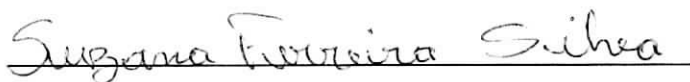


Stela Maris Vieira Mendes – OAB/AC nº. 2.906

SUZANA FERREIRA SILVA brasileira, solteira, do lar, inscrito no CPF sob o nº570.311.182-04e no RG sob o nº150406SSP/AC, residente e domiciliado na Rua Raimunda Djalma da costa QD10A CASA40, nº40 Bairro: Cidade Povo, CEP:69909-270, Rio Branco-Acre, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui suas procuradoras as advogadas **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906 e Danielle Lima da Silva, Brasileira devidamente Inscrita na OAB/AC sob o nº 5317, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 16 Abril de 2020.



DECLARAÇÃO

SUZANA FERREIRA SILVA brasileira, solteira, do lar, inscrito no CPF sob o nº570.311.182-04e no RG sob o nº150406SSP/AC, residente e domiciliado na Rua Raimunda Djalma da costa QD10A CASA40, nº40 Bairro: Cidade Povo, CEP:69909-270, Rio Branco- Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

Por ser expressão da verdade firma o presente na forma e termos da lei.

Rio Branco – Acre, 16 Abril de 2020.

Suzana Ferreira Silva



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		150406		19/11/2009	
SUZANA FERREIRA SILVA		JME		FILIAÇÃO	
MANGEL CÂNDIDO DA SILVA		ELDA FERREIRA SILVA		NATURALIDADE	
RIO BRANCO - AC		RIO BRANCO - AC		DCC ORIENT	
CERTID NASC 9963 FLS 79-V		LIV A7		DCC ORIENT	
570.311.182-04		2 VIA		DPP	
CARLOS MAGALHÃES RUIZ RODRIGUES		DIRETOR DO REGISTRO CIVIL E IDENTIFICAÇÃO		LEI Nº 7.116 DE 8/08/83	
DATA DE NASCIMENTO		01/06/1968		P 1	



Para contato
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0353237-0

006316596

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

SUZANA FERREIRA SILVA
R. RAIMUNDA D'ALMA DA COSTA 363 QD 10A CS 40
CPF: 00057031-18-04
GER: 69.909-270 - RIO BRANCO

290	19/11/2019
236	18/10/2019
1,000	18/12/2019
54	18/11/2019
54 - FCAM	19/11/2019
NORMAL	32

RENTED. BA. RENDA MONO W5056473330 1.4.1.1 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 LIGADO NOS ULTIMOS 5 ANOS. APRESENTE-SE PELA INTER
NET (WWW.FARNET 13.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/ 01/2020 OU NA OM
MAIS PROXIMA, DE 03 A 16/12/2019.

RESERVADO AO FISC

0888.AED6.7E06.C2E3.590.E0C2.7926.0AB2

11,40	
14,78	
0,34	
3,95	
1,27	
	0,22
	1,05
	0,00
11,72	23,44
46,89	5,54
11,09	2,10
0,05	
TAQUARI	09/2019
	5,24

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 07085390920208010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590D4.

M-05

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
ENDERECO.....: Q 10 A CASA 40 NUMERO: 40
COMPLEMENTO...: BAIRRO: CIDADE DO POVO
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000
NOME PAI/MAE...: MANOEL CANDIDO DA SILVA /ELIDA FERREIRA SILVA
RESPONSAVEL...: A MESMA TEL....: 99612-
PROCEDENCIA...: UPA-CIDADE DO POVO TRAUMA: NAO
ATENDIMENTO...: FRATURA
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[X mmHg] PULSO[] TEMP.[] PESO[] FC[] SPO2[]

EXAM.COMPL.[] RAO X[] SANGUE[] URINA[] TC[] LIQUOR[] ECG[] ULTRASSON[]

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

For no pulso - pulso @ 25 queda de altura

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

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

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

SAME / HUEB
COPIA
CONFORME ORIGINAL

DATA DA SAIDA: / / ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IM [] ANAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Vinicius de Almeida Mayas
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1241

Dr. Vinicius de Almeida Mayas
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1241
Dr. Vinicius de Almeida Mayas
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AC 1241

