA SIMPLES			TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO N°		
ESPONJA HEMOSTÁTICO 80X125MM (GELFOAM)			TUBO DE VENTILAÇÃO DE SILICONE 1011 CM SHEPARD		
FILTRO BACTERIOLÓGICO ADULTO	1	0013500310579	TUBO DE VENTILAÇÃO DE SILICONE 1026 CM APPARELLA		
FILTRO BACTERIOLÓGICO INFANTIL					
FILTRO PARA LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS					
FILTRO PARA LEUCÓCITOS E PLAQUETAS					
FIO DE AÇO 6 C/AG 48 MM CARD (ACIFLEX)					
FIO DE MARCAPASSO DE AÇO 26 MM E RETA 90 MM (CARD)					
FIO DE KIRSCHNER N°					
FIO GUIA HIDROFÍLICO					
FIO NYLON PRETO 8 C/AG DUPLA 6,5 MM OPT (MONONYLON)					
FIO POLIDIOXANONA 3 C/AG 2,6 CM (SURGYCRYL)					
FIO POLIESTER VERDE 5 C/AG 48 MM					

Confere com a Original  
Hospital Santa Julianá  
CNPJ: 09.529.443/0003-36  
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

0013500310579  
15-02000-00000-00000  
TRC BACTERIOL GICD  
CME PC 119

FORMULÁRIO  
CONTROLE DE DÉBITO DE SALA

<i>+ Endurecimento Prostinal</i> Paciente: <i>Suzana Ferreira Almeida</i> Cirurgia: <i>Interv. de recto retal</i> Cirurgião: <i>Dr. Almeida</i> Entrada: <i>16:15</i> Inic. Anest: <i>16:35</i> Térn. Anest: <i>-</i>		Convênio: <i>Ses</i>	Data: <i>29/11/98</i> SO: <i>2</i>
		Anestesista: <i>W. Almeida</i>	Circulante: <i>B. Almeida</i>
Auxiliar: <i>Dr. Almeida</i> Instrumentador: <i>Dr. Almeida</i> Inic. Cirurg: <i>16:58</i>		Perfusionista:	
Térn. Cirurg: <i>17:34</i>			
<b>MATERIAIS</b>	<b>QUANT.</b>	<b>MATERIAIS</b>	<b>QUANT.</b>
ABOCATE N° 20		GAZE ESTÉRIL	1
ABSORVENTE		INTRACATH N°	
AGULHA N°		LÂMINA DE BISTURI N° 15	1
AGULHA P/ RAQUIN N° 22		LUVA DE PROCEDIMENTO	
ALGODÃO ORTOPÉDICO		LUVA ESTÉRIL N° 8,0	1
APARELHO DE BARBEAR		LUVA ESTÉRIL N°	
ATADURA CREPE CM 10		MALHA TUBULAR	
ATADURA GESSADA CM 15		POLIFIX 2 VIAS (MULTIVIA)	1
BOLSA COLOSTOMIA		PULSEIRA MÃE E FILHO AZUL	
CÂNULA DE TRAQUEO N°		PULSEIRA MÃE E FILHO ROSA	
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°		SERINGA 0,5 ML (P/ INSULINA)	
CAPA P/ MICROSCOPIO		SERINGA 1 ML	
CAPA P/ VÍDEOCIRURGIA		SERINGA 3 ML	
CATETER EPIDURAL N°		SERINGA 5 ML	
CERA PARA OSSO		SERINGA 10 ML	
CLAMP UMBILICAL		SERINGA 20 ML	
COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO 1200ML		SONDA ASPIRAÇÃO N°	
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 2000ML		SONDA FOLEY N°	
COMPRESSA CIRÚRGICA		SONDA GASTRICA 32 (FOUCHET)	
CONTOUR TS TIRA P/ GLICEMIA (DEXTR)		SONDA NASOGASTRICA N°	
DISPOSITIVO TRANSFERÊNCIA		SONDA URETRAL N°	
DRENO DE PENROSE N°		TORNEIRA 3 VIAS	
DRENO DE SUGÃO N°		TUBO ENDOTRAQUEAL N° 4	
DRENO DE TÓRAX N°		SOLUÇÕES	
ELETRODO DESCARTAVEL		ÁGUA DESTILADA INJ. 10ML	
EQUIPO MACROGOTAS		ÁGUA DESTILADA INJ. 500ML	
EQUIPO TRANSFUSÃO DE SANGUE		ÁGUA DESTILADA INJ. 1000ML	
ESPARADRAPO		ALCOOL 70% 1000ML	
EXTENSOR 60CM		CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1000ML	
EXTENSOR 120CM		CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1000ML	
FERA DE SMARCH		IOEXOL 300MG (OMNIPHAQUE)	
FRASCO P/ DRENAGEM TORACICA		POVIDINE DEGERMANTE 10% 1000ML	
FIO ÁCIDO POLIGLICOLICO (VICRYL) N° 3-0		POVIDINE TINTURA 10% 1000ML	
FIO CAT GUT CROMADO N°		POVIDINE TOPICO 10% 1000ML	
FIO CAT GUT SIMPLES N°		SORB. + MANIT. 2,7-0,54% 1000ML (PURISOLE)	
FIO DE CERCLAGEM		SORO FISIOLOGICO 0,9% 100ML	
FIO NYLON PRETO N° 4 -		SORO FISIOLOGICO 0,9% 250ML	
FIO POLIDIOXANONA (PDS II) N°		SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML	
FIO POLIESTER ALGODÃO COM AGULHA (POLYCOT) N°		SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML	
FIO POLIESTER ALGODÃO SEM AGULHA (POLYCOT) N°		SORO GLICOSADO 5% 100ML	
FIO POLIGLECAPRONE (MONOCRYL) N°		SORO GLICOSADO 5% 250ML	
FIO POLIFPROPILENO (PROLENE DO N° 0 AO 6) N°		SORO GLICOSADO 5% 500ML	
FITA CARDIACA		SORO RINGER LACTADO 500ML	
FITA MICROPORÉ			
Máscara 20			
Máscara 15			

