
Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126411

Vítima: SUZANA FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SUZANA FERREIRA 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

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200126411

Vítima: SUZANA FERREIRA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SUZANA FERREIRA 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 FERREIRA 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, retorne 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.

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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasões)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA 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: Jarien 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 (VITIMA , 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 cachorros apareceram e a manobrista perdeu o controle da motocicleta onde a motocicleta 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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048628/2019-A01

ASSINATURAS

Antonio Batista

Antonio Batista
Agente de Polícia
Matrícula 0033310

Responsável pelo Atendimento

**Suzana Ferreira*

Suzana Ferreira Silva
(Comunicante / Vítima)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) autor(a) responsável pelas informações acima declaradas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 319-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção 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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasões)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 FERREIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00534

CONTA: 000000045666-2

Nr. da Autenticação BDE301D68FCEA823



Para consultar
informe este número

SEU CÓDIGO

0353237-0

006318596

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

SUZANA FERREIRA SILVA
R RAIMUNDA DIAS DA COSTA 363 VIA CS 40
CPE: 08357031-26-03
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

RECEITA RENDIA MONO W5056473330 1.4.1. 25

OUT/19	65	CONSUMO	30 A R\$ 0,205725 =	6,17
SET/19	41		24 A R\$ 0,352668 =	8,46
AGO/19	90	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		0,70
JUL/19	40	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	
FEV/19	5	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,55	
JAN/19	18			

RESERVA LÍQUIDA NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, APRESENTE-SE PELA INTER
NET (WWW.FARNET-ES.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/01/2020 OU NA OM
MATERIA PRÓXIMA, DE 09 A 16/12/2019.

RESERVA LÍQUIDA 0084 AF06 7E06 C1E7 530 E0C2 7926 0A0

11,40			
14,78			
0,34			
1,95			
1,27			
		0,22	
		1,05	

3,00 0,00 0,00
11,12 29,44 46,89 5,54 11,00 21,12 0,85
TAQUARI 09/2019 5,24

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2682518	DATA: 10/11/2019	HORA: 19:17	USUARIO: ERICO
CNS: 704601620822425	SETOR: 06	SALA DE GESSO	

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME	SUZANA FERREIRA SILVA	DOC...	NT
IDADE.....	51 ANOS	NASC: 01/06/1968	SEXO... FEMININO
ENDEREÇO.....	Q 10 A CASA 43		NUMERO: 40
COMPLEMENTO...		BAIRRO: CIDADE DO POVO	
MUNICIPIO.....	RIO BRANCO	UF: AC	CEP.... 69910-00
NOME PAI/MAE...	MANOEL CANDIDO DA SILVA	/ELDA FERREIRA SILVA	
RESPONSÁVEL...	A MESMA	TEL.... 99611-4	
PROCEDENCIA...	UPA-CIDADE DO POVO		
ATENDIMENTO...	FRATURA		
CASO POLICIAL...	NAO	PLANO DE SAUDE.... NAO	TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO:	NAO	VEIO DE AMBULANCIA: NAO	

PA[X	mmHg]	PULSO[]	TEMP.[]	PESO[]	FC[]	SP02[]
-----	---	-------	--------	---	--------	---	-------	---	-----	---	-------	---

EXAM.COMPL.	[]	RAIO X	[]	SANGUE	[]	URINA	[]	TC	[]	L.IQUOR	[]	ECG	[]	ULTRASSON	[]	TE	[]
-------------	-----	--------	-----	--------	-----	-------	-----	----	-----	---------	-----	-----	-----	-----------	-----	----	-----

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:	DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
-----------------	--------------------------

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

OBS: ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [VERDE] [AMARELO] [VERMELHO] [AZUL]

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

DIAGNOSTICO:	CID:
--------------	------

PRESCRIÇÃO

① Yucca 19 7 (P. apoc)
 Genus Yucca
 ② Yucca 19 7 (P. apoc)

DATA DA SAÍDA:	/	/		HORA DA SAÍDA:	:	:	
ALTA:	1	1	DECISÃO MÉDICA	1	1	A PEDIDO	1
							EVASÃO

DATA DA SAÍDA: /
ALTA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () DESISTÊNCIA

ASIA: () DECISAO AMPLIA () A FOLHA () ESTATO
() ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

[illegible]

OBITO:	<input type="checkbox"/> ATE 48HS	<input type="checkbox"/> APÓS 48HS	<input type="checkbox"/> FAMILIA	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> ANAT	<input type="checkbox"/>
--------	-----------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL _____ ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO _____

Dr. Vinícius de Magalhães
Universidade de Pernambuco
CRIM. INC. 1941

[Stamp: CRISTIAN, 1961]

DON PEDRO - Quiero de nuevo saber si se puede con la
PARTE 8 PONTI (C)
10. Pont. cabec. color (F) (G) y Pont. subcap.
A. S. M. R. 22-2

José C. St...
México G...
CRM 48

HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 101601
 Numero do CNS.....: 704601620822425
 Nome.....: SUZANA FERREIRA SILVA
 Documento.....: NT Tipo :
 Data de Nascimento: 1/06/1968 Idade: 52 anos
 Sexo.....: FEMININO
 Responsavel.....: MANOEL CANDIDO DA SILVA
 Nome da Mae.....: ELDA FERREIRA SILVA
 Endereco.....: Q 10 A CASA 40 40
 Bairro.....: CIDADE DO POVO Cep.: 69200-000
 Telefone.....: 99613-5434
 Municipio.....: 1200401 - - AC
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: ACRE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 2692518
 Clinica.....: 008 - CLIN.MED.CIRURGICA BL "B"
 Leito.....: 999.0171
 Data da Internacao: 10/11/2019
 Hora da Internacao: 19:25
 Medico Solicitante: 744.686.342-00 - VINICIUS DE NACEDO MACALHAES
 Proced. Solicitacao: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: ROSY

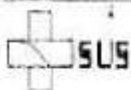
INFORMACOES DE SAIDA

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

320321633

121910056001

SAME / HUEB
 CÓPIA
 CONFORME ORIGINAL



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - N° DO PRONTO SOCURO

10 - RACIAIS

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. USE MUNICÍPIO

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de altura, apresentando lesões em membros superiores e inferiores.

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 MORTAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE EM EXERCÍCIO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - ENTP DA SEGURADORA

40 - N° DO VÊNIO

41 - CNP/EMPRESA

42 - CNPJ/EMPRESA

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - COD. ORGÃO EMissor

47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

UNIDADE:

NOME: *Silvia*

Condomínio Santa

IDADE: *34 anos*

REGISTRO:

ENFERMARIA:

LEITO: *106*

DATA:

EVOLUÇÃO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORARIO:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Jose L. Silverio C.
Médico Ortopedista
CRM 463 - AC

Doença: Osteoartrite da articulação do joelho direito.
Exame físico: Dor leve, sem sinais de inflamação.
Exames: Radiografia de joelho direito - artrose leve.
Tratamento: Fisioterapia, analgésicos.

Prescrição: Paracetamol 500mg - 1 comprimido 3x ao dia.
Exames: Radiografia de joelho direito - artrose leve.

Exames: Radiografia de joelho direito - artrose leve.

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

MMS

EVOLUÇÃO	PRESENÇA	HISTÓRIA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DATA: 20/11/2016	10:15	10:15	10:15
PRATICA DE UMBRO PROXIMA +	10:15	10:15	10:15
TRATADA DE RADIO DISTAL	10:15	10:15	10:15
CS INTERVACAO	10:15	10:15	10:15
TRATAMENTO COM TENDÃO DE DOR EM	10:15	10:15	10:15
OMERO ESQUELETO APOS QUEDA DE	10:15	10:15	10:15
ALTURA	10:15	10:15	10:15
AO EXAME APRESENTA DOR E	10:15	10:15	10:15
IMPOTENCIA FUNCIONAL EM OMERO,	10:15	10:15	10:15
APRESENTA DOR EM FUNDO	10:15	10:15	10:15
ESQUELETO	10:15	10:15	10:15
SSOLICITO EXAMES PRE	10:15	10:15	10:15
SOPELATORIOS	10:15	10:15	10:15
VISITADOR DR RORRIGO VICK	10:15	10:15	10:15

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUZANA FERREIRA DA SILVA

SI

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

M05

EXATIDÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DIAGNOSTICO

1. DIETAVO PARA HAS SCS

20/05/2012 12:12:21

PRATICA DE RADIOLOGIA

2. DIFERENÇA TGR EV DE 0,4700 0,001

20/05/2012 12:12:21

EXATIDÃO

3. TRATAMENTO EV CADA 12/12 HORAS

20/05/2012 12:12:21

PACIENTE COM QUAISQUER DE TGR EM
ONERO ESCUENDO APOS GUEDA DE
ALTO

4. PLASMA TGR EV DILUIDO 1:10 HRS SCS
5. ONEPRATOL 40MG EV 1X DIA

20/05/2012 12:12:21

AO EXAME APRESENTA DOR E
IMPOTENCIA FUNCIONAL EM CAMPO
APRESENTA DOR EM PUNHO
ESQUERDO

6. CUIDADOS GERIAS
7. SINAIS VITAIS

20/05/2012 12:12:21

SOLICITO EXAMES PRE
SCORRIMENTOS

8. CUIDADOS GERIAS

20/05/2012 12:12:21

VISITADOR DR RAFAEL OR
FRANCISCA

9. CUIDADOS GERIAS

20/05/2012 12:12:21

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

1985

2014

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HISTÓRIA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>01/01/79</p> <p>ESPANHA DE LÍNEA DE PROXIMIDADE</p> <p>PRATICA DE RADIO DENTAL</p> <p>CD INTERNAÇÃO</p> <p>PACIENTE COM DOLOR DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APOS QUEÇA DE ALTA</p> <p>AO EXAME APRESENTA DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EM OMBRO APRESENTA DOR EM PUNHO ESQUERDO</p> <p>SSOCHITO EXAMES PRE OPERATORIOS</p> <p>VISTANDO NR FRACILITEI</p>	<p>1. DICTA VO PARA LHAS</p> <p>2. SER GOSTEIRIA</p> <p>3. DIFERENÇA POR EV DILATADO ECH</p> <p>4. TRAMPA TOMBOS + OXAL SFO BN EV BBN</p> <p>5. TRAMPA TOMBOS EV DILATADO ECH</p> <p>6. PLASAL TOMBOS EV DILATADO ECH</p> <p>7. DIFERENÇA POR EV DILATADO ECH</p> <p>8. DILATADO GERMAS</p> <p>9. SINAIS VITAS</p>		

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Cartão de Serviço
Set de Enfermagem
COREN: 20417

REGISTRO

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

204

EVOLUCAO	PRESCRICAO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIAGNOSTICO	1. DIETA HIPOPARATICA S.O.D.V.	Cópia da evolução
TRATAMENTO	2. SINT. SOCIAIS INADEQUADAS	Cópia da evolução
PRATICA DE RACIO SITAL	3. DIFERENCIAL TOR EV DE DIFERENCIAL	Cópia da evolução
CD INTERVENCAO	4. TRATAM. 100MG + 100MG SFO 3% EV 24H	Cópia da evolução
PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APOS QUESIDA DE ALTURA	5. TRATAM. 200MG EV CADA 12/12 HORAS	Cópia da evolução
AO EXAME APRESENTA DOR E IMPOSSIBILIDADE FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO	6. PLASMA LONG EV 200MG 12/12H S/N	Cópia da evolução
EXAMES	7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	Cópia da evolução
PRE OPERATORIO	8. CUIDADOS GERAIS	Cópia da evolução
	9. SINAIS VITAIS	Cópia da evolução