15 15

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

REGISTRO

SUZANA FERREIRA DA SILVA

51

CMGB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

201

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE INTERVENÇÃO
DIETOTIA	DIETAVOPARATAS 500		1000 05:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00
TRATAMENTO DE ÚTERO PROXIMAL	SOLUÇÃO INTRAVENOSA		
FRATURA DE RADIO DISTAL	3. DIFERONAL 1GR EV DILUÍDO 6/6H 4. TRAMAL 100MG + 100ML SFD 9% EV 8/8H 5. TRATHE 20MG EV CADA 12/12 HORAS		
CD: INTERNAÇÃO	6. PLASIL 10MG EV DILUÍDO 8/8 HRS S/N 7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA 8. CUIDADOS GERAIS 9. SINAIS VITAIS		
PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APOS QUEDA DE ALTURA			
AO EXAME APRESENTA DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EM OMBRO APRESENTA DOR EM PUNHO ESQUERDO.			
SSOLICITO EXAMES PRE OPERATORIOS			

Carlo Marcelino S. Jr.
Cirurgião e Traumatologista
CRM/AC 2211

SAME / HUEB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

1000 05:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 24:00

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 7000 - BOSQUE - RIO BLANCO - CEP. 69908620

CGC - 04.034.526/0002-24

Tel.: (91) 3080

Pa

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

Idade...: 51Z
Requis...: 11/11

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

Cons. Regional:

Sector.....: SALA DE GESSO

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

hemacias (em milhoes):...	4,51	mm3	VR: 4,5 a 5,4	mm3
hemoglobina:.....	12,60	g/dL	VR: 11 a 14	M: 12 a 16 g/dL
hematocrito:.....	37,00	%	VR: 37 a 47	M: 37 a 47 %
CM:.....	82,70	fL	VR: 78 a 98	fL
CM:.....	28,00	pg	VR: 26 a 34	pg
HCM:.....	33,80	g/dL	VR: 31 a 36	g/dL

LEUCOGRAMA

leucocitometria Global:.....	17.700	/mm3	VR: 5.000 a 10.000	/mm3
basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1	%
valor Absoluto:.....	0	mm3		
eosinofilos:.....	0	%	VR: 2 a 4	%
valor Absoluto:.....	0	mm3		
neutrofilos:.....	0	%	VR: 0	%
valor Absoluto:.....	0	mm3		
reticulocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1	%
valor Absoluto:.....	0	%		
bastões:.....	1	%	VR: 0 a 5	%
valor Absoluto:.....	177	mm3		
segmentados:.....	80	%	VR: 54 a 64	%
valor Absoluto:.....	14.160	mm3		
linfocitos:.....	15	%	VR: 21 a 35	%
valor Absoluto:.....	2.655	mm3		
monocitos:.....	4	%	VR: 4	%
valor Absoluto:.....	708	mm3		
plastos:.....	0	%	VR: 0	%
valor Absoluto:.....	0	mm3		
observacao:.....				

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Por: [Assinatura]
Data: 11/11/2020

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/11/19 as 17:08 Coleta: 11/11/19 as 16:15-16:16 Via Impressa: 11/11/2020

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

tempo de Sangramento:...	02 MINUTOS	VR: 1 - 5 minutos
tempo de Coagulacao:.....	06 MINUTOS	VR: 2 - 10 minutos
contagem de Plaquetas:...	393.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/11/19 as 17:08 Coleta: 11/11/19 as 16:15-16:16 Via Impressa: 11/11/2020

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELLA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 0708539/2020-010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09-2020-8-01-0001 e código 2759095.

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 amost: 51

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2113356

Tipo de amostra: Soro

Sexo:

Data da coleta: 11/11/2019

Depart.:

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

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 16:10:13

Testador:

Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página de

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Edson de Oliveira
Biomédico
CRM 10.000.248

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 0708539920200010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590155.

HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACÇES UNIDAS, 710, - BOSQUE - RTO BRANCO - CEP. 69908-620 Tel.: (98) 3080-1111
CGC - 04.034.526/0002-24

PEJ

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

Idade: 12A
Requis: 15/11/19

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

Cons. Regional:

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

ERITROGRAMA

hemacias (em milhoes)...	4,67	/mm3	VR: H:4,5 a 5 M:4 a 5 milhoes/mm3
hemoglobina:.....	13,60	g/dL	VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL
hematocrito:	39,00	%	VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %
VCM:.....	83,70	fL	VR: 78 a 98 fL
HCM:.....	29,20	pg	VR: 26 a 34 pg
CHCM:.....	34,90	g/dL	VR: 31 a 36 g/dL

LEUCOGRAMA

Leucometria Global:.....	10.200	/mm3	VR: 5.000 a 10.000 /mm3
Basofilos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm3	
Eosinofilos:.....	3	%	VR: 2 a 4 %
Valor Absoluto:.....	306	/mm3	
Mielocitos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm3	
Metamielocitos:.....	0	%	VR: 0 a 1 %
Valor Absoluto:.....	0	%	
Bastoes:.....	0	%	VR: 0 a 5 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm3	
Segmentados:.....	62	%	VR: 54 a 64 %
Valor Absoluto:.....	6.324	/mm3	
Linfocitos:.....	33	%	VR: 21 a 35 %
Valor Absoluto:.....	3.366	/mm3	
Monocitos:.....	2	%	VR: 2 a 8 %
Valor Absoluto:.....	204	/mm3	
Blastos:.....	0	%	VR: 0 %
Valor Absoluto:.....	0	/mm3	
Observacao:.....			

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

Rosemary M. R. Riveros
Guinelee
CRM 11.418/7-8

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVEROS 15/11/19 as 13:47 Coleta: 15/11/19 as 11:40-1a. V2 Ingressa: 15/11/19

COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

Tempo de Sangramento:....	2 minutos e 30 segundos	VR: 1 - 5 minutos
Tempo de Coagulacao:....	5 minutos e 30 segundos	VR: 2 - 10 minutos
Contagem de Plaquetas:...	405.000 /mm3	VR: 150 a 400.000 /mm3

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVEROS 15/11/19 as 13:47 Coleta: 15/11/19 as 11:40-1a. V2 Ingressa: 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 amost: 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:

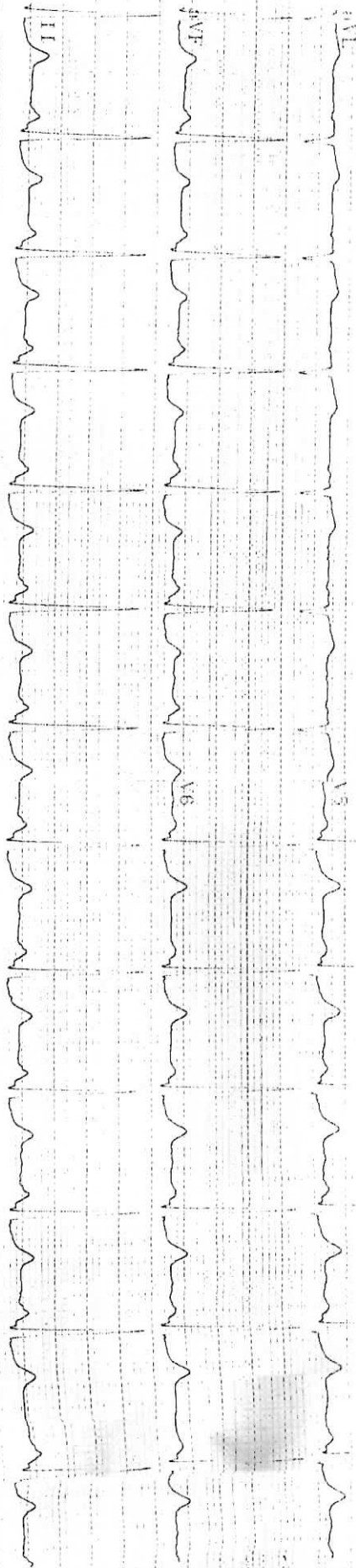
Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

2020-11-15 13:17:19
Biomédico
Luis Eduardo Klayner



SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL



01.15 hr

07-18-2020 14:15:15
Paciente: [illegible]
Médico: [illegible]
Assistente: [illegible]