## HOSPITAL SANTA JULIANA

## BOLETIM DE ANESTESIA

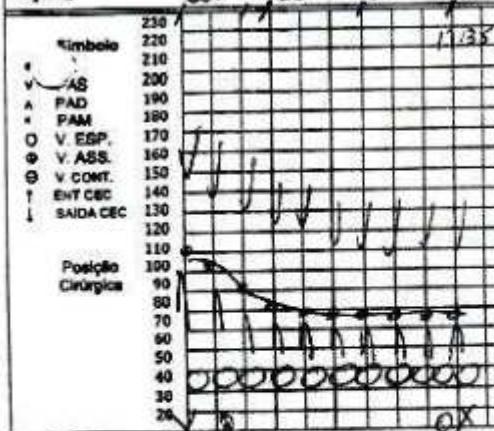
Nome: SUZANA PEREIRA SOUZA  
 Nome da mãe (se homônimo):  
 Diagnóstico:  
 Convênio: SUS

Hora 16:35O<sub>2</sub> 100 L/minutoAR 100 L/minutoSevo 1% 1ml/kgIso 5% ml

## Ventilação

SRL 500ml 11  
SPO<sub>2</sub> 95% 500ml

## Diurese

EtCO<sub>2</sub>SpO<sub>2</sub>

## Monitorização

- ( ) Cardioscópio  
 ( ) Oxímetro  
 ( ) PANI  
 ( ) Capnógrafo  
 ( ) TOF  
 ( ) PAI  
 ( ) TOS

Acesso venoso:

## Anestesia Geral

- Venosa  Balanceada  
 Inletória  Combinada

**Medicações/ Dose**  
 Propofol: 100mg  
 Fentanil: 250mcg  
 Cisatracúrio:   
 Rocuronio: 40mg  
 Etomidato:   
 Cetamina:   
 Atracúrio:   
 Outros:

## Sedação

- ( ) Consciente  Com Local  
 Inconsciente  Sem Local

**Medicações/ Dose**  
 Midazolam: 5mg  
 Fentanil:   
 Cetamina: 25mg  
 Precedex: 25mcg  
 Nilperidol:   
 Outros:   
 Tubo Orotraqueal N°   
 Filtro Bacteriológico

## Outras medicações

- Cefazolina 2g  
 Dipirona 2g  
 Dexametasona 10mg  
 Ondansetrona 8mg  
 Omeprazol 40mg  
 Tenoxicam 40mg  
 Metoclopramida 10mg  
 Dramim 30mg  
 Cetorolaco 30mg  
 Clonidina 150mg  
 Oxitocina 20UI

 ATIVOP 250mg NBOS 0.5mg 250ml

## Bloqueio de neuroeixo

- ( ) Raquianestesia  Simples  
 ( ) Peridural  Contínuo

**Punção** Local: \_\_\_\_\_  
 ( ) Mediana Agulha: \_\_\_\_\_  
 ( ) Paramediana Tentativas: \_\_\_\_\_

Líquido cefalorraquidiano  
 Claro  Normotensão  
 Turvo  Hipertensão

Parestesia  
 Presente  Ausente

**Anestésico / Dose**  
 Bupivacaína pesada \_\_\_\_\_  
 Bupivacaína isobárica \_\_\_\_\_

**Anestésico** \_\_\_\_\_  
 Ropivacaína \_\_\_\_\_  
 Morfina \_\_\_\_\_  
 Fentanil \_\_\_\_\_

**Bloqueio De plexo**  
 Supraclavicular  Axilar  
 Interescalântico  Femoral

**Anestésico** \_\_\_\_\_  
 BOPA 1:5% 20ml + 10ml  
 LEOB 0,14% 20ml

## EVENTOS/ANOTAÇÕES/COMPLICAÇÕES:

Confere com a Original  
 Hospital Santa Juliana  
 CNPJ: 00.529.443/0003-36  
 Rua Alvorada nº 888 - Bosque

Procedimento Realizado: OSTEOSENTE TAPÉO DÍSPAL  
 Equipe cirúrgica: FRANCIS + ALVIMED  
 Anestesiologista: WILÉDIA

Dra. Waledia Nelo  
 CRMAC 1823 Reg. 754  
 CRMRO 5932 Reg. 2127

**Destino:**  
 IRPA  Enfermaria  
 Residência  UTI

Código: PO.HS.JC.016  
 Versão 01 Página 1/1

REGISTRO  
PACIENTE

Suzana Ferreira da Silva

IDADE: 51  
CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
LEITO: 1052

EVOLUÇÃO: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

fx de joelho (congestão)  
prol. mol (P)  
+ fx de radio distal (P)

DATA DO TRAUMA:

10/11/10

DATA DA INTERNACAO:

25.11.10

DATA DA CIRURGIA:

26.11.10

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Dr. Henrique

HOSPITAL:

HASJ

MATERIAL:

- placa T  
- fk

- DIETA VO ZERO APARTIR DAS 00:00
- DIURONA 1GR EV DILUIDO 66H
- PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H SIN
- CAPTOPRIL 25MG VO CADA 12/12HORAS SE PA > 140/99mmhg
- SINAIS VITais

SNDA  
29/11/10 16

Reabilitação  
26/11/10 14:10

*Dr. Henrique  
Suzana Ferreira da Silva  
25/11/10*

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
Hospital Acre 00003 - 36  
CNPJ: 00.529.443/0003-00  
Rua Avenida n.º 806 - Bopuê

**FORMULÁRIO**  
**REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**  
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA			Leito:	105 A
Data:	28/11/2019	Prontuário:	56719	Data de Nascimento:	01/06/1968
Nome da mãe (se homônimo):					
16-50	35,5	125x80	60g/cm	95%	—
32	35,7	110x70	71	87	Augusto Julinha Sampaio F. de Souza Tec. Enfermagem COREN-AC 704857
02	35	120x70	72	88	
00	35,2	110x70	69	90	

**ETIQUETAS**

**SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS**

28-11-19 as 17h Solicto a  
 farmacia 1AB 18/11/2019  
 + 1 lequepo

Tania de Matos Espindola  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-AC 46001362883

**BCF**

**Controle de Diurese**

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

**ASSINATURA DE APRAZAMENTO E CHECAGEM**

	MANHÃ	TARDE	NOITE
<b>ENFERMEIRO</b>		Augusto Lima de Oliveira Enfermeiro COREN-AC 315.785 ENF	
<b>TÉCNICO DE ENFERMAGEM</b>		Tânia de Matos Espindola Técnica de Enfermagem COREN-AC 46001362883	Julinha Sampaio F. de Souza Tec. Enfermagem COREN-AC 704857

Código: FO. HSJ. ENF . 001

Versão: 002, Página 1 de 2

**FORMULÁRIO**  
**REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**  
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA	Leito:	105 A
Data:	28/11/2019	Prontuário:	56719

Nome da mãe (se homônimo):

Data de Nascimento:

01/06/1968

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

28.11.19 às 18h Recuperação SV/US/D AB/1877 multa  
 rea + i equívoco, medicada C.2 N. Itens 2 EU

Tânia de Matos Espindola  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN AC 001362883

28.11.19 às 19.00h Recuperação da paciente em repouso no leito  
 orientação àcompanhada de familiar. Foi informado  
 que paciente é fumante 40/50m 115cm 70kg. Sobre queixa de dor no lado  
 esquerdo p/ a dor no lado direito. Foi realizada aferição de temperatura  
 e pressão arterial de 90/60 mmHg.