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HISTÓRICO	ANOTAÇÕES DE INTERVENÇÃO
DIAGNÓSTICO	1. DOR EM OMBRO DIREITO		
TRATAMENTO PREVIAMENTE	2. DOR EM OMBRO ESQUERDO		
TRATAMENTO DE RADIO-TERAPIA	3. DOR EM OMBRO ESQUERDO		
COM INTERVENÇÃO	4. DOR EM OMBRO ESQUERDO		
PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APÓS QUEDA DE ALTURA	5. DOR EM OMBRO ESQUERDO		
AO EXAME APRESENTA DOR EM POTENCIA FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO	6. DOR EM OMBRO ESQUERDO		
APRESENTA DOR EM OMBRO ESQUERDO	7. DOR EM OMBRO ESQUERDO		
SOLICITO EXAMES PRE OPERATORIOS	8. DOR EM OMBRO ESQUERDO		
VISITADOR DR NELSON MARQUEZANI	9. DOR EM OMBRO ESQUERDO		

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

HISTÓRICO

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMGB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

2011

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

01/01/2011

MEDICAMENTO PARATENS 50mg

FRATURA DE VERTÉBRAS T12
FRATURA DE RÊMIO DISTAL

CD INTERNAÇÃO

PACIENTE COM AVALIAÇÃO DE DOR EM
OMERO ESQUERDO APÓS QUESADA DE
ALFURIAAO EXAME APRESENTA DOR E
IMPOTÊNCIA FUNCIONAL EM OMERO
APRESENTA DOR EM PUNHO
ESQUERDOSSOACITO EXAMES PRE
OPERATIVOS8 CUIDADOS GERAIS ✓
9 SINAIS VITAIS ✓6 PLASST 10MG EV DILUIDO 800 HRS S/N
7 OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA 1Dr. Marcelo S. Jr.
Fisioterapeuta e Terapeuta
Fisioterapeuta C 2211SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CIMCB - CLÍNICA MÉDICA CIRÚRGICA - B

204

EVOLUÇÃO		PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
DIAGNOSTICO		1. DIETAVO PARAFAS		
FRATURA DE TIBIO PERONEO PROXIMAL -		2. SER. ENFERM. 12 HORAS		
FRATURA DE RADIO DISTAL		3. DIPIROMA 1GR EV DILUIDO BSH		
CD INTERFERCAO		4. TRAUVA 100MG - 100ML SF0.9% EV BSH		
PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM		5. TETAL 20MG EV COMA 12-12 HORAS		
OMBRO ESQUERDO APÓS QUEDA DE		6. PLASIL 10MG EV DILUIDO 800 MRS SIN		
AL TUBA		7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
AO EXAME APRESENTA DOR E		8. CUIDADOS GERAIS		
IMPOTENCIA FUNCIONAL EM OMBRO		9. SINAIS VITAIS		
APRESENTA DOR EM PUNHO				
ESQUERDO				
SOLICITO EXAMES PRE				
OPERATORIOS				
CONDUTA DO DR RAFAEL UMERO				
TRATAMENTO CONSERVADOR(TPICA				
POR 4 SEMANAS)				
CONDUTA DO DR FRANCIS FIXADOR				
EXTERNO - FALTA ACUT NO 09-07				
MAIS RAPIDO POSSIVEL				

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51 CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B 204