Governo do Estado do Acre
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: Paciente vítima do quadro do pré-eclâmpsia evoluindo com dor intenso em membros superiores e inferiores

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: Fratura de Úmero e Rádio (E)

Motivo da Cobrança: 12

SAME / HUERB
CÓPIA
CONFORME ORIGINAL

- 11-ALTA CURA
- ☒ 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA
- 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/PERMAN
- RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. COMENOS DE
- DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 72 HS
- APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS
- APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. 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 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
- 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
- ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/ REOPERAÇÃO C/PERMAN
- RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM
- NASCIDO



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): Elido Ferreira Silva

TRANS-OPERATÓRIO

Sala Operatória: 2 Horário de Entrada: 16:18 hs
 Cirurgia: Trocar de parede Distal + Trocar Local Anatómico da Cirurgia:

EQUIPE (ENFERMAGEM) Cirurgião: Dr. Jhonis Auxiliar: Lucio
 Instrumentador: Alex Perfusionista: -
 Anestesiologista: Waldyza Circulante: Bruna
 ANESTESIA () Local (X) Sedação () Raquideana () Peridural (X) Plexo
 (X) Geral Venosa () Geral Inalatória

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

SINAIS VITAIS

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

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

ACESSO VENOSO Portanto AVP: (X) Sim () Não Bom fluxo: (X) Sim () Não () Não se aplica

INTUBAÇÃO Tubo Orotraqueal: (X) Sim () Não Nº do tubo: 7.0 Quantidade:
 Hora da intubação: 17:10 hs Hora da extubação: 17:44 hs

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

SONDAS Faz uso sonda: () Sim (X) Não Qual: Quantidade:
 Característica:

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

BISTURI ELÉTRICO (X) Sim () Não Tipo: (X) Monopolar () Bipolar () Não se aplica
 Local da Placa Dispersiva:

PORTE DA CIRURGIA POR TEMPO (X) Porte I (até 2 horas) () Porte II (2 à 4hs) () Porte III (4 à 6hs) () Porte IV (> 6hs)

PEÇA CIRÚRGICA () Sim (X) Não Qual:

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

SAÍDA DA SALA CIRÚRGICA Encaminhado às: 17:40 hs (X) Maca () Cadeira de Rodas
 Local: (X) URPA () UTI () Leito () Residência () Outra instituição Hospitalar. Qual:

ANEXOS (X) Check List de Cirurgia Segura (X) Relatório de Cirurgia
 (X) Rastreabilidade do Material (X) Ficha Anestésica
 (X) Controle de Gasto de Material (X) Prescrição Médica
 () Ficha de Alto Custo () Pedido de Anátomo Patológico () Exames

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Bruna Castro
 Enfermeira
 CO-001.325.395

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

Código: FO. HSJ. CC. 001



FORMULÁRIO

RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Data: ____/____/____

Nome da Mãe (se homônimo): _____

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Código: FO. HSJ. CC . 001

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 0708533909202080100. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 07085339-09.2020.8.01.0001 e código 27590D7.



FORMULÁRIO

RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Horário de Entrada na URPA: 17:45 hs Acompanhado por: _____
 Cirurgia: F. de radio artal + F. umero-humeral Anestesia: Geral + Plexo
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido () Sonolento ☒ Consciente () Torporoso () Desorientado () Comatoso () Agitado
 QUEIXAS: () Dor () Êmese () Náuseas () Frio () Dispnéia
 () Tonturas () Outras. Especificar: _____
 OXIGENOTERAPIA: Faz uso O2: () Sim ☒ Não Litros/Minuto: _____
 Hora de início: _____ hs Hora do término: _____ hs
 CURATIVO: Local: MSE Tipo: Oclusivo / Compressão
 INCONTINÊNCIAS: Hemorragia: () Sim ☒ Não Extremidades: ☒ Aquecidas () Frias () Frias
 IMPORTANTES: () Cianóticas ☒ Perfundidas
 Drenos: () Sim ☒ Não Volume Drenado: _____ Aspecto: _____
 Diurese: () Sim ☒ Não Volume Drenado: _____ Aspecto: _____