Jenilis Sampaio P. de Souza  
 Téc. Enfermagem  
 COREN AC 704057

Jenilis Sampaio P. de Souza  
 Téc. Enfermagem  
 COREN AC 704057

18.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

Jenilis Sampaio P. de Souza  
 Téc. Enfermagem  
 COREN AC 704057

Jenilis Sampaio P. de Souza  
 Téc. Enfermagem  
 COREN AC 704057

19.12.20h Verificado SSV/

20.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

21.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

22.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

23.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

24.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

25.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

26.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

27.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

28.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

29.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

30.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

31.12.20h Realizada tma 3 e 8 cm

01.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

02.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

03.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

04.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

05.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

06.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

07.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

08.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

09.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

10.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

11.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

12.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

13.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

14.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

15.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

16.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

17.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

18.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

19.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

20.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

21.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

22.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

23.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

24.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

25.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

26.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

27.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

28.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

29.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

30.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

31.01.21 Realizada tma 3 e 8 cm

01.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

02.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

03.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

04.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

05.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

06.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

07.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

08.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

09.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

10.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

11.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

12.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

13.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

14.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

15.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

16.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

17.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

18.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

19.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

20.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

21.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

22.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

23.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

24.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

25.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

26.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

27.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

28.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

29.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

30.02.21 Realizada tma 3 e 8 cm

01.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

02.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

03.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

04.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

05.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

06.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

07.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

08.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

09.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

10.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

11.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

12.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

13.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

14.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

15.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

16.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

17.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

18.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

19.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

20.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

21.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

22.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

23.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

24.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

25.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

26.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

27.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

28.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

29.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

30.03.21 Realizada tma 3 e 8 cm

01.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

02.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

03.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

04.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

05.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

06.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

07.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

08.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

09.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

10.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

11.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

12.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

13.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

14.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

15.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

16.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

17.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

18.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

19.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

20.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

21.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

22.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

23.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

24.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

25.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

26.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

27.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

28.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

29.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

30.04.21 Realizada tma 3 e 8 cm

01.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

02.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

03.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

04.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

05.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

06.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

07.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

08.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

09.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

10.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

11.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

12.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

13.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

14.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

15.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

16.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

17.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

18.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

19.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

20.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

21.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

22.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

23.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

24.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

25.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

26.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

27.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

28.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

29.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

30.05.21 Realizada tma 3 e 8 cm

01.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

02.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

03.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

04.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

05.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

06.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

07.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

08.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

09.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

10.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

11.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

12.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

13.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

14.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

15.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

16.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

17.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

18.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

19.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

20.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

21.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

22.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

23.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

24.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

25.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

26.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm

27.06.21 Realizada tma 3 e 8 cm



## HOSPITAL SANTA JULIANA

CONVÊNIO: SUS

Pag. 1

PACIENTE: 56719 - 2

SUZANA FERREIRA SILVA

LEITO: 105 A

DATA: 29/11/2019		HORA: 17:53		NRO PRESCRIÇÃO: 270767	NRO REQ. FARM: 1565693
PRESCRIÇÃO MÉDICA		QTD	VIA	FREQUENCIA	HORARIO
01	DIETA LIVRE	UN	1		<i>SN</i>
02	SoRo FisiOLogico 0,9% INJ EV C/500 ML (SIST FECHADO)	FRAS	1	EV	<i>12 X 12</i>
03	TenoXICan 20 MG IM/EV INJ. (TILATIL) SERINGA C/AG 10 ML	AMP	1	EV	<i>12 X 12</i>
	AGua DesTILAda INJ C/10 ML	UN	1	EV	<i>12 X 12</i>
04	CefALOTina 1 G INJ IM/EV (KEFLIN)	FA	1	EV	<i>6 X 6</i>
	SERINGA C/AG 20 ML	UN	1	EV	<i>6 X 6</i>
	AGua DesTILAda INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	<i>6 X 6</i>
05	TrAMADol 50 MG/1 ML INJ IM/EV (TRAMAL) SERINGA C/AG 3 ML	AMP	1	EV	<i>SN</i>
	SoRo FisiOLOGico 0,9% INJ EV C/100 ML (SIST FECHADO)	FRAS	1	EV	<i>SN</i>
06	RaniTIDina 50 MG/2 ML IM/EV INJ (ANTAK) SERINGA C/AG 20 ML	AMP	1	EV	<i>24 HRS</i>
	AGua DesTILAda INJ C/10 ML	UN	1	EV	<i>24 HRS</i>
07	DiplROna 1 G/2 ML IM/EV INJ. C/2 ML (NOVALGINA) SERINGA C/AG 10 ML	AMPO	1	EV	<i>6 X 6</i>
	AGua DesTILAda INJ C/10 ML	UN	1	EV	<i>6 X 6</i>
08	OrmePRAzol 40 MG EV INJ. (OPRAZON) SERINGA C/AG 10 ML	FA	1	EV	<i>24 HRS</i>
	AGua DesTILAda INJ C/10 ML	UN	1	EV	<i>24 HRS</i>
09	MetOCLOPRAmida 10 MG/2 ML IM/EV INJ (PLASIL) SERINGA C/AG 20 ML	AMP	1	EV	<i>SN</i>
	AGua DesTILAda INJ C/10 ML	AMPO	2	EV	<i>SN</i>

Entere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003-36  
Av. Alvorada nº 806 - Bosque

*Dr. Aluizio Junior*  
CRM-AC 2061  
PRM-Ortopedia e Traumatologia

## EVOLUÇÃO

30/11/19 Recup. seu pés.

Fz. Enjo. Neurológico perfeitos

(1) Até hospital com exames médicos

Retorno ambulatório

*Dr. Wesley Hoffmann*  
CRM-AC 2296  
PRM - Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AC 2296

# FORMULÁRIO

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA	Leito:	105 A
Data:	29/11/2019	Prontuário:	56719

Nome da mãe (se homônimo):

### EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

29-11-19 - 19:30h - Paciente internado de SE em maras, acordado, eufórico, apertado, perto de AUF - m HED com HV em curva, não evita quedas cílicas. Nível de consciência - presente. Realiza orientações sobre a PCT, liberdade de dictar. Sarcas em resposta às perguntas. PA: 128 x 80 mmHg, Tcx: 35,0°C, SPO2: 97%, FC: 57 bpm.

Notas de Enfermagem  
COREMEC: 07/07/2019

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003-36  
Rua Alvorada nº 306 - Bosque

### PROBLEMA ATIVO

### CONDUTA

### META

**FORMULÁRIO  
REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

## ETIQUETAS

## SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS

BCF

## Controle de Diurese

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003-36  
Rua Alvorada nº 306 - Bosque

## ASSINATURA DE APRAZAMENTO E CHECAGEM

MANHÀ

TARDE

NOITE

ENFERMEIRO

Rosangela Lacerda  
Mortuário  
COREN/AC-750904

Código: FO. HSJ. ENF . 001  
Versão: 002. Página 1 de 2

**FORMULÁRIO**  
**REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>Nome:</b>	SUZANA FERREIRA SILVA	<b>Leito:</b>	105 A
<b>Data:</b>	29/11/2019	<b>Prontuário:</b>	56719

**Nome da mãe (se homônimo):**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

07:00 Realizo plantão com Paciente 05451 no leito, leito e  
comunicativo, portando AUP funcionante com H.V em  
curso, acompanhante da familiar em visita zero agun-  
drado p/ o culto religioso *rea Passejada*  
Tec. Enfermagem  
GORENAC-760904

09:00 Sauganinhada ao e-e uma cadeira de rodas, + acompanhante  
sem intercorrências *rea Passejada*  
Tec. Enfermagem  
GORENAC-760904

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

**FORMULÁRIO  
REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA			Leito:	105 A
Data:	29/11/2019			Prontuário:	56719
Nome da mãe (se homônimo):					
<p align="center">RESPIRAÇÃO: 120X8 976PM 97%</p> <p align="center">SÍGNEIA</p> <p align="center">PULSATIL: 60/60 98%</p>					
22:00	35.0 °C	120X8	976PM	97%	=
01:00	35.2 °C	120X70	60/60PM	98%	=
06:00	35.4 °C	120X90	61/60PM	98%	=

**ETIQUETAS**

**SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS**

218400 Solicto na farmácia 01 -  
observar N° 22 p/ realização de testes  
Maria José de Jesus  
Tec. Enfermagem  
Coren AC 001046-323