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HISTÓRICO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
<p>DI011011179</p> <p>FRATURA DE RADIO DISTAL</p> <p>CD. INTERNAÇÃO</p> <p>PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APÓS QUEDA DE ALTEIRA</p> <p>AO EXAME APRESENTA DOR E APOTENCIA FUNCIONAL EM OMBRO ESQUERDO</p> <p>SSOLICITO EXAMES PRE OPERATORIOS:</p> <p>CONDUTA DO DR RAFAEL UMIRO TRATAMENTO CONSERVADOR (TIOIA POR 4 SEMANAS)</p> <p>CONDUTA DO DR FRANCIS FIKADOR EXTERNO FAZER AGOT 10 PS. O MAIS RAPIDO POSSIVEL</p> <p>AGUARDANDO CULURGIA DO RADIO DISTAL</p> <p>VISITADOR: DR FRANCIS FIK</p>	<p>1 DIETA VO PARA TRAS 12 HRS</p> <p>2 SRT 500ML 100MG</p> <p>3 DIPROFOMA 1GR EV DILUIDO 200ML</p> <p>4 TRAMAL 100MG - 100ML SFO 8% EV 80ML</p> <p>5 TRATIL 200MG EV CADA 12 HRS</p> <p>6 PLASIL 10MG EV DILUIDO 800 HRS SIN</p> <p>7 OME PRAZOL 40MG EV 1X DIA</p> <p>8 CUIDADOS GERAIS</p> <p>9 SINUS VITAS</p>	<p>10/01/2011</p> <p>11/01/2011</p> <p>12/01/2011</p> <p>13/01/2011</p> <p>14/01/2011</p> <p>15/01/2011</p> <p>16/01/2011</p> <p>17/01/2011</p> <p>18/01/2011</p> <p>19/01/2011</p> <p>20/01/2011</p> <p>21/01/2011</p> <p>22/01/2011</p> <p>23/01/2011</p> <p>24/01/2011</p> <p>25/01/2011</p> <p>26/01/2011</p> <p>27/01/2011</p> <p>28/01/2011</p> <p>29/01/2011</p> <p>30/01/2011</p> <p>31/01/2011</p> <p>01/02/2011</p> <p>02/02/2011</p> <p>03/02/2011</p> <p>04/02/2011</p> <p>05/02/2011</p> <p>06/02/2011</p> <p>07/02/2011</p> <p>08/02/2011</p> <p>09/02/2011</p> <p>10/02/2011</p> <p>11/02/2011</p> <p>12/02/2011</p> <p>13/02/2011</p> <p>14/02/2011</p> <p>15/02/2011</p> <p>16/02/2011</p> <p>17/02/2011</p> <p>18/02/2011</p> <p>19/02/2011</p> <p>20/02/2011</p> <p>21/02/2011</p> <p>22/02/2011</p> <p>23/02/2011</p> <p>24/02/2011</p> <p>25/02/2011</p> <p>26/02/2011</p> <p>27/02/2011</p> <p>28/02/2011</p> <p>29/02/2011</p> <p>30/02/2011</p> <p>01/03/2011</p> <p>02/03/2011</p> <p>03/03/2011</p> <p>04/03/2011</p> <p>05/03/2011</p> <p>06/03/2011</p> <p>07/03/2011</p> <p>08/03/2011</p> <p>09/03/2011</p> <p>10/03/2011</p> <p>11/03/2011</p> <p>12/03/2011</p> <p>13/03/2011</p> <p>14/03/2011</p> <p>15/03/2011</p> <p>16/03/2011</p> <p>17/03/2011</p> <p>18/03/2011</p> <p>19/03/2011</p> <p>20/03/2011</p> <p>21/03/2011</p> <p>22/03/2011</p> <p>23/03/2011</p> <p>24/03/2011</p> <p>25/03/2011</p> <p>26/03/2011</p> <p>27/03/2011</p> <p>28/03/2011</p> <p>29/03/2011</p> <p>30/03/2011</p> <p>31/03/2011</p> <p>01/04/2011</p> <p>02/04/2011</p> <p>03/04/2011</p> <p>04/04/2011</p> <p>05/04/2011</p> <p>06/04/2011</p> <p>07/04/2011</p> <p>08/04/2011</p> <p>09/04/2011</p> <p>10/04/2011</p> <p>11/04/2011</p> <p>12/04/2011</p> <p>13/04/2011</p> <p>14/04/2011</p> <p>15/04/2011</p> <p>16/04/2011</p> <p>17/04/2011</p> <p>18/04/2011</p> <p>19/04/2011</p> <p>20/04/2011</p> <p>21/04/2011</p> <p>22/04/2011</p> <p>23/04/2011</p> <p>24/04/2011</p> <p>25/04/2011</p> <p>26/04/2011</p> <p>27/04/2011</p> <p>28/04/2011</p> <p>29/04/2011</p> <p>30/04/2011</p> <p>01/05/2011</p> <p>02/05/2011</p> <p>03/05/2011</p> <p>04/05/2011</p> <p>05/05/2011</p> <p>06/05/2011</p> <p>07/05/2011</p> <p>08/05/2011</p> <p>09/05/2011</p> <p>10/05/2011</p> <p>11/05/2011</p> <p>12/05/2011</p> <p>13/05/2011</p> <p>14/05/2011</p> <p>15/05/2011</p> <p>16/05/2011</p> <p>17/05/2011</p> <p>18/05/2011</p> <p>19/05/2011</p> <p>20/05/2011</p> <p>21/05/2011</p> <p>22/05/2011</p> <p>23/05/2011</p> <p>24/05/2011</p> <p>25/05/2011</p> <p>26/05/2011</p> <p>27/05/2011</p> <p>28/05/2011</p> <p>29/05/2011</p> <p>30/05/2011</p> <p>31/05/2011</p> <p>01/06/2011</p> <p>02/06/2011</p> <p>03/06/2011</p> <p>04/06/2011</p> <p>05/06/2011</p> <p>06/06/2011</p> <p>07/06/2011</p> <p>08/06/2011</p> <p>09/06/2011</p> <p>10/06/2011</p> <p>11/06/2011</p> <p>12/06/2011</p> <p>13/06/2011</p> <p>14/06/2011</p> <p>15/06/2011</p> <p>16/06/2011</p> <p>17/06/2011</p> <p>18/06/2011</p> <p>19/06/2011</p> <p>20/06/2011</p> <p>21/06/2011</p> <p>22/06/2011</p> <p>23/06/2011</p> <p>24/06/2011</p> <p>25/06/2011</p> <p>26/06/2011</p> <p>27/06/2011</p> <p>28/06/2011</p> <p>29/06/2011</p> <p>30/06/2011</p> <p>01/07/2011</p> <p>02/07/2011</p> <p>03/07/2011</p> <p>04/07/2011</p> <p>05/07/2011</p> <p>06/07/2011</p> <p>07/07/2011</p> <p>08/07/2011</p> <p>09/07/2011</p> <p>10/07/2011</p> <p>11/07/2011</p> <p>12/07/2011</p> <p>13/07/2011</p> <p>14/07/2011</p> <p>15/07/2011</p> <p>16/07/2011</p> <p>17/07/2011</p> <p>18/07/2011</p> <p>19/07/2011</p> <p>20/07/2011</p> <p>21/07/2011</p> <p>22/07/2011</p> <p>23/07/2011</p> <p>24/07/2011</p> <p>25/07/2011</p> <p>26/07/2011</p> <p>27/07/2011</p> <p>28/07/2011</p> <p>29/07/2011</p> <p>30/07/2011</p> <p>31/07/2011</p> <p>01/08/2011</p> <p>02/08/2011</p> <p>03/08/2011</p> <p>04/08/2011</p> <p>05/08/2011</p> <p>06/08/2011</p> <p>07/08/2011</p> <p>08/08/2011</p> <p>09/08/2011</p> <p>10/08/2011</p> <p>11/08/2011</p> <p>12/08/2011</p> <p>13/08/2011</p> <p>14/08/2011</p> <p>15/08/2011</p> <p>16/08/2011</p> <p>17/08/2011</p> <p>18/08/2011</p> <p>19/08/2011</p> <p>20/08/2011</p> <p>21/08/2011</p> <p>22/08/2011</p> <p>23/08/2011</p> <p>24/08/2011</p> <p>25/08/2011</p> <p>26/08/2011</p> <p>27/08/2011</p> <p>28/08/2011</p> <p>29/08/2011</p> <p>30/08/2011</p> <p>31/08/2011</p> <p>01/09/2011</p> <p>02/09/2011</p> <p>03/09/2011</p> <p>04/09/2011</p> <p>05/09/2011</p> <p>06/09/2011</p> <p>07/09/2011</p> <p>08/09/2011</p> <p>09/09/2011</p> <p>10/09/2011</p> <p>11/09/2011</p> <p>12/09/2011</p> <p>13/09/2011</p> <p>14/09/2011</p> <p>15/09/2011</p> <p>16/09/2011</p> <p>17/09/2011</p> <p>18/09/2011</p> <p>19/09/2011</p> <p>20/09/2011</p> <p>21/09/2011</p> <p>22/09/2011</p> <p>23/09/2011</p> <p>24/09/2011</p> <p>25/09/2011</p> <p>26/09/2011</p> <p>27/09/2011</p> <p>28/09/2011</p> <p>29/09/2011</p> <p>30/09/2011</p> <p>01/10/2011</p> <p>02/10/2011</p> <p>03/10/2011</p> <p>04/10/2011</p> <p>05/10/2011</p> <p>06/10/2011</p> <p>07/10/2011</p> <p>08/10/2011</p> <p>09/10/2011</p> <p>10/10/2011</p> <p>11/10/2011</p> <p>12/10/2011</p> <p>13/10/2011</p> <p>14/10/2011</p> <p>15/10/2011</p> <p>16/10/2011</p> <p>17/10/2011</p> <p>18/10/2011</p> <p>19/10/2011</p> <p>20/10/2011</p> <p>21/10/2011</p> <p>22/10/2011</p> <p>23/10/2011</p> <p>24/10/2011</p> <p>25/10/2011</p> <p>26/10/2011</p> <p>27/10/2011</p> <p>28/10/2011</p> <p>29/10/2011</p> <p>30/10/2011</p> <p>31/10/2011</p> <p>01/11/2011</p> <p>02/11/2011</p> <p>03/11/2011</p> <p>04/11/2011</p> <p>05/11/2011</p> <p>06/11/2011</p> <p>07/11/2011</p> <p>08/11/2011</p> <p>09/11/2011</p> <p>10/11/2011</p> <p>11/11/2011</p> <p>12/11/2011</p> <p>13/11/2011</p> <p>14/11/2011</p> <p>15/11/2011</p> <p>16/11/2011</p> <p>17/11/2011</p> <p>18/11/2011</p> <p>19/11/2011</p> <p>20/11/2011</p> <p>21/11/2011</p> <p>22/11/2011</p> <p>23/11/2011</p> <p>24/11/2011</p> <p>25/11/2011</p> <p>26/11/2011</p> <p>27/11/2011</p> <p>28/11/2011</p> <p>29/11/2011</p> <p>30/11/2011</p> <p>01/12/2011</p> <p>02/12/2011</p> <p>03/12/2011</p> <p>04/12/2011</p> <p>05/12/2011</p> <p>06/12/2011</p> <p>07/12/2011</p> <p>08/12/2011</p> <p>09/12/2011</p> <p>10/12/2011</p> <p>11/12/2011</p> <p>12/12/2011</p> <p>13/12/2011</p> <p>14/12/2011</p> <p>15/12/2011</p> <p>16/12/2011</p> <p>17/12/2011</p> <p>18/12/2011</p> <p>19/12/2011</p> <p>20/12/2011</p> <p>21/12/2011</p> <p>22/12/2011</p> <p>23/12/2011</p> <p>24/12/2011</p> <p>25/12/2011</p> <p>26/12/2011</p> <p>27/12/2011</p> <p>28/12/2011</p> <p>29/12/2011</p> <p>30/12/2011</p> <p>31/12/2011</p>	<p>10/01/2011</p> <p>11/01/2011</p> <p>12/01/2011</p> <p>13/01/2011</p> <p>14/01/2011</p> <p>15/01/2011</p> <p>16/01/2011</p> <p>17/01/2011</p> <p>18/01/2011</p> <p>19/01/2011</p> <p>20/01/2011</p> <p>21/01/2011</p> <p>22/01/2011</p> <p>23/01/2011</p> <p>24/01/2011</p> <p>25/01/2011</p> <p>26/01/2011</p> <p>27/01/2011</p> <p>28/01/2011</p> <p>29/01/2011</p> <p>30/01/2011</p> <p>31/01/2011</p> <p>01/02/2011</p> <p>02/02/2011</p> <p>03/02/2011</p> <p>04/02/2011</p> <p>05/02/2011</p> <p>06/02/2011</p> <p>07/02/2011</p> <p>08/02/2011</p> <p>09/02/2011</p> <p>10/02/2011</p> <p>11/02/2011</p> <p>12/02/2011</p> <p>13/02/2011</p> <p>14/02/2011</p> <p>15/02/2011</p> <p>16/02/2011</p> <p>17/02/2011</p> <p>18/02/2011</p> <p>19/02/2011</p> <p>20/02/2011</p> <p>21/02/2011</p> <p>22/02/2011</p> <p>23/02/2011</p> <p>24/02/2011</p> <p>25/02/2011</p> <p>26/02/2011</p> <p>27/02/2011</p> <p>28/02/2011</p> <p>29/02/2011</p> <p>30/02/2011</p> <p>01/03/2011</p> <p>02/03/2011</p> <p>03/03/2011</p> <p>04/03/2011</p> <p>05/03/2011</p> <p>06/03/2011</p> <p>07/03/2011</p> <p>08/03/2011</p> <p>09/03/2011</p> <p>10/03/2011</p> <p>11/03/2011</p> <p>12/03/2011</p> <p>13/03/2011</p> <p>14/03/2011</p> <p>15/03/2011</p> <p>16/03/2011</p> <p>17/03/2011</p> <p>18/03/2011</p> <p>19/03/2011</p> <p>20/03/2011</p> <p>21/03/2011</p> <p>22/03/2011</p> <p>23/03/2011</p> <p>24/03/2011</p> <p>25/03/2011</p> <p>26/03/2011</p> <p>27/03/2011</p> <p>28/03/2011</p> <p>29/03/2011</p> <p>30/03/2011</p> <p>31/03/2011</p> <p>01/04/2011</p> <p>02/04/2011</p> <p>03/04/2011</p> <p>04/04/2011</p> <p>05/04/2011</p> <p>06/04/2011</p> <p>07/04/2011</p> <p>08/04/2011</p> <p>09/04/2011</p> <p>10/04/2011</p> <p>11/04/2011</p> <p>12/04/2011</p> <p>13/04/2011</p> <p>14/04/2011</p> <p>15/04/2011</p> <p>16/04/2011</p> <p>17/04/2011</p> <p>18/04/2011</p> <p>19/04/2011</p> <p>20/04/2011</p> <p>21/04/2011</p> <p>22/04/2011</p> <p>23/04/2011</p> <p>24/04/2011</p> <p>25/04/2011</p> <p>26/04/2011</p> <p>27/04/2011</p> <p>28/04/2011</p> <p>29/04/2011</p> <p>30/04/2011</p> <p>01/05/2011</p> <p>02/05/2011</p> <p>03/05/2011</p> <p>04/05/2011</p> <p>05/05/2011</p> <p>06/05/2011</p> <p>07/05/2011</p> <p>08/05/2011</p> <p>09/05/2011</p> <p>10/05/2011</p> <p>11/05/2011</p> <p>12/05/2011</p> <p>13/05/2011</p> <p>14/05/2011</p> <p>15/05/2011</p> <p>16/05/2011</p> <p>17/05/2011</p> <p>18/05/2011</p> <p>19/05/2011</p> <p>20/05/2011</p> <p>21/05/2011</p> <p>22/05/2011</p> <p>23/05/2011</p> <p>24/05/2011</p> <p>25/05/2011</p> <p>26/05/2011</p> <p>27/05/2011</p> <p>28/05/2011</p> <p>29/05/2011</p> <p>30/05/2011</p> <p>31/05/2011</p> <p>01/06/2011</p> <p>02/06/2011</p> <p>03/06/2011</p> <p>04/06/2011</p> <p>05/06/2011</p> <p>06/06/2011</p> <p>07/06/2011</p> <p>08/06/2011</p> <p>09/06/2011</p> <p>10/06/2011</p> <p>11/06/2011</p> <p>12/06/2011</p> <p>13/06/2011</p> <p>14/06/2011</p> <p>15/06/2011</p> <p>16/06/2011</p> <p>17/06/2011</p> <p>18/06/2011</p> <p>19/06/2011</p> <p>20/06/2011</p> <p>21/06/2011</p> <p>22/06/2011</p> <p>23/06/2011</p> <p>24/06/2011</p> <p>25/06/2011</p> <p>26/06/2011</p> <p>27/06/2011</p> <p>28/06/2011</p> <p>29/06/2011</p> <p>30/06/2011</p> <p>01/07/2011</p> <p>02/07/2011</p> <p>03/07/2011</p> <p>04/07/2011</p> <p>05/07/2011</p> <p>06/07/2011</p> <p>07/07/2011</p> <p>08/07/2011</p> <p>09/07/2011</p> <p>10/07/2011</p> <p>11/07/2011</p> <p>12/07/2011</p> <p>13/07/2011</p> <p>14/07/2011</p> <p>15/07/2011</p> <p>16/07/2011</p> <p>17/07/2011</p> <p>18/07/2011</p> <p>19/07/2011</p> <p>20/07/2011</p> <p>21/07/2011</p> <p>22/07/2011</p> <p>23/07/2011</p> <p>24/07/2011</p> <p>25/07/2011</p> <p>26/07/2011</p> <p>27/07/2011</p> <p>28/07/2011</p> <p>29/07/2011</p> <p>30/07/2011</p> <p>31/07/2011</p> <p>01/08/2011</p> <p>02/08/2011</p> <p>03/08/2011</p> <p>04/08/2011</p> <p>05/08/2011</p> <p>06/08/2011</p> <p>07/08/2011</p> <p>08/08/2011</p> <p>09/08/2011</p> <p>10/08/2011</p> <p>11/08/2011</p> <p>12/08/2011</p> <p>13/08/2011</p> <p>14/08/2011</p> <p>15/08/2011</p> <p>16/08/2011</p> <p>17/08/2011</p> <p>18/08/2011</p> <p>19/08/2011</p> <p>20/08/2011</p> <p>21/08/2011</p> <p>22/08/2011</p> <p>23/08/2011</p> <p>24/08/2011</p> <p>25/08/2011</p> <p>26/08/2011</p> <p>27/08/2011</p> <p>28/08/2011</p> <p>29/08/2011</p> <p>30/08/2011</p> <p>31/08/2011</p> <p>01/09/2011</p> <p>02/09/2011</p> <p>03/09/2011</p> <p>04/09/2011</p> <p>05/09/2011</p> <p>06/09/2011</p> <p>07/09/2011</p> <p>08/09/2011</p> <p>09/09/2011</p> <p>10/09/2011</p> <p>11/09/2011</p> <p>12/09/2011</p> <p>13/09/2011</p> <p>14/09/2011</p> <p>15/09/2011</p> <p>16/09/2011</p> <p>17/09/2011</p> <p>18/09/2011</p> <p>19/09/2011</p> <p>20/09/2011</p> <p>21/09/2011</p> <p>22/09/2011</p> <p>23/09/2011</p> <p>24/09/2011</p> <p>25/09/2011</p> <p>26/09/2011</p> <p>27/09/2011</p> <p>28/09/2011</p> <p>29/09/2011</p> <p>30/09/2011</p> <p>01/10/2011</p> <p>02/10/2011</p> <p>03/10/2011</p> <p>04/10/2011</p> <p>05/10/2011</p> <p>06/10/2011</p> <p>07/10/2011</p> <p>08/10/2011</p> <p>09/10/2011</p> <p>10/10/2011</p> <p>11/10/2011</p> <p>12/10/2011</p> <p>13/10/2011</p> <p>14/10/2011</p> <p>15/10/2011</p> <p>16/10/2011</p> <p>17/10/2011</p> <p>18/10/2011</p> <p>19/10/2011</p> <p>20/10/2011</p> <p>21/10/2011</p> <p>22/10/2011</p> <p>23/10/2011</p> <p>24/10/2011</p> <p>25/10/2011</p> <p>26/10/2011</p> <p>27/10/2011</p> <p>28/10/2011</p> <p>29/10/2011</p> <p>30/10/2011</p> <p>31/10/2011</p> <p>01/11/2011</p> <p>02/11/2011</p> <p>03/11/2011</p> <p>04/11/2011</p> <p>05/11/2011</p> <p>06/11/2011</p> <p>07/11/2011</p> <p>08/11/2011</p> <p>09/11/2011</p> <p>10/11/2011</p> <p>11/11/2011</p> <p>12/11/2011</p> <p>13/11/2011</p> <p>14/11/2011</p> <p>15/11/2011</p> <p>16/11/2011</p> <p>17/11/2011</p> <p>18/11/2011</p> <p>19/11/2011</p> <p>20/11/2011</p> <p>21/11/2011</p> <p>22/11/2011</p> <p>23/11/2011</p> <p>24/11/2011</p> <p>25/11/2011</p> <p>26/11/2011</p> <p>27/11/2011</p> <p>28/11/2011</p> <p>29/11/2011</p> <p>30/11/2011</p> <p>01/12/2011</p> <p>02/12/2011</p> <p>03/12/2011</p> <p>04/12/2011</p> <p>05/12/2011</p> <p>06/12/2011</p> <p>07/12/2011</p> <p>08/12/2011</p> <p>09/12/2011</p> <p>10/12/2011</p> <p>11/12/2011</p> <p>12/12/2011</p> <p>13/12/2011</p> <p>14/12/2011</p> <p>15/12/2011</p> <p>16/12/2011</p> <p>17/12/2011</p> <p>18/12/2011</p> <p>19/12/2011</p> <p>20/12/2011</p> <p>21/12/2011</p> <p>22/12/2011</p> <p>23/12/2011</p> <p>24/12/2011</p> <p>25/12/2011</p> <p>26/12/2011</p> <p>27/12/2011</p> <p>28/12/2011</p> <p>29/12/2011</p> <p>30/12/2011</p> <p>31/12/2011</p>	<p>10/01/2011</p> <p>11/01/2011</p> <p>12/01/2011</p> <p>13/01/2011</p> <p>14/01/2011</p> <p>15/01/2011</p> <p>16/01/2011</p> <p>17/01/2011</p> <p>18/01/2011</p> <p>19/01/2011</p> <p>20/01/2011</p> <p>21/01/2011</p> <p>22/01/2011</p> <p>23/01/2011</p> <p>24/01/2011</p> <p>25/01/2011</p> <p>26/01/201</p>