SINAIS VITAIS

	15min	30min	45min	60min	1H e 30min	2H
PA	163x102	162x98	168x97	154x96		
FC	58 bpm	57 bpm	56 bpm	59 bpm		
PULSO						
SPO2	99%	100%	100%	100%		
TAX						

ESCALA DE DOR

Total: 0

SAÍDA DA URPA

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 - 36
 Rua Alvorada nº 806 - Besque

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Teófilo
 Teófilo
 (CPF) 922.490



FORMULÁRIO

RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

ITEM	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 O2	Capaz de manter saturação de O2 > 92% respirando em ar ambiente	2	2	2	2	
	Necessita de O2 suplementar para manter saturação O2 > 90%	1				
	Saturação de O2 < 90% mesmo com O2 suplementar	0				
OP De 08 a 10 pontos, paciente apto para alta		TOTAL				

DATA E HORÁRIO DE LIBERAÇÃO

29/11/19 19:00 HS

CARIMBO E ASSINATURA DO ANESTESISTA

CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO

Márcio Coelho Rodrigues
CORINTIANS 405.771

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

PA: 150 x 90 mm.
G: 100 ml, 41 mmHg

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 07085390920208010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590D7.

FORMULÁRIO		CONTROLE DE DÉBITO DE SALA - MATERIAL DE ALTO CUSTO			
Paciente: <u>Surgono</u>	<u>ferreire silveira</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 rádio distal + esternotomia</u>	Cirurgião: <u>D. J. J. J.</u>				
Medicamentos	Quant.	Código de Barras	Medicamentos	Quant.	Código de Barras
ALBUMINA HUMANA 20% /50ML			OCTEOTIDA 0,5 MG/1 ML (SANDOSTATIN)		
DEXMEDETOMIDINA 200MCG/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 (CUROSURF)		
FLUCONAZOL 200 MG/ 100 ML BOLSA (ZOLTEC)			TEICOPLANINA 400 MG (TARGOCID)		
FLUMAZENIL 0,5 MG/0,5 ML (LANEXAT)			TERLIPRESSINA 1 MG/5 ML (GLYPRESSIN)		
IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RH 300MCG/ 2 ML (MATERGAN)					
MEROPENEM 2G (MEROMAX)					
Materiais	Quant.	Código de Barras	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 EDLE			FIO POLIESTER VERDE 2 C/AG DUPLA 17 MM (ETHIBOND)		
CÂNULA BIÓPSIA HEPÁTICA 16X90 MM			FIO POLIPROPILENO AZUL 7 C/AG DUPLA 9,3 MM (PROLENE)		
CATETER DUPLO LUMEN 7 FRX20 CM ADULTO			FIXADOR DE CATETER TEGADERM		
CATETER DUPLO LUMEN 4FRX13 CM PEDIÁTRICO			KIT AGULHA DE PERIDURAL + CATETER DE PERIDURAL N°		
CATETER DUPLO J RABO DE PORCO 6 FR 22/32 CM			KIT CATETER P/ HEMODIÁLISE N°		
CATETER EMBOLECTOMIA (FOGARTY) 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 2 FR/30 CM PEDIÁTRICO			LIGA CLIP VERMELHO PEQUENA		
CATETER VENOSO CENTRAL 4,5 FR/60 CM ADULTO			MANTA P/ INTRAOPERATÓRIO ADULTO		
CPAP NASAL P/ OXIGENIOTERAPIA N°			MANTA P/ INTRAOPERATÓRIO PEDIÁTRICA		
DRENO DE BLAKE 24 FR			RESERVATÓRIO JVC 300 ML		
DRENO DE KHER N°			SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL N°		
DIALISADOR HEMOFLUX F8 POLISULFONA			SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEOSTOMIA N°		
DIU MIRENA (LEVONORGESTREL)			SLING TRANSOBTURATÓRIO HALO OBTRYX II		
DIU OPTIMA (COBRE)			SONDA DOBBHOFF N°		
EQUIPO ARTROSCOPIA 4 VIAS + CAMISA			SURGICEL HEMOSTÁTICO 5,5 X 7,5 CM		
EQUIPO BOMBA ENTERAL			TELA DE MARLEX N°		
EQUIPO BOMBA FOTOSSENSÍVEL			TRANSDUTOR DE PRESSÃO C/TORNEIRA		
EQUIPO BOMBA SIMPLES			TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO N°		
ESPONJA HEMOSTÁTICO 80X125MM (GELFOAM)			TUBO DE VENTILAÇÃO DE SILICONE 1011 CH SHEPARD		
FILTRO BACTERIOLÓGICO ADULTO	1	001350031057	TUBO DE VENTILAÇÃO DE SILICONE 1026 CH APPARELLA		
FILTRO BACTERIOLÓGICO INFANTIL					
FILTRO PARA LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS					
FILTRO PARA LEUCÓCITOS E PLAQUETAS					
FIO DE AÇO 6 C/AG 48 MM CARD (ACIFLEX)					
FIO DE MARCAPASSO DE AÇO 26 MM E RETA 90 MM (CARD)					
FIO DE KIRSCHNER N°					
FIO GUIA HIDROFÍLICO					
FIO NYLON PRETO 8 C/AG DUPLA 6,5 MM OFT (MONONYLON)					
FIO POLIDIOXANONA 3 C/AG 2,6 CM (SURGYCRYL)					
FIO POLIESTER VERDE 5 C/AG 48 MM					