BCF

Controle de Diurese

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

**ASSINATURA DE APRAZAMENTO E CHECAGEM**

	MANHÃ	TARDE	NÔITE
ENFERMEIRO			
TÉCNICO DE ENFERMAGEM			<p align="center">Maria José de Jesus Tec. Enfermagem Coren AC 001046-323</p>

Código: FO. HSJ. ENF . 001

Versão: 002, Página 1 de 2

**FORMULÁRIO**  
**REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**  
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA	Leito:	105 A
Data:	29/11/2019	Prontuário:	56719

Nome da mãe (se homônimo):

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

29/11/19: paciente chegou as 19:30h do centro cirúrgico Maria José de Jesus  
 As 22:00 - Foi autor. med. itam 02,03,04,07, i afebril ssuu  
 As 02:00 - Foi referido as 55W C.P.M.  
 As 04:00 - Foi rebat. med. itam 04,07, C.P.M. —  
 As 06:00 - Foi referido as 55W e extubado med. itam 07  
 As 07:00 - Prime. plantão paciente estava bem  
 Enfermeira durante o período seguia  
 as orientações da equipe de enfermagem  
 Maria José de Jesus  
 Tec. Enfermagem  
 Coren AC 001046-323  
 Maria José de Jesus  
 Tec. Enfermagem  
 Coren AC 001046-323  
 Maria José de Jesus  
 Tec. Enfermagem  
 Coren AC 001046-323  
 Maria José de Jesus  
 Tec. Enfermagem  
 Coren AC 001046-323

30/11/19 Realizou alta hospitalar orientada pelo médico assistente Dr. Nelly  
 Neri de Oliveira de Souza acompanhado de familiar + enfermeira  
 magem, entrou com alta + itam que libera - R.C. <sup>Intubada</sup>  
 Coren/AC-329612

Confere com a Original

Hospital Santa Juliana

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada nº 806 - Botafogo

**FORMULÁRIO  
REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**Nome:** SUZANA FERREIRA SILVA **Leito:** 105 A  
**Data:** 30/11/2019 **Prontuário:** 56719 **Data de Nascimento:** 01/06/1968

**Nome da mãe (se homônimo):**

102000 36-17 143151 b6 b7c Sfd 98 — *for information*

FTIQUFTAS

## SOLICITACAO DE MATERIAIS

BCF

## Controle de Diurese

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003-35  
Rua Alvorada nº 896 - Belo

## ASSINATURA DE APRAZAMENTO E CHECAGEM

MANH

TARDE

NOTE

ENFERMEIRO

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Johnatan Cusiba de Souza  
Téc. Enfermagem  
COREN-PI - 1237026

**Código: FO. HSJ. ENF . 001**

Versão: 002, Página 1 de 2

**FORMULÁRIO**  
**REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

<b>Nome:</b>	<b>SUZANA FERREIRA SILVA</b>		<b>Leito:</b>	<b>105 A</b>	
<b>Data:</b>	<b>30/11/2019</b>	<b>Prontuário:</b>	<b>56719</b>	<b>Data de Nascimento:</b>	<b>01/06/1968</b>

**Nome da mãe (se homônimo):**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

*Na 07:00 h, paciente sentiu fome, fui para a enfermaria. Johnatan Cunha de Souza*

*Téc. Enfermagem*

*Na 08:00 h, paciente sentiu fome, fui para a enfermaria. Johnatan Cunha de Souza*

*Téc. Enfermagem*

*Johnatan Cunha de Souza*

*Téc. Enfermagem*

*COREN 1237026*

**Confere com a Original**

Hospital Santa Júlia

CNPJ: 00.529.443/0003-38

Rua Alvorada nº 806 - Bosque

**Código: FO. HSJ. ENF . 001**

**Versão: 002, Página 1 de 2**



PRONTUÁRIO: 56719 - 2  
PACIENTE: SUZANA FERREIRA SILVA  
DATA: 30/11/2019  
LEITO: 105 A

<input checked="" type="checkbox"/> ALÚCIDO E ORIENTADO	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	<input type="checkbox"/> SONOLENTO
<input type="checkbox"/> DELIRIUM/CAM-ICU	<input type="checkbox"/> COMATOSO-GLASGOW TOTAL: _____	<input type="checkbox"/> SEDADO- RAMSEY TOTAL: _____

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA:  SEM O2  COM O2 \_\_\_\_\_ L/MIN

VIA AÉREA ARTIFICIAL:  TOT Nº \_\_\_\_\_  TQT Nº \_\_\_\_\_

VENTILAÇÃO MECÂNICA INVASIVA: SIM  NÃO

AUSCULTA PULMONAR: \_\_\_\_\_

PADRÃO VENTILATÓRIO:  EUPNEIA  TAQUIPNEIA  DISPNEIA  BRADIPNEIA

MRC = ESCORE MEDICAL RESEARCH COUNCIL TOTAL: \_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> COOPERANTE	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> NÃO COOPERANTE
--	---

CONDUTA FISIOTERAPÉUTICA:

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

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

07:10  
2019-11-30

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

2019-11-30


**F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O**

 Prontuário: **56719 - 2**

 Entrada: **28/11/2019**

 Hora: **1422**

Apto/Leito:

**1054**

Paciente:

**SUZANA FERREIRA SILVA**

Nome Social (se houver):

 Reg. Geral: **0150406**

 Orgão Emissor: **SSP**
**AC**

Data Expedição:

 CPF: **57031118204**

 Raca/Cor: **Parda**

 Cartão SUS: **704601620822425**

 Sexo: **F**

 Dt. Nasc.: **01/06/1968**

 Est. Civil: **SOLTEIRO(A)**

 Natur.: **RIO BRANCO**
**AC**

 Idade: **51 Anos**

Conjuge:

 Nacionalidade: **BRASIL**

 End.: **RUA RAIMUNDA DIJALMA DA COSTA Q 10A**

 Nro: **40**

 Bairro: **CIDADE DO POVO**

 CEP: **69900000**

 Cidade: **Rio Branco**

 Estado: **AC**

 Fone: **68 996125434**

 Cel.: **996125434**

 Fone Contato: **68 996125434**

ARACELI FERREIRA SILVA

Local de Trabalho:

 Profissão: **DIARISTA**

 PAI: **MANOEL CANDIDO DA SILVA**

 MAE: **ELDA FERREIRA SILVA**

 Resp.: **SUZANA FERREIRA SILVA**

 End.: **RUA RAIMUNDA DIJALMA DA COSTA Q 10A**

 Nro: **40**

 Cidade: **Rio Branco**

 UF: **AC**

 Fone Res.: **68 - 996125434**

Fone Com.:

 Motivo da Internação: **Clinica Ortopédica**

 Trouxe RX: **S**

 Exame: **S**

 Convênio: **SUS**

 Plano: **ENFERMARIA**

Nro Carteira:

Validade:

Senha:

Nro Guia:

Sispre:

 Médico ( a ): **FRANCIS KASHIMA**

 Observação: **AIH EM ANEXO + SISREG 317429589**

 Atendente: **Marcelândio,Bandeira de Sousa**
**TERMO PARA INTERNACAO E TRATAMENTO**

Autorizo a internação de **SUZANA FERREIRA SILVA** neste hospital bem como os tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos que se fizerem necessários.

Rio Branco - AC, 28 de novembro de 2019


**SUZANA FERREIRA SILVA**
**AVISO**

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

Rio Branco - AC, 28 de novembro de 2019


**SUZANA FERREIRA SILVA**

**HISTÓRICO DE ENFERMAGEM**  
**ADMISSÃO DE PACIENTES CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

Data da Internação: 28/11/2019 Hora: 1422 Prontuário: 56719 2

Nome: SUZANA FERREIRA SILVA

Nasc:

Leito: 1054

Sexo: F Médico Assistente: FRANCIS KASHIMA

Procedência: RESIDENCIA

Acompanhante:  Sim  Não

Cor da Pele: Parda

Quem:

Nome da mãe: ELENA FERREIRA SILVA

Precaução:  Padrão  Contato  Gotículas  Aerosóis

**CONDIÇÕES DE MORADIA**

Área de moradia	Tipo de moradia	Material	Saneamento
<input checked="" type="checkbox"/> Urbana	<input checked="" type="checkbox"/> Casa	<input checked="" type="checkbox"/> Alvenaria <input type="checkbox"/> Mista	<input checked="" type="checkbox"/> SAERB <input type="checkbox"/> Poço
<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Rede de esgoto

**HISTÓRIA CLINICA**

Queixa Principal: Som queiro

Hipótese diagnóstica: fx União + Bônito

Patologias Associadas:  Diabetes Mellitus  Hipertensão Arterial  Outros:

Hábitos:  Tabagismo  Etilismo  Uso de drogas. Por quanto tempo:

Prótese:  Dentária  Ocular  Auditiva  Motora:

Medicamentos em uso:  Não  Sim/Qual:

Cirurgias anteriores:  Não  Sim/Qual: Cirurgia, HTA

Alergias:  Não  Sim/Qual:

**EXAME FÍSICO**

Sinais Vitais: PA 125x80 mmhg; Tax: 35,5 °C; SatO2 95 % FC: 60 bpm; FR: \_\_\_\_\_ mm

Medidas antropométricas: Peso 60,700 kg; Altura: 1,60 m

Nível de consciência:  Acordado  Lúcido  Desorientado  Torporoso  Comatoso  Sedado

Abertura ocular:  Espontânea  Estímulos Verbais  Estímulos Algicos  Não abre

Mobilidade:  Deambula  Deambula c/ ajuda  Perda de Equilíbrio  Acamado  Semi-Acamado  Restrito ao leito

Pele/Mucosas/Tecidos:  Sem alterações  Anasarca  Desidratação  Palidez  Cianose  Ictericia  
 Lesão por pressão. Local: \_\_\_\_\_

Estágio: I II III IV

Ouvidos:  Sem Alterações  Otalgia  Otorréia  Otorragia  Zumbido  Outro

Nariz:  Sem alteração  Anosmia  Rinorréia  Epistaxe  Outro:

Boca:  Sem alterações  Dentição prejudicada  Gengivite  Gengivorragia  Outro:

Pescoço:  Sem alterações  Assimétrico  Aumento Parótidas  Linfadenomegalia  Gânglio Infartado  
 Rigidex da nuca  Traqueostomia  Outro:

Torax e Aparelho respiratório:  Sem alterações  Assimétrico  Cifoescoliose  Ar Ambiente

Suporte de O2 c/ cateter nasal \_\_\_\_\_ l/min  Suporte de O2 c/ venturi \_\_\_\_\_ l/min

Expansibilidade normal  Expansibilidade aumentada  Expansibilidade diminuída

Roncos  Expansibilidade normal  Sibilos  Estertores  Outras:

Cardiovascular:  Ritmo normal  Arritmia  Taquicardia  Bradicardia  Outro:

Pulsos cheios  Pulsos finos

Abdome:  Plano  Globoso  Flácido  Resistente  Timpânico  Hepatomegalia  Esplenomegalia

RHA:  Presentes  Ausentes  Diminuídos  Aumentados

Evacuações:  Sem alterações  Pastosa  Liquida  Esverdeada  Melena  Outro:

Histórico de constipação:  Sim  Não Histórico de diarréia:  Sim  Não

Aparelho Urinário / Diuerese:  Espontânea  SVD  Polaciúria  Anúria  Colúria  Poliúria  Incontinência  
 Oligúria  Hematúria  Disúria  Piúna  Outro:

MMSS/MMII: Sensibilidade:  Preservada  Diminuída  Aumentada

Motricidade:  Preservada  Diminuída  Aumentada





FORMULÁRIO  
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO

FO.CME.HSJ. N°02

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2018

Página: 1 de 2

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)

ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS
 Data de Previsão: 26/11/2019 Data de Uso: 26/11/2019 Nº de Operador: 05	 CARGA/MATERIAL: <i>Rogue</i>	INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
 Data de Previsão: 28/11/2019 Data de Uso: 28/11/2019 Nº de Operador: 04	 CARGA/MATERIAL: <i>Scopôli</i>	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
ETIQUETA	INTEGRADOR	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INÍCIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>



# HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ:00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, nº806 - Bosque - 69.901-380- Rio Branco- Acre

Fone: (68) 3212-4700/Fax:3224-9129

Rua Alvorada, 806. Bairro Bosque – CEP: 69.900-631

Rio Branco-AC – Tel.: (68) 3212-4700 – Fax: (68) 3224-9129

NOME: <i>Suzana Ferreira Silveira</i>		PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO:	PESO:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fratura de Raio distal esquerdo</i>		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		
CIRURGIAS REALIZADAS:		<i>Osteossíntese placa e Volex nº 5x4 furos</i>
FATOR DE RISCO DE INFECÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> LIMPA <input type="checkbox"/> POTENCIALMENTE CONTAMINADA <input type="checkbox"/> CONTAMINADA <input type="checkbox"/> INFECTADA		
TIPO DE CIRURGIA <i>Elective</i>	ANESTESISTA	
EQUIPE CIRÚRGICA: CIRURGIÃO: <i>Dr. Francisco</i> 1º AUXILIAR: <i>Dr. Alcides</i> 2º AUXILIAR: <i>André</i> ANESTESISTA: <i>Dr. Womble</i> CIRCULANTE: _____		
Hora Início: _____	Horá Término: _____	Duração: _____
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)		
<i>Confere com a Original Hospital Santa Julian CNPJ: 00.529.443/0003 - 36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque</i>		

**DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**  
(Campo, Acesso, Exploração Tática, Técnica, Fechamento)  
FX RÁDIO DISTAL

- 1- PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3- INCISÃO VOLAR DE HENRY EM ANTE-BRAÇO ESQUERDO
- 4- DISSECCÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DE RÁDIO
- 5- REDUÇÃO DIRETA DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA T VOLAR DE 3X4 FUROS + 4 PARAFUSOS CORTICIAIS COM CONTROLE RADIOSÓPICO  
+ PASSAGEM DE FK EM DORSO DO RÁDIO NUMERO 1.5 MM
- 6- LIMPEZA COM SF 0,9%
- 7- SUTURA POR PLANOS ATÉ PELE
- 8- LIMPEZA + CURATIVO + TALA GESSADA TIPO LUVA

**ACIDENTES E INCIDENTES:**

(Signature)

**MATERIAL DE SUTURA - DRENOS**

**MEDICAÇÕES:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ABD 500 ml _____           | <input type="checkbox"/> Glicose 50% inj. _____     | <input type="checkbox"/> SF 1000 ml _____    |
| <input type="checkbox"/> ABD 1000 ML _____          | <input type="checkbox"/> Kolagenase pomada _____    | <input type="checkbox"/> Telebrix _____      |
| <input type="checkbox"/> Adrenalina 1 mg/1ml _____  | <input type="checkbox"/> Neomicina pomada 5mg _____ | <input type="checkbox"/> Xilocalna gel _____ |
| <input type="checkbox"/> Bupivacaína 0,5% s/v _____ | <input type="checkbox"/> Ropivacaína 200mg _____    | <input type="checkbox"/> Xilocalna s/v _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose 25% inj _____      | <input type="checkbox"/> SF 500 ml _____            | <input type="checkbox"/> Xilocalna c/v _____ |
| <input type="checkbox"/> Sorbitol 1000ml _____      | <input type="checkbox"/> Ioversol _____             | <input type="checkbox"/> Outros: _____       |

**MATERIAL ENVIADO A EXAME ANÁTOMO-PATOLÓGICO**

*Aluizio Junior*  
CRM-AC 2061  
CRM-Ortopedia e Traumatologia



UNIDADE \_\_\_\_\_

RECEITUÁRIO MÉDICO

inver

MESTR que a Sm. SUELEN FERreira SILVA  
foi fraturada di TAVIOTO NO DIA 10/11/2019  
apresentando fratura CABEÇA OMBRO (E)

(Grande tuberosidade) e RADIOLISTRA (E)  
(Barril humero). Foi submetida a cirurgia  
ortopédica com placas e "T" e parafusos NO  
RADIOLISTRA. TAT, CONS. NO OMBRO (E).