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACIONS UNIDAS, 710 - JARDIM - RIO DE JANEIRO - CEP: 20090-000 - Tel.: 212 3000

CGC - 04.034.526/0002-24

Pág. 1

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

Idade.: 51A
Requis.: 11/11/2019

US. Origem.: HUERB/PS^{CC3}
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões)	4,91	/mm ³	MR: 4,4-5,4	4,4-5,4	5,4-10,0
Hemoglobina	12,40	g/dL	GR: 11,3-15,0	11,3-15,0	15,0-20,0
Hematocrito	37,00	%	VR: 34,1-46,7	34,1-46,7	46,7-60,0
VCM	92,70	fL	VR: 78-106	78-106	106-124
HCM	28,00	pg	VR: 26-34	26-34	34-48
CHCM	33,60	g/dL	VR: 33-36	33-36	36-48

LEUCOGRAMA

Leucometria Global	17,700	/mm ³	VR: 5,000-10,000	5,000-10,000	10,000-15,000
Basófilos	0	%	VR: 0-2	0-2	2-5
Valor Absoluto	0	/mm ³	VR: 0-0,5	0-0,5	0,5-1,5
Eosinófilos	0	%	VR: 1-4	1-4	4-10
Valor Absoluto	0	/mm ³	VR: 0-3	0-3	3-10
Mielócitos	0	%	VR: 0-3	0-3	3-10
Valor Absoluto	0	/mm ³	VR: 0-0,5	0-0,5	0,5-1,5
Metamielócitos	0	%	VR: 0-0,5	0-0,5	0,5-1,5
Valor Absoluto	0	/mm ³	VR: 0-0,5	0-0,5	0,5-1,5
Bastões	1	%	VR: 0-5	0-5	5-10
Valor Absoluto	177	/mm ³	VR: 0-100	0-100	100-200
Segmentados	40	%	VR: 40-60	40-60	60-80
Valor Absoluto	14,160	/mm ³	VR: 20-40	20-40	40-80
Linfócitos	15	%	VR: 20-40	20-40	40-60
Valor Absoluto	2,655	/mm ³	VR: 1,0-4,0	1,0-4,0	4,0-10,0
Monócitos	4	%	VR: 2-10	2-10	10-20
Valor Absoluto	708	/mm ³	VR: 100-400	100-400	400-800
Blastos	0	%	VR: 0-5	0-5	5-10
Valor Absoluto	0	/mm ³	VR: 0-100	0-100	100-200
Observação					

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CPF 012.117.15 AS 17:05-CONTAS: 11/11/19 AS 16:15-19 VIA INTERNET 11/11/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento	02 MINUTOS	VR: 1-5 minutos
Tempo de Coagulação	06 MINUTOS	VR: 2-10 minutos
Contagem de Plaquetas	323,000 /mm ³	VR: 150-450.000 /mm ³

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CPF 012.117.15 AS 17:05-CONTAS: 11/11/19 AS 16:15-19 VIA INTERNET 11/11/19

HUERB

LABORATÓRIO DE ANÁLISES 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: S1

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2113356

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 11/11/2019

Depart.:

Hora da coleta:

Diagn.:

História:

Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLI	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 esta amostra

Página 22

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Assinado digitalmente
por [nome] em 11/11/2019
16:10:10

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACIÃO UNIDAS, 40 - JARDIM - 11.000-000 - SÃO PAULO - SP

CGC - 04.034.526/0002-24

Página

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

Local: 111
Requisição: 19/11/19

US. Origem: HUERB/PS
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Sector: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

Hemácias (em milhões)	4,63	mm3	VR: 3,4-5,8	em milhões/mm3
Hemoglobina (g/dL)	13,60	g/dL	VR: 11,7-15,3	M-12 a 16 g/dL
Hematócrito (%)	39,90	%	VR: 36,4-46,2	27 a 34 %
MCH	29,38	pg	VR: 26 a 34	pg
MCHC	29,20	g/dL	VR: 25 a 34	g/dL
CHCM	34,95	g/dL	VR: 31 a 36	g/dL

LEUCOGRAMA

Leucócitos Globais	10,00	mm3	VR: 4.000 a 12.000	mm3
Bançalões	0	%	VR: 0 a 1	%
Valor Absoluto	0	mm3		
Eosinófilos	3	%	VR: 2 a 4	%
Valor Absoluto	166	mm3		
Mielócitos	0	%	VR: 0 a 5	%
Valor Absoluto	0	mm3		
Metamielócitos	0	%	VR: 0 a 2	%
Valor Absoluto	0	%		
Bastões	0	%	VR: 0 a 3	%
Valor Absoluto	0	mm3		
Segmentados	52	%	VR: 54 a 64	%
Valor Absoluto	61,324	mm3		
Linfócitos	33	%	VR: 21 a 35	%
Valor Absoluto	3,366	mm3		
Monócitos	2	%	VR: 0 a 4	%
Valor Absoluto	204	mm3		
Plaquetas	0	%	VR: 0 a 1	%
Valor Absoluto	0	mm3		
Observação				

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Rosemery M. Silva
Química
Capítulo 4.5.1.2

OS VALORES DE REFERÊNCIA AQUI CITADOS
SÃO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVERO 15/11/19 às 13:47 Colônia 15/11/19 às 13:40-14. Via Impressão: 15/11/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento	2 minutos e 30 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulação	5 minutos e 30 segundos	VR: 2 - 12 minutos
Contagem de Plaquetas	435.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVERO 15/11/19 às 13:47 Colônia 15/11/19 às 13:40-14. Via Impressão: 15/11/19

HUERB
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

PHONE: 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.
GLI	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 13:17:19

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 00

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFIRMAR ORIGINAL

COPIA
CONFIRMAR ORIGINAL
02/11/2019 13:17:19

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Paciente vítima de queda da palpebra e lábio
esquerda com lesões em membros superiores e inferiores

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: Fratura de Ulna e Rádio (E)

Motivo da Cobrança: 12

- 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. PRÓP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSICUIATRIA
- 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. REC. RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM FOLIOTR. COMENOS DE 24 HS. DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM FOLIOTR. DE 24 A 48 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM FOLIOTR. DE 48 A 72 HS. APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM FOLIOTR. ACIM 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 REOPERAÇÃO C/ PERM. REC. RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/ PERMANÊNCIA CIRÚRGICA NASCIDO

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



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

PEDIDO DE AVALIAÇÃO 204

DA CLÍNICA: Wapacá LEITO Nº 1303 A CLÍNICA: Cordeiro

PACIENTE: Suzana Ferreira Silveira

MOTIVO DA CONSULTA: RESUMO E DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

Paciente de 51a anos, com o diagnóstico
de Fratura de Ulna proximal e
Fratura de rádio distal.

Solicito Visão Cirúrgica

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

NOME DO SOLICITANTE:

DATA: 11/11/19 HORA:

RELATÓRIO DA CONSULTA:

RD - Fr. Ulna proximal e Fr. Rádio distal.
AC - BOM 20 e 18 dias de evolução.
AP - BOM.
Evolução satisfatória com bom aspecto
clínico e radiológico.