0013500310579

L 837202 30/10/2023

FILTRO BACTERIOLÓGICO GICO C

CRF AC 119

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 07085390920208010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590D7.

FORMULÁRIO CONTROLE DE DÉBITO DE SALA

+ Endone sines Proxenal

Paciente: *Suzana Ferreira Alves* Convênio: *Sus* Data: *29/11/2020* SO: *2*

Cirurgia: *Interno de radio Dento* Anestesia: *V. de Lugo* Anestesia: *Card. + Lugo* Circulante: *Brune*

Cirurgião: *Dr. Lugo* Auxiliar: *Dr. Alves* Instrumentador: *Dr.* Perfusionista:

Entrada: *16:18* Inic. Anest: *16:35* Term. Anest: *-* Inic. Cirurg: *16:58* Term. Cirurg: *17:34*

MATERIAIS	QUANT.	MATERIAIS	QUANT.	MEDICAMENTOS	QUANT.	MEDICAMENTOS	QUANT.
ABOCATE Nº 20	1	GAZE ESTÉRIL	1	AC. EPSILON AMINOC. (EPSILON)		NITROP. SODIO (NIPRIDE)	
ABSORVENTE		INTRACATH Nº		AC. TRANEX. 250MG (TRANSEMIN)		NOREPINEFRINA 8MG (NORADRENALINA)	
AGULHA Nº		LÂMINA DE BISTURI Nº 15	1	ATROPINA 0,50MG (ATROPION)	1	OCITOCINA 5UI	
AGULHA P/ RAQUI Nº 4x12	1	LUVA DE PROCEDIMENTO		AZUL DE METILENO 1%		OMEPAZOL 40MG (OPRAZON)	1
ALGODÃO ORTOPÉDICO		LUVA ESTÉRIL Nº 8,0	1	BICARBON. SÓDIO () ML		ONDASETRONA 8MG (NAUSEDON)	1
APARELHO DE BARBEAR		LUVA ESTÉRIL Nº		BUPIVACAÍNA 0,5% S/V 20ML (NEOCAÍNA)		PAPAVERINA 100MG (HYPOVERIN)	
ATADURA CREPE CM 10	1	MALHA TUBULAR		BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA 0,50% (NEOCAÍNA)		PETIDINA 100MG (DOLANTINA)	
ATADURA GESSADA CM 15	1	POLIFIX 2 VIAS (MULTIVIA)	1	BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% (NEOCAÍNA)		POLIDOCANOL 3% 2ML	
BOLSA COLOSTOMIA		PULSEIRA MÃE E FILHO AZUL		CAPTROPIL 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	1	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 (DOBUTREX)		BERÇO AQUECIDO	
DRENO DE SUÇÃO Nº		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 4	1	EPINEFRINA 1MG (ADRENALINA)		BISTURI BIPOLAR	
DRENO DE TÓRAX Nº		SOLUÇÕES		ESCOPI+DIP. (BUSCOPAN COMPOSTO)		BISTURI MONOPOLAR	1
ELETRODO DESCARTÁVEL	1	ÁGUA DESTILADA INJ 10ML	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) () 5ML	1	CAPNÓGRAFO	
ESPARADRAPO		ÁLCOOL 70% 1000ML	1	FUROSEMIDA 20MG (LASIX)		FURADEIRA	1