EVOLUI com cicatriz cirúrgica no ponto  
(E) (Pico Volante), AVAMOTO de VOLANTE PONTOS (E),  
limitação na flexão entre os PONTOS (E) e  
redução da tensão muscular do manguito  
de rotator que permanece fratura no ombro (E).  
PONTOS e protetor de Seguro  
definitiva NO MANGUITO 75% e de alta  
mobilização.

José L. Silveiro C.  
Médico Ortopedista  
CRM 483 - AC

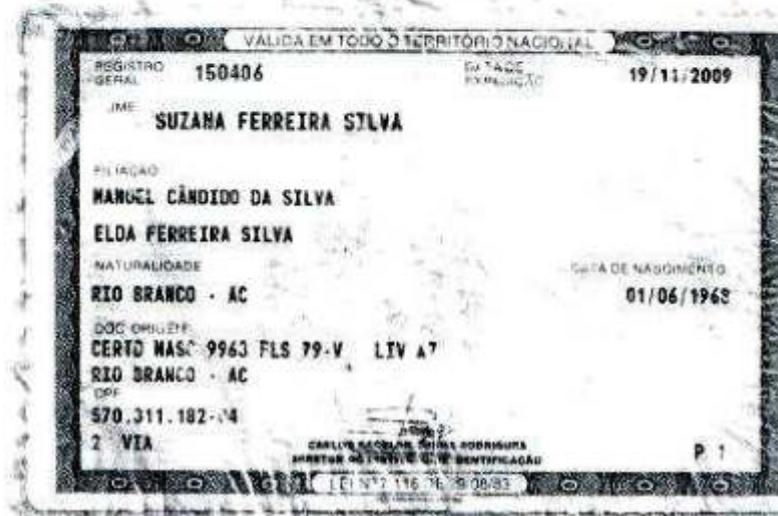
RBN 19/03/2020

Assinatura do profissional com carimbo

NO CONSELHO

Av. Nações Unidas, 700 - Bosque Rio Branco-AC CNPJ: 04034526000224 CNES: 2001578





REFLEXÃO CRITICA DO DESENHO

卷之三

SEGUNDO DEPARTAMENTO DE DADOS DE NEGOCIOS DO MUNICÍPIO DE SANTO DOMINGO DE GUASCA, NO ESTADO DE SÃO PAULO, A FOLHA DE PAGAMENTO DE SALÁRIOS DE 2011.

ACADEMIC STAFF 111

**LEIA O SEU BILHETE DO SEGURO DIPUTAT**  
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

EAC DIP/VT 0800 022 1204

SAC DE SVAT 0800 022 1204

10

Exercício DATA EMISSÃO  
2019 08/04/2019

2019 08/04/2019 PAGE

ME 8982

125 FAN

CHASSI  
R253734

100

CUSTO DO SEGURO (PES)

R#40 "04

total ser. rugfield ser. 400  
R\$ 34,53

DATA DE EMISSÃO  
04/04/2019

ANSWER

SEGURANÇA LIDER - DPVAT

四庫全書

卷之三



# FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

Data da solicitação: 13-03-2020  
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

CPF do beneficiário: 570.311.182-04

Nome do solicitante:

CPF do solicitante: 570.311.182-04

## DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (68) 99918-3322

Tel. Comercial: (68) 99612-5334

Tel. Residencial: (68)

E-mail:

## INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

## MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

## ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM: informe qual(is) documento(s) estão sendo entregue(s):

- Novos documentos médicos
- Laudo de IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: (DESCRIVER)

## NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

A vitima ancora deu de sinistro  
mas caso quereram fazer uma perícia  
médica a vitime encontra-se disponivel  
para fazer a avaliação.

Rio Branco/AC 19-03-2020

Local e Data

- Suzana Ferreira Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

## IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vitima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, o seu pedido (a seu rogo).

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099830/20

**Vítima:** SUZANA FEREIRA SILVA

**CPF:** 570.311.182-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/11/2019

**Titular do CPF:** SUZANA FEREIRA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**SUZANA FEREIRA SILVA : 570.311.182-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/03/2020  
Nome: SUZANA FEREIRA SILVA  
CPF: 570.311.182-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

SUZANA FEREIRA SILVA

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0005632/20

**Vítima:** SUZANA FEREIRA SILVA

**CPF:** 570.311.182-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/11/2019

**Titular do CPF:** SUZANA FEREIRA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**SUZANA FEREIRA SILVA : 570.311.182-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020  
Nome: SUZANA FEREIRA SILVA  
CPF: 570.311.182-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020  
Nome: MAIRLA LIMA DE SOUZA  
CPF: 025.424.522-61

---

SUZANA FEREIRA SILVA

---

MAIRLA LIMA DE SOUZA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099830/20

**Vítima:** SUZANA FEREIRA SILVA

**CPF:** 570.311.182-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/11/2019

**Titular do CPF:** SUZANA FEREIRA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**SUZANA FEREIRA SILVA : 570.311.182-04**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/03/2020  
Nome: SUZANA FEREIRA SILVA  
CPF: 570.311.182-04

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2020  
Nome: GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA  
CPF: 783.757.462-15

---

SUZANA FEREIRA SILVA

---

GUSTAVO BARBOSA RIBEIRO DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200126411      **Cidade:** Rio Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SUZANA FEREIRA SILVA      **Data do acidente:** 10/11/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 30/03/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO,  
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO RÁDIO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @RELATÓRIO PÁG. 57 // DOC PÁG. 15 26 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 55 //  
DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 57.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		<b>Total</b>	<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>