Dr. Manoel 15/11/19

Dr. Manoel de Lima
CRM 1492

NOME DO MÉDICO:

DATA: 11/11/19 HORA:



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

REPRESADA

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) DUAT

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 Vasc: 01/06/1968 Leito:
Sexo: F Médico Assistente: FRANCIS KASHIMA
Procedência: RESIDENCIA Acompanhante: [x] Sim [] Não
Cor da Pele: Parda Quem: _____
Nome da mãe: ELDA 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

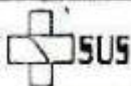
Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 08.529.443/0003 - 36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO

Data: 28/11/19 às 16:50 hs

Assinatura/COREN: _____

Augusto Lima de Oliveira
Enf.º
COREN - AC 515.785 ENF



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HVERB

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HST

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Suzana Ferreira da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO
Masculino ☐ 1 Feminino ☒ 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx de úmero proximal (E) (conservador)
+ Fx de radio distal (E)

material:
- placa em T
- FK

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS 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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Francis K

21/11/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - ONAS EMPRESA

44 - CSOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD, ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



FORMULÁRIO

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silva Leito: 305-A
Data: 24/11/14 Prontuário: 56719-2 Data de Nascimento: 03/06/1968
Nome da Mãe (se homônimo): Eida Ferreira Silva

INFORMAÇÕES DA CIRURGIA

Procedimento Cirúrgico: Fratura de Rádio Ulnar + Fratura Umero Proximal
Porte da Cirurgia: () Pequeno () Médio () Grande Cirurgião: Dr. Francis
OBSERVAÇÕES:

AVALIAÇÃO DE RISCOS

ITENS	5	4	3	2	1	PONT
Tipo de Posição Cirúrgica	Litotômica	Prona	Trendelenburg	Lateral	Supina	1
Tempo de Cirurgia	Acima de 6 horas	De 4 a 6 horas	De 2 a 4 horas	De 1 a 2 horas	Até 1	2
Tipo de Anestesia	Geral + Regional	Geral	Regional	Sedação	Local	
Superfície de Suporte	Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou pernas estreitas	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campo de algodão	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de espuma convencional + coxins de viscoelástico	3
Posição dos Membros	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	2
Comorbidades	Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes Mellitus	Doença Vascular	Sem comorbidades	1
Idade do Paciente	> 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos	2
Valores de Referência:	Menor Risco: 7 a 19 pontos; Maior Risco: 20 a 35 pontos				TOTAL	

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

DESE	INTERMÉDIO	ALTO RISCO
0	1	2
3	4	5
6	7	8
9	10	11
12	13	14
15	16	17
18	19	20
TOTAL		0

Cateter Central: ()	Local:
Cateter Periférico: <u>PR</u>	<u>MSD</u>
Sonda Alimentar: SNG () SOG () SNE ()	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Sonda Vesical: SVD () SVA ()	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Drenos:	Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
Outros:	

Confere 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 1 de 3



FORMULÁRIO
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA - SAEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silva Data de Nascimento: 04/06/68
Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Edla Ferreira Silva

CHECK LIST DA CIRURGIA SEGURA

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

Confere 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 2 de 3



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): Elda 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

APRAZAMENTO

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Posicionar paciente com alinhamento corporal, usando suporte adequado | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aferir e registrar SSV de 4/4 horas | ROTINA |
| <input checked="" type="checkbox"/> Levantar grades da cama | ATENÇÃO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Travar as rodas da maca durante a transferência para o leito | ATENÇÃO |
| <input type="checkbox"/> Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir | |
| <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 | OK DO DIA |
| <input type="checkbox"/> Posicionar o paciente em decúbito de ____ ° (graus) | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar cor, temperatura e umidade da pele | ANOTAR |
| <input type="checkbox"/> Colocar manta térmica | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar condições do curativo | OK |
| <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

15:08:50h, por solicitação no C.C. para realizar procedimento aos cuidados do Dr. Francisco. Não em condições de receber, portanto, não realizado. A partir das 17h, para S.O. n.º, para início do procedimento. As 19:00h, paciente recebeu com seus familiares seu quarto, encaminhada ao leito, acompanhado da equipe de enfermagem e do C.C. familiares e quando ao círculo da equipe de enfermagem.

PROBLEMA ATIVO

CONDUTA

META

CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO

Fabiana de Oliveira Barbosa
Enfermeira
COREN - AC 473411 - 7

Márcia Coelho Rodrigues
Enfermeira
COREN / AC 505.771

Entregue 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 SilvaLeito: 105.AData: 29/10/19Data de Nascimento: 02/06/1968Nome da Mãe (se homônimo): Elida Ferreira Silva

PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO

Procedimento Cirúrgico:

Fratura de Rádio Distal + F. Ulnar ProximalHora: 08:50 hsPA 100x60 mmHgFC 88 bpmTax 38 °CSatO2 97 %Altura 1.60 mPeso: 63 kg

(x) Acordado (x) Lúcido () Desorientado () Torporoso () Comatoso () Sedado

(x) Deambulando () Cadeira de Rodas () Maca

(x) Ansioso () Tranquilo () Emotivo

() Não (x) Sim Qual:

1 Cesário, 1 Múmia() HAS () Diabetes Mellitus () Outras: Nega

(x) Não () Sim Qual:

Laboratoriais: (x) Sim () Não

Imagem: (v) Sim () Não

Risco Cirúrgico: () Sim () Não

(x) Não () Sim Qual:

Tricotomia: () Sim () Não

Jejum: (x) Sim () Não Há Quanto tempo: 13 h

Retirado próteses, lentes e adornos: (x) Sim () Não

Entregues ao familiar: (x) Identificadas e guardadas no armário: ()

Portanto AVP: (x) Sim () Não

Bom fluxo: (v) Sim () Não () Não se aplica

As 08:50 paciente deu entrada no pré-operatório para submeter-se a tratamento cirúrgico, portando AVP em RSD com bom Fluxo. Tec Glaucia Glaucia Aguiar

COREN/AC 000.760.893

As 13:30 Realizada a troca de acesso pós o mesmo infiltrou, utilizado O-Alkath v=18 + v=20 Pós paciente difícil acesso, equipe, múltiplas vias + materiais de retina P/HV.

Reimunda G. Souza
Téc. Enfermagem
COREN/AC 001.314.988

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 09.529.443/0003 - 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): Eldo Ferreira Silva

TRANS-OPERATÓRIO

Sala Operatória: 2 Horário de Entrada: 16:18 hs
Cirurgia: Interno do pé direito Distal ténico Local Anatómico da Cirurgia:

Equip: Cirurgião: Dr. Jhonis Auxiliar: Alcino
Instrumentador: Alex Perfusionista:
Anestesiologista: Valdelya Circulante: Bruna
() Local () Sedação () Raquideana () Peridural () Plexo
() Geral Venosa () Geral Inalatória

Início da Anestesia: 16:35 hs Início da Cirurgia: 16:58 hs

SINAIS VITAIS

HORA	PA	FC	SPO2	TAX
<u>17:10</u>	<u>114 x 80</u>	<u>88</u>	<u>100%</u>	-
<u>17:26</u>	<u>114 x 69</u>	<u>71</u>	<u>100</u>	-

POSICIONAMENTO CIRÚRGICO: () Decúbito Dorsal ou Posição Supina () Trendelenburg
() Decúbito Ventral ou Posição Prona () Trendelenburg Reversa
() Decúbito Lateral Direito () Ginecológica ou Litotômica
() Decúbito Lateral Esquerdo () Fowler () Canivete

ACESSOS VASCULARES: Portanto AVP: () Sim () Não Bom fluxo: () Sim () Não () Não se aplica
Tubo Orotraqueal: () Sim () Não Nº do tubo: 7,0 Quantidade:
Hora da intubação: 17:10 hs Hora da extubação: 17:44 hs

OXIGENOTERAPIA: Faz uso O2: () Sim () Não Litros/Minuto:
Hora de início: 17:00 hs Hora de término: : : hs

SONDA NASAL: Faz uso sonda: () Sim () Não Qual: Quantidade:

DRENOS: Característica:
Faz uso drenos: () Sim () Não Qual: Quantidade:

BLOQUEIO REGIONAL: () Sim () Não Tipo: () Monopolar () Bipolar () Não se aplica
Local da Placa Dispersiva:

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

PEC: () Sim () Não Qual:

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

SAÍDA DO PACIENTE: Encaminhado às: 17:40 hs () Maca () Cadeira de Rodas
Local: () URPA () UTI () Leito () Residência () Outra instituição Hospitalar. Qual:

ANEXO: () 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 Anátomo Patológico () Exames

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Bruna Castro
Enfermeira
Código: 001.325.395

confere com o Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-35
Rua Alvorada nº 308 - 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 Silva Data de Nascimento: 01/06/68
Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Elda Ferreira Silva

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Horário de Entrada na URPA: 17:45 hs Acompanhado por: _____
Cirurgia: F. de esôfago distal + F. gástrico Anestesia: Geral + Placô
NI: ☒ Lúcido ☐ Sonolento ☒ Consciente ☐ Torporoso ☐ Desorientado ☐ Comatoso ☐ Agitado
Q: ☐ Dor ☐ Êmese ☐ Náuseas ☐ Frio ☐ Dispneia
☐ Tonturas ☐ Outras. Especificar: _____
OXIG: ☐ Faz uso O2: ☐ Sim ☒ Não Litros/Minuto: _____
Hora de início: _____ hs Hora do término: _____ hs
Local: MSE Tipo: oculista / compressão
Hemorragia: ☐ Sim ☒ Não Extremidades: ☒ Aquecidas ☐ Frias ☐ Frias
☐ Cianóticas ☒ Perfundidas
Drenos: ☐ Sim ☒ Não Volume Drenado: _____ Aspecto: _____
Diurese: ☐ Sim ☒ Não Volume Drenado: _____ Aspecto: _____

SINAIS VITAIS

15min	30min	45min	60min	1H e 30min	2H
<u>168x102</u>	<u>162x98</u>	<u>168x97</u>	<u>154x96</u>		
<u>58 bpm</u>	<u>57 bpm</u>	<u>56 bpm</u>	<u>59 bpm</u>		
<u>99%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>		

ESCALA DE DOR



ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

Total: 0

SAÍDA: Encaminhado às: 19:00 hs ☒ Maca ☐ Cadeira de Rodas
Local: ☐ UTI ☒ Leito ☐ Residência ☐ Outra instituição Hospitalar. Qual: _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 38
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

RIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Tec. Angélica
CNPJ: 00.529.443/0003 - 38



FORMULÁRIO

RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

ESPECIFICAÇÃO		NOTA	30min	60min	90min	120min
ATIVIDADE	Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando	2				
	Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando	1	1	1	1	
	Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0				
RESPIRAÇÃO	Capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2	2	2	2	
	Dispnéia ou limitação da respiração	1				
	Apnéia	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 O ₂	Capaz de manter saturação de O ₂ > 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	
	Necessita de O ₂ suplementar para manter saturação O ₂ > 90%	1				
	Saturação de O ₂ < 90% mesmo com O ₂ 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 Costa
CORJ. 11.000.771

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

PA: 150 x 80 mm.
Gabriel, 41 anos



FORMULÁRIO

CONTROLE DE DÉBITO DE SALA - MATERIAL DE ALTO CUSTO

Paciente: <u>Surgono ferrene silve</u>	Prontuário: <u>56719-2</u>		
Data: <u>29/11/19</u>	Sala Operatória:	Convênio: <u>Sus</u>	Circulante: <u>Bruno</u>
Cirurgia: <u>Fratura de raio dental + histeria</u>	Cirurgião: <u>Dr. Jonin</u>		
Medicamento	Quant.	Código de Barras	
ALBUMINA HUMANA 20% (50ML)		OCTREOTIDA 0,5 MG/1 ML (SANDOSTATIN)	
DEXMETOMETIDINA 100MG/2ML (PRECEDEX)		SELANTE DE FIBRINA C/2 ML (TISSEEL)	
ERITROPOETINA 4000 UI (EPREX)		SUGAMADEX 200MG/2 ML (BRIDION)	
ERTAPENEM 1G (INVAZ)		SURFACTANTE DE ORIGEM PORCINA 240 MG/3 ML (CROSURF)	
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/ 2 ML (MATERGAN)			
MEROPENEM 1G (MEROMAX)			
Materiais	Quant.	Código de Barras	
AGULHA PERIDURAL N°		FIO POLIESTER VERDE 2 C/AG DUPLA 22 MM (ETHIBOND)	
AGULHA BIÓPSIA QUICK CORE 16 G/20 CM BIOPSY LIDE		FIO POLIESTER VERDE 2 C/AG DUPLA 17 MM (ETHIBOND)	
CÂNULA BIÓPSIA HEPÁTICA 16X30 MM		FIO POLIPROPILENO AZUL 7 C/AG DUPLA 9,3 MM (PROLENE)	
CATETER DUPLO LUMEN 7 FRX30 CM ADULTO		FIXADOR DE CATETER TEGADERM	
CATETER DUPLO LUMEN 4FRX13 CM PEDIÁTRICO		KIT AGULHA DE PERIDURAL + CATETER DE PERIDURAL N°	
CATETER DUPLO 3 RABO DE PORCO 6 FR 22/32 CM		KIT CATETER P/ HEMODIÁLISE N°	
CATETER EMBOLECTOMIA (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 FRX70 CM		LIGA CLIP AZUL MÉDIO	
CATETER VENOSO CENTRAL 3 FR/30 CM PEDIÁTRICO		LIGA CLIP VERMELHO PEQUENA	
CATETER VENOSO CENTRAL 4,5 FR/40 CM ADULTO		MANTA P/ INTRAOPERATÓRIO ADULTO	
CPAP NASAL P/ OXIGENIOTERAPIA N°		MANTA P/ INTRAOPERATÓRIO PEDIÁTRICA	
DRENO DE BLAKE 24 FR		RESERVATÓRIO JYAC 300 ML	
DRENO DE KHER N°		SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL N°	
DILATADOR HEMOFLOW P/ POLISULFONA		SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEOSTOMIA N°	
DIU MIRENA (LEVONORGETREL)		SLING TRANSOBTURATÓRIO HALO OBTRYX II	
DIU OPTIMA (COBRE)		SONDA DOBBHOFF N°	
EQUIPO ARTROSCOPIA 4 VIAS + CAMISA		SURGICEL HEMOSTÁTICO 5,5 X 1,5 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	
FILTRO BACTERIOLÓGICO INFANTIL		TUBO DE VENTILAÇÃO DE SILICONE 1026 CM APPARELLA	
FILTRO PARA LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS			
FILTRO PARA LEUCÓCITOS E PLAQUETAS			
FIO DE AÇO 4 C/AG 48 MM CARD (ACIFLEX)			
FIO DE MARCAPASSO DE AÇO 26 MM E RETA 90 MM (CARD)			
FIO DE KIRSCHNER N°			
FIO GULA HIDROFÍLICO			
FIO NYLON PRETO 8 C/AG DUPLA 6,5 MM OPT (MONONYLON)			
FIO POLIDIOXANONA 3 C/AG 24 CM (SURGYCRYL)			
FIO POLIESTER VERDE 5 C/AG 48 MM			

Confere com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 08.529.443/0003-36
Rua Alvorada nº 806 - Bosque



0013500310579

FILTRO BACTERIOLÓGICO C
CRF AC 119

FORMULÁRIO
CONTROLE DE DÉBITO DE SALA

Paciente: <u>Suzana Ferreira Alves</u> Cirurgia: <u>Intussuscepção de cecum</u> Cirurgião: <u>Dr. João</u> Entrada: <u>16:18</u>		Anestesista: <u>V. Almeida</u> Auxiliar: <u>Dr. Almeida</u> Inic. Anest: <u>16:35</u>		Convênio: <u>Sus</u> Anestesia: <u>Gen + Pneu</u> Instrumentador: <u>Des</u> Inic. Cirurg: <u>16:58</u>		Data: <u>29/11/1980</u> Circulante: <u>Bruine</u> Perfusionista: Tér. Cirurg: <u>17:34</u>	
MATERIAIS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.	MEDICAMENTOS	QUANT.	MEDICAMENTOS	QUANT.
ABOCATE Nº 20		GAZE ESTÉRIL	17	AC. EPSILON AMINOC. (EPSILON)		NITROP. SÓDIO (NIPRIDE)	
ABSORVENTE		INTRACATH Nº		AC. TRANEX. 250MG (TRANSAMIN)		NOREPINEFRINA 8MG (NORADRENALINA)	
AGULHA Nº		LÂMINA DE BISTURI Nº 15	1	ATROPINA 0,50MG (ATROPION)	L	OCITOCINA 5UI	
AGULHA P/ RAQUIN Nº 4x12	L	LUVA DE PROCEDIMENTO		AZUL DE METILENO 1%		OMEPRAZOL 40MG (OPRAZON)	1
ALGODÃO ORTOPÉDICO		LUVA ESTÉRIL Nº 8,0	□	BICARBON. SÓDIO () ML		ONDASETRONA 8MG (NAUSEDRON)	1
APARELHO DE BARBEAR		LUVA ESTÉRIL Nº		BUPIVACAÍNA 0,5% S/V 20ML (NEOCAÍNA)		PAPAVERINA 100MG (HYPOVERIN)	
ATADURA CREPE CM 10	□	MALHA TUBULAR		BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA 0,50% (NEOCAÍNA)		PETIDINA 100MG (DOLANTINA)	
ATADURA GESSADA CM 15	L	POLIFIX 2 VIAS (MULTIVIA)	1	BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% (NEOCAÍNA)		POLIDOCANOL 3% 2ML	
BOLSA COLOSTOMIA		PULSEIRA MÃE E FILHO AZUL		CAPTAPRIL 25MG COMP. (CAPOTEN)		PROPOFOL 200MG (PROPOVAN)	1
CÂNULA DE TRAQUEO Nº		PULSEIRA MÃE E FILHO ROSA		CEFALOTINA 1G (KEFLIN)		PROMETAZINA 50MG (FENERGAN)	
CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº		SERINGA 0,5 ML (P/ INSULINA)		CEFAZOLINA 1G (KEFAZOL)	1	REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CAPA P/ MICROSCÓPIO		SERINGA 1 ML		CEFTRIAXONA 1G (ROCEFIN)		ROCURÔNIO 50MG (ROCURON)	1
CAPA P/ VÍDEOCIRURGIA		SERINGA 3 ML	1	CETAMINA 500MG (KETALAR)		ROPIVACAÍNA 200MG (ROPI)	1
CATETER EPIDURAL Nº		SERINGA 5 ML		CIPROFLOXACINO 200MG (CIPRO)		SEVOFLURANO 100MG (VOFLUR)	
CERA PARA OSSO		SERINGA 10 ML	1	CISATRACÚRIO (CIS) () MG		SULFATO DE MAGNÉSIO 10ML	
CLAMP UMBILICAL		SERINGA 20 ML	1	CLONIDINA 150MCG/ML (CLONIDIN)		TENOXICAN 20MG (TILATIL)	
COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO 1200ML		SONDA ASPIRAÇÃO Nº		CLORETO DE POTÁSSIO (KCL) () ML		TRAMADOL 100MG (TRAMAL)	
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 2000ML		SONDA FOLEY Nº		CLORETO DE SÓDIO (NACL) () ML		VANCOMICINA 500MG (VANCOCIN)	
COMPRESSA CIRÚRGICA	L	SONDA GÁSTRICA 32 (FOUCHET)		DIMENIDRINATO-PIRID-GLIC-FRUT 10ML (DRAMIN B6 DL)		TAXAS	
CONTOUR TS TIRA P/ GLICEMIA (DEXTRO)		SONDA NASOGÁSTRICA Nº	1	DEXAMETASONA 10MG (DECADRON)	1	AR COMPRIMIDO	
DISPOSITIVO TRANSFERÊNCIA		SONDA URETRAL Nº		DIPIRONA 1G (NOVALGINA)	1	ASPIRADOR	
DRENO DE PENROSE Nº		TORNEIRA 3 VIAS		DOBUTAMINA 250MG (DOBTREX)		BERO AQUECIDO	
DRENO DE SUGÃO Nº		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 4,0	1	EPINEFRINA 1MG (ADRENALINA)		BISTURI BIPOLAR	
DRENO DE TÓRAX Nº		SOLUÇÕES		ESCAP-DIF. (BUSCOPAN COMPOSTO)		BISTURI MONOPOLAR	X
ELETRODO DESCARTAVEL	1	ÁGUA DESTILADA INJ 100ML	1	ETILEFRINA 10MG (EFORTIL)		BOMBA DE INFUSÃO	
EQUIPO MACROGOTAS		ÁGUA DESTILADA INJ 500ML		ETOMIDATO 20MG (HYPNOMIDATE)		CAF	
EQUIPO TRANSFUSÃO DE SANGUE		ÁGUA DESTILADA INJ 1000ML		FENTANIL (FENTANEST) () ML	1	CAPNÓGRAFO	
ESPARADRAPO		ALCOOL 70% 1000ML	12x	FUROSEMIDA 20MG (LASIX)		FURADEIRA	X
EXTENSOR 60CM		CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1000ML	1-4	GENTAMICINA 80MG (GARAMICINA)		MICROSCÓPIO	
EXTENSOR 120CM		CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1000ML	12x	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10ML		MONITOR CARDÍACO	X
FAIXA DE SMARCH		IOEXOL 300MG (OMNIPAQ/IE)		HEPARINA SÓDICA 25.000UI (HEPAMAX S)		NITROGÊNIO	
FRASCO P/ DRENAGEM TORÁCICA		POVIDINE DEGERMANTE 10% 1000ML		HIDRALAZINA 20MG (NÉPRESOL)		OXIGÊNIO	
FIO ÁCIDO POLIGLICOLICO (VICRYL) Nº 3-0	1	POVIDINE TINTURA 10% 1000ML		HIDROCORTIZONA 500MG (SOLU-CORTEF)		OXÍMETRO	X
FIO CAT GUT CROMADO Nº		POVIDINE TOPICO 10% 1000ML		ISOFLURANO 100MG (ISOFORINE)		RAIO-X	
FIO CAT GUT SIMPLES Nº		SORB. + MANIT. 1,7-0,54 % 1000ML (PURISOLE)		ISOSSORBIDA (ISORDIL) () MG		RESPIRADOR	
FIO DE CERCLAGEM		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML		LIDOCAÍNA 2% 20ML C/V (XYLESTESIN)	1	RPA	X
FIO NYLON PRETO Nº 4-0	□	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML		LIDOCAÍNA 2% 20ML S/V (XYLESTESIN)		SERRA	
FIO POLIDIOXANONA (PDS II) Nº		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML	1	LIDOCAÍNA 2% GEL 30G (XYLESTESIN)		TOF	
FIO POLIESTER ALGODÃO COM AGULHA (POLYCOT) Nº		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML		METILERGOMETRINA 0,2MG (METHERGIN)		Integra com a Original	
FIO POLIESTER ALGODÃO SEM AGULHA (POLYCOT) Nº		SORO GLICOSADO 5% 100ML		METOCLOPRAMIDA 10MG (PLASIL)		Hospital Santa Juliana	
FIO POLIGLECAPRONE (MONOCRYL) Nº		SORO GLICOSADO 5% 250ML		METRONIDAZOL 500MG (FLAGYL)		CNPJ: 00.529.443/0003-36	
FIO POLIPROPILENO (PROLENE DO Nº 0 AO 6) Nº		SORO GLICOSADO 5% 500 ML		MIDAZOLAM (DORMONID) () ML	1	Rua Alvorada nº 806 - Bosque	
FITA CARDÍACA		SORO RINGER LACTADO 500 ML	L	MISOPROSTOL (PROSTONS) () MCG			
FITA MICROPORE				MORFINA (DIMORF) () MG			
				NALBUFINA 10MG (NUBAIN)			
				NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE)	□		
				NITROGLICERINA (TRIDIL)			

HOSPITAL SANTA JULIANA

BOLETIM DE ANESTESIA

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

Procedimento: ☐ Urgente ☒ Eletivo
 Avaliação Pre-anestésica ☐ consulta ☐ leito ☒ XCC
 ASA I Idade 51 Sexo F
 Acomodação ☐ Enf. ☐ Apto ☐ UTI
 Data: 29.11.2019

Hora 16:35

O₂ 2 L/minuto

AR 2 L/minuto

Sevo 1 % 4 ml/H

Iso 0 % 0 ml

Ventilação

SRL 500ml

SP0,9% 500ml

Diurese

EtCO₂

SpO₂

230

220

210

200

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Simbolo

AS

PAD

PAM

V. ESP.

V. ASS.

V. CONT.

ENT CEC

SAIDA CEC

Posição

Cirúrgica

230

220

210

200

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Simbolo

AS

PAD

PAM

V. ESP.

V. ASS.

V. CONT.

ENT CEC

SAIDA CEC

Posição

Cirúrgica

230

220

210

200

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Simbolo

AS

PAD

PAM

V. ESP.

V. ASS.

V. CONT.

ENT CEC

SAIDA CEC

Posição

Cirúrgica

230

220

210

200

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Simbolo

AS

PAD

PAM

V. ESP.

V. ASS.

V. CONT.

ENT CEC

SAIDA CEC

Posição

Cirúrgica

230

220

210

200

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Simbolo

AS

PAD

PAM

V. ESP.

V. ASS.

V. CONT.

ENT CEC

SAIDA CEC

Posição

Cirúrgica

230

220

210

200

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Simbolo

AS

PAD

PAM

V. ESP.

V. ASS.

V. CONT.

ENT CEC

SAIDA CEC

Posição

Cirúrgica

230

220

210

200

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Simbolo

AS

PAD

PAM

V. ESP.

V. ASS.

V. CONT.

ENT CEC

SAIDA CEC

Posição

Cirúrgica

230

220

210

200

190

180

170

160

150

140

130

120

110

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

Simbolo

AS

PAD

PAM

V. ESP.

V. ASS.

V. CONT.

ENT CEC

SAIDA CEC

Posição

Cirúrgica

230

220

210

200

190

180

170



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

dig.º e impresso em: 04/11/2019 às 20:15:32

HUERB
Hospital de Referência
Unidade de Pronto Atendimento

REGISTRO Nº

PACIENTE

Sugua Ferreira da Silva

IDADE

51

CLÍNICA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

LEITO

1054

DIAGNOSTICO: fx de útero (contusões) 100ML EV CADA 12/12 H proximal (E) + fx de útero distal (E) TRAUMATISMO 100MG + 100ML SFO 9% EV 6/6H SN	1. DIETA VO ZERO A PARTIR DAS 00:00 3. DIAPHRONA 1GR EV DILUIDO 6/6 H 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8 H SN 6. CAPTOPRIL 25MG VO CADA 12/12 HORAS SE PA > 140/90mmHg 7. CUIDADOS GERAIS E MANTER MEMBRO ELEVADO 8. SINAIS VITAIS	SND 10/11/19 10:40 16	
DATA DO TRAUMA: 10/11/19			
DATA DA INTERNAÇÃO: 05.11.19			
DATA DA CIRURGIA: 06.11.19			
MEDICO RESPONSÁVEL: Dr. Francisco			
HOSPITAL: HUSJ			
MATERIAL: - placa T - fx			
	orientado + tratamento conservador do útero proximal. Dr. Francisco Procedimento e tratamento Cirurgia 18/12		
			Controle com o Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.523.413/0003-35 Rua Alexandre 11 nº 800 - Basseco

REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome:		SUZANA FERREIRA SILVA		Leito: 105 A	
Data: 28/11/2019		Prontuário: 56719		Data de Nascimento: 01/06/1968	
Nome da mãe (se homônimo):					

[illegible]

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS

25.11.19 as 17h Solicito a
farmácia TAB 18 112040330002
+ 1 equipe +
Tania de Matos Sampaio
Técnica de Enfermagem
COREN RJ 001362883

Controle de Diurese

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

ASSINATURA DE APRAZAMENTO E CHECAGEM

MANHÁ

TARDE

NOITE

ENFERMEIRO

Augusto Lima de Oliveira
Enfermeiro
COREN-AC 315.785 ERMF

TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Tânia de Matos Espindola
Técnica de Enfermagem
COREN-AM 001362883

Jornalista Sampaio E de Souza
Téc. Engenharia
CREF: 40.00057

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 Recebida a VPSD, AB 18 e 7 mult. na + 1 equipe, medicada C.P.M. item 2EV

Jamile de Matos Espindola
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

28.11.19 As 19.00h Recebida a paciente em repouso no leito. Orientada a acompanhada de familiares e filhos. Apresenta 40,5 em 35,5. Não refere queixa. Atestado de vida oferecido por equipe. Físico presente. Exatidão da febre a partir das 20.00

Jamile Sampaio F. de Sousa
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

As 22.00h Realizado item 3 e 8 p.m.

Jamile Sampaio F. de Sousa
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

As 02.00h Verificado SSU

Jamile Sampaio F. de Sousa
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

As 04.00h Realizado item 3 e 8 p.m.

Jamile Sampaio F. de Sousa
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

As 06.00h Realizado item 2 e 8 p.m.

Jamile Sampaio F. de Sousa
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

As 08.00h Realizado item 1 e 2 e 8 p.m.

Jamile Sampaio F. de Sousa
Téc. Enfermagem
COREN AC 704057

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



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	Data de Nascimento:	01/06/1968
Nome da mãe (se homônimo):					

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

29-11-19- 19:30h- Paciente internada de 66 em estado de consciência, eupneica, sítio de punção de AVP em HD com HU em curso, não utiliza glicosídeos, diurese espontânea presente. Realizada orientações sobre o PCE, liberação distal. Segue em repouso no leito. PA: 126 x 80 mmHg, Tem: 35,0°C, SPO₂: 97%, FC: 57 bpm.



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

PROBLEMA ATIVO

CONDUTA

META

FORMULÁRIO

REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA	Leito:	105 A
Data:	29/11/2019	Prontuário:	56719
		Data de Nascimento:	01/06/1968

Nome da mãe (se homônimo):

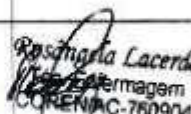
Data	Hora	Frequência	Temperatura	Pulsos	Pressão	Saturação	Assinatura

ETIQUETAS

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS

BCF	Controle de Diurese	<p>Confere com a Original</p> <p>Hospital Santa Juliana</p> <p>CNPJ: 00.529.443/0003-36</p> <p>Rua Alvorada nº 806 - Bosque</p>
-----	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ASSINATURA DE APROZAMENTO E CHECAGEM

	MANHÃ	TARDE	NOITE
ENFERMEIRO			
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	 Rosângela Lacerda Enfermagem COREN/AC-760904		

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 Data de Nascimento: 01/06/1968
 Nome da mãe (se homônimo):

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

07:00 Realizo plantão com paciente estável no leito, ferido e comunicativo, portador de A/P funcional, com H.V. em curso, acompanhada de familiares em deita zero aquecimento, pi e outros usuá-rios rec. *Rosângela Lacerda*
 09:00 Realizada ao e.e. uma cadeira de rodas, + acompanhada por intercorrências rec. *Rosângela Lacerda*
 GORENAC-760904

Confere com a Original
 Hospital Santa Juliana
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 35
 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	Data de Nascimento:	01/05/1968
Nome da mãe (se homônimo):					

[illegible]

ETIQUETAS		SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS
		<p>21840 Solicito na farmácia - laboratório N° 22 p/ realização de testes</p> <p>Maria José de Jesus Tec. Enfermagem Coren AC 901046-323</p>
BCF	Controle de Diurese	<p>Confere com a Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003 - 36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque</p>

ASSINATURA DE APROXIMAMENTO E CHEGADA			
	MANHÃ	TARDE	NOITE
ENFERMEIRO			 Maria José de Jesus COREN AC 471657 Enfermeira
TÉCNICO DE ENFERMAGEM			Maria José de Jesus Tec. Enfermagem Coren AC 001046-323

FORMULÁRIO

REGISTROS E ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: SUZANA FERREIRA SILVA Leito: 105 A
 Data: 29/11/2019 Prontuário: 56719 Data de Nascimento: 01/06/1968
 Nome da mãe (se homônimo):

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

29/11/19. Paciente chegou em 19:30 do Centro Cirúrgico Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 22:00 - Foi admitida med. item 02, 03, 04, 07, e aferido SSVV
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 02:00 - Foi aferido os SSVV e P.M.
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 04:00 - Foi admitida med. item 04, 07, e P.M.
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 06:00 - Foi aferido os SSVV e admitida med. item 08
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 07:00 - Para plantão, paciente admitida para
 interconsulta durante a permanência
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323
 As 08:00 - Foi admitida med. item 09 e 10
 Maria José de Jesus
 Tec. Enfermagem
 Coren AC 001046-323

30/11/19 Recebeu alta hospitalar oriunda pelo médico assistente Dr. Mally
 Rê de Castro de Castro, acompanhada de familiar + acompanhante
 maior, entregues cartões de alta + exames que foram feitos. R.C. Enfermeira
 Coren/AC-329612

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



Nome:	SUZANA FERREIRA SILVA			Leito:	105 A
Data:	30/11/2019	Prontuário:	56719	Data de Nascimento:	01/06/1968
Nome da mãe (se homônimo):					

[illegible]

SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS

Controle de Diurese

Conferir com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003-36
Rua Alvorada n° 806 - B. 1

	MANHÃ	TARDE	NOITE
ENFERMEIRO			
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	<i>Johnatan Cunha de Souza</i> Téc. Enfermagem COREN/RS-1237026		

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: 30/11/2019 Prontuário: 56719 Data de Nascimento: 01/06/1968
 Nome da mãe (se homônimo):

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Em 07.00 h, recebeu alimentação por sonda, iniciada, em entada!
 Condição geral: satisfatória. *Johnatan Cunha de Souza*
 Téc. Enfermagem
 COREN 1227028
 Em 08.00 h, recebeu medicação em MSE, usando 2 pc
 de 0032 + 1 comprimido de 15 cm + 1 sonda 7.5 + 10 ml de soro
 10 ml de soro 20%. O soro de soro e soro *Johnatan Cunha de Souza*
 Téc. Enfermagem
 COREN 1227028

Confere com a Original
 Hospital Santa Jukana
 CNPJ: 00.529.443/0003-38
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque



PRONTUÁRIO: 56719 - 2

PACIENTE: SUZANA FERREIRA SILVA

DATA: 30/11/2019

LEITO: 105 A

<input checked="" type="checkbox"/> LÚCIDO E ORIENTADO	<input type="checkbox"/> DESORIENTADO	<input type="checkbox"/> SONOLENTO
<input type="checkbox"/> DELÍRIUM/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: _____

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

CONDUTA FISIOTERAPÊUTICA:

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

Assinatura do Físico

Assinatura do Enfermeiro

30/11/19.

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

Assinatura do Físico

**HOSPITAL SANTA JULIANA**

Rua Alvorada, 506 - 69909-380 - Rio Branco - AC

CNPJ/MF: 00.529.443/0003-36Tel: (68) 3212.4700 - Fax: (68) 3212.4798 - Email: hsj@hsj.org.br**FICHA DE INTERNAÇÃO**Prontuário: **56719** - 2

Entrada: 28/11/2019

Hora: 1422

Apto/Leito: **105A**

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

Idade: 40

Cidade: Rio Branco

UF: AC

Fone Res.: 68 - 996125434

Fone Com.: -

Motivo da Internação: Clínica 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
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 nosocômio.

Rio Branco - AC, 28 de novembro de 2019

Suzana Ferreira Silva
SUZANA FERREIRA SILVA

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

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 Nasco: Leito: 1054
 Sexo: F Médico Assistente: FRANCIS KASHIMA
 Procedência: RESIDENCIA Acompanhante: ☒ Sim ☐ Não
 Cor da Pele: Parda Quem: _____
 Nome da mãe: ELDA 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 CLÍNICA










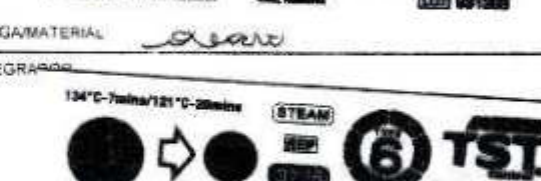
Queixa Principal: Sem queixa
 Hipótese diagnóstica: Ex. Urinário + Bactéria
 Patologias Associadas: ☐ Diabetes Mellitus ☐ Hipertensão Arterial ☐ Outros: _____
 Hábitos: ☒ Tabagismo ☒ Etilismo ☐ Uso de drogas, Por quanto tempo: _____
 Prótese: ☒ Dentária ☐ Ocular ☐ Auditiva ☐ Motora: _____
 Medicamentos em uso: ☒ Não ☐ Sim/Qual: _____
 Cirurgias anteriores: ☐ Não ☒ Sim/Qual: Cirúrgica, 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 66,400 kg; Altura: 1,60 m
 Nível de consciência: ☒ Acordado ☒ Lúcido ☐ Desorientado ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Sedado
 Abertura ocular: ☒ Espontânea ☐ Estimulos Verbais ☐ Estimulos 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 ☐ Icterícia
☐ Lesão por pressão. Local _____
 Estágio: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
 Ouvidos: ☒ Sem Alterações ☐ Otalgia ☐ Otorrêia ☐ Otorragia ☐ Zumbido ☐ Outro
 Nariz: ☒ Sem alteração ☐ Anosmia ☐ Rinorrêia ☐ Epistaxe ☐ Outro: _____
 Boca: ☐ Sem alterações ☒ Dentição prejudicada ☐ Gengivite ☐ Gengivorragia ☐ Outro: _____
 Pescoço: ☒ Sem alterações ☐ Assimétrico ☐ Aumento Parótidas ☐ Linfadenomegalia ☐ Gânglio Infartado
☐ Rigidez da nuca ☐ Traqueostomia ☐ Outro: _____
 Torax e Aparelho respiratório: ☒ Sem alterações ☐ Assimétrico ☐ Cifoesciose ☒ 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 ☐ Líquida ☐ Esverdeada ☐ Melena ☐ Outro: _____
 Histórico de constipação: ☐ Sim ☒ Não Histórico de diarreia: ☐ Sim ☒ Não
 Aparelho Urinário / Diurese: ☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Polaciúria ☐ Anúria ☐ Colúria ☐ Poliúria ☐ Incontinência
☐ Oligúria ☐ Hematúria ☐ Disúria ☐ Piúria ☐ Outro: _____
 MMSS/MMII: Sensibilidade: ☒ Preservada ☐ Diminuída ☐ Aumentada
 Motricidade: ☒ Preservada ☐ Diminuída ☐ Aumentada

FORMULÁRIO			
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO			
	FO.CME.HSJ. Nº02	Versão: 001	Data da Elaboração: 01/11/2018
			Página: 1 de 2

DADOS DO PACIENTE		DATA NASCIMENTO	IDADE	SEXO
Surgono ferreiros silvio		21/01/1964	54	F
MÃE: Eldo ferreiros silvio		LEITO	CONVÊNIO: Sus	
EQUIPE CIRÚRGICA				
CIRURGIÃO: Enduro de nado distal + fideu		INSTRUMENTADOR: Alese		
CIRURGIÃO AJUDANTE: Dr. Freitas		PERFUSIONISTA: -		
ANESTESISTA: Dr. Almeida		ENFERMEIRO: Rosmar / marcos		
CIRURGIÃO AJUDANTE: Dr. V. de Souza		CIRCUITANTE: Bruno		
DATA: 29/12/19		SALA: 2		

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)		
1. QUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
2. QUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
3. QUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
4. QUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>
5. QUETA 	INTEGRADOR 	NÚMERO DE INSTRUMENTAIS INICIO <input type="text"/> FIM <input type="text"/>

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



FORMULÁRIO
CONTROLE DE RASTREABILIDADE DO MATERIAL ESTERILIZADO

FO.CME.HSJ. Nº02

Versão: 001

Data da Elaboração: 01/11/2016

Página: 2 de 2

ESPECIFICAÇÃO DO MATERIAL (ROUPAS, INSTRUMENTAL, CAIXA)

ETIQUETA

2611.19 01
Data de Produção
2612.19 01
Data de Validade
No. do Operador
05

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

Rogu

ETIQUETA

2811.19 02
Data de Produção
2812.19 03
Data de Validade
No. do Operador
04

INTEGRADOR



NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

3 copos

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL

ETIQUETA

INTEGRADOR

NÚMERO DE INSTRUMENTAIS

INICIO

FIM

CARGA/MATERIAL



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS DA DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, nº 806 - 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: <u>SUZANA FERREIRA SILVA</u>				PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO:	PESO:	DATA: <u>29.11.15</u>		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>FRATURA DE RAOM DISTAL. ESQUERDO</u>					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:					
CIRURGIAS REALIZADAS:		<u>OSTEOSSINTESE PLACA T VOLV</u> <u>Nº 5x4 FUSOS</u>			
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 <u>Eletiva</u>			ANESTESISTA		
EQUIPE CIRURGICA: CIRURGIÃO: <u>Dr. F. F. F.</u> 1º AUXILIAR: <u>Dr. P. P. P.</u> 2º AUXILIAR: <u>Dr. A. A. A.</u> ANESTESISTA: <u>Dr. W. W. W.</u> CIRCULANTE:					
Hora Início:		Horá Término:		Duração:	
PATOLOGIA CIRÚRGICA (Alterações Anatômicas, Funcionais, Estruturais, Etc)					
<div>confere com a Original Hospital Santa Juliana CNPJ: 00.529.443/0003 - 36 Rua Alvorada nº 806 - Bosque</div>					

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO
(Campo, Acesso, Exploração Tática, Técnica, Fechamento)
FX RADIO 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- DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DE RÁDIO
- 5- REDUÇÃO DIRETA DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA T VOLAR DE 3x4 Furos + 4 PARAFUSOS CORTICAIS COM CONTROLE RADIOSCÓPICO
- + PASSAGEM DE FK EM DORSO DO RADIO 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:

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"/> Xilocaína gel _____ |
| <input type="checkbox"/> Bupivacaína 0,5% s/v _____ | <input type="checkbox"/> Ropivacaína 200mg _____ | <input type="checkbox"/> Xilocaína s/v _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose 25% inj _____ | <input type="checkbox"/> SF 500 ml _____ | <input type="checkbox"/> Xilocaína c/v _____ |
| <input type="checkbox"/> Sorbitol 1000ml _____ | <input type="checkbox"/> Ioversol _____ | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

MATERIAL ENVIADO A EXAME ANATOMO-PATOLÓGICO



 51 kV
1.16 mA
0.00 mGy*cm²
15.04 µGy

Autowindow

  59
 30

Arco Cirurgico GE - Hosp Santa Juliana

Medico Francis Kashima
frat.radio

2/3

Suzana ferreira silva, -
56719,2
01.05.1968

29.11.2019
17:20:54

UNIDADE: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

Laudo

Atesta que a Sra. SUZANA FERNANDA SILVA
sofreu acidente de trânsito no dia 10/11/2019
apresentando fratura cabeça crânio (E)
(grande tuberculidade) e RADIODISTAL (E)
(fratura volar). Foi submetida a cirurgia
ortopédica com placa e "T" e parafusos no
RADIO DISTAL. TAMB. CONS. NO OMBRO (E).
Evoluiu com cicatriz cirúrgica no punho
(E) (face volar), aumento de volume punho (E),
limitação na flexo extensão punho (E) e
redução da força muscular do membro.
Grande limitação funcional no ombro (E).
Pós-operatório e portador de sequelas
definitivas no M.S.D. 75% e de alta
médica.

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

RBR 19/03/2020

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL COM CARIMBO

Nº CONSELHO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO ACRE

SECRETARIA DE ESTADO DA POLICIA CIVIL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO RAIMUNDO HERMANO DE MELO





Polgar Direto



Suzana Ferreira Silva

ASSINATURA (TITULAR)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	150406	DATA DE EXPIRAÇÃO 19/11/2009
NOME SUZANA FERREIRA SILVA		
FILIAÇÃO MANUEL CÂNDIDO DA SILVA ELOA FERREIRA SILVA		
NATURALIDADE RIO BRANCO - AC		DATA DE NASCIMENTO 01/06/1968
DOC ORIGEM CERTO NASC 9963 FLS 79-V LIV A7 RIO BRANCO - AC		
CPF 570.311.182-14		
2 VIA		
CARLOS SACOLARI JUNIOR RODRIGUES DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO		
P 1		
LEI Nº 116 DE 08-83		

ELECTRONIC LIBRARY - OPEN

CMP-1 08.016.0000001-04



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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: 4020-1596 / 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: 19-03-2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Suzana Ferreira Silva

CPF do beneficiário: 570.311.182.04

Nome do solicitante:

Suzana Ferreira Silva

CPF do solicitante: 570.311.182.04

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (68) 99918-3322 Tel. Comercial: (68) 99612-5334 Tel. Residencial: ()
DDD DDD DDD

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 entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

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

A vítima anexa laudo ao sinistro mais caso queiram fazer uma perícia médica a vítima encontra-se disposta para fazer a avaliação.

Rua Branco IAC 19-03-2020

Local e Data

Suzana Ferreira Silva

Assinatura do solicitante ou de quem assina a 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/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a 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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SUZANA FEREIRA SILVA

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 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

SUZANA FEREIRA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SUZANA FEREIRA SILVA

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 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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SUZANA FEREIRA SILVA

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 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 FERREIRA 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

Valoração 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
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50