EXTENSOR 60CM		CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1000ML	1	GENTAMICINA 80MG (GARAMICINA)		MICROSCÓPIO	
EXTENSOR 120CM		CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1000ML	1	GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10ML		MONITOR CARDÍACO	1
FAIXA DE SMARCH		IOEXOL 300MG (OMNIPAQUE)		HEPARINA SODICA 25.000UI (HEPAMAX S)		NITROGÊNIO	
FRASCO P/ DRENAGEM TORÁCICA		POVIDINE DEGERMANTE 10% 1000ML		HIDRALAZINA 20MG (NEPRESOL)		OXIGÊNIO	
FIO ÁCIDO POLIGLICÓLICO (VICRYL) Nº 3-0	1	POVIDINE TINTURA 10% 1000ML		HIDROCORTIZONA 500MG (SOLU-CORTEF)		OXÍMETRO	1
FIO CAT GUT CROMADO Nº		POVIDINE TOPICO 10% 1000ML		ISOFLURANO 100MG (ISOFORINE)		RAIO-X	
FIO CAT GUT SIMPLES Nº		SORB. + MANIT. 2,7+0,54 % 1000ML (PURISOLE)		ISOSSÓRBIDA (ISORDIL) () MG		RESPIRADOR	
FIO DE CERCLAGEM		SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML		LIDOCAÍNA 2% 20ML C/V (XYLESTESIN)	1	RPA	1
FIO NYLON PRETO Nº 4-0	1	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)		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) () 3ML	1	3ª Alvorada nº 806 - Bosque	
FITA CARDÍACA		SORO RINGER LACTADO 500 ML	1	MISOPROSTOL (PROSTOKS) () MCG			
FITA MICROPORE				MORFINA (DIMORF) () MG			
				NALBUFINA 10MG (NUBAIN)			
				NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE)	1		
				NITROGLICERINA (TRIDIL)			

Assinado com a Original
Hospital Santa Juliana
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36
3ª Alvorada nº 806 - Bosque

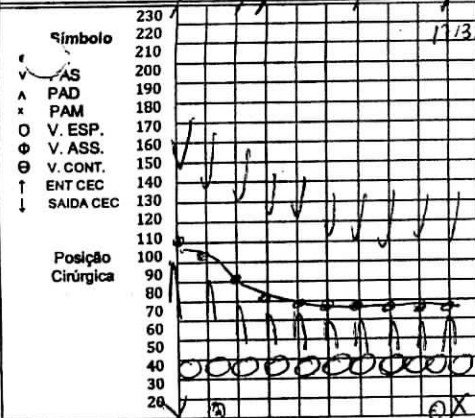
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 07085390920208010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590D7.



ASA	Idade	Sexo	Acomodação	Data:
I	51	F	()Enf. ()Apto ()UTI	29.11.2019

Ventilação

SF0,9% 500ml

 EtCO_2
$$\text{SpO}_2$$


Monitorização

()Cardioscópio
()Oxímetro
()PANI
()Capnógrafo
()TOF
()PAI
()'ros

Acesso venoso:

Anestesia Geral

~~(X)~~ Venossa ~~(X)~~ Balanceada
() Inalatória () Combinada

Medicações/ Dose

☒ Propofol: 100mg
☒ Fentanil: 250mcg
☐ Cisatracúrio:
☒ Rocuronio: 40mg
☐ Etomidato:
☐ Cetamina:
☐ Atracúrio:
☐ Outros:

Sedação

() Consciente () Com Local
() Inconsciente () Sem Local

Medicações/ Dose

(X) Midazolam: 5mg
() Fentanil: _____
(X) Cetamina: 25mg
(X) Precedex: 25mcg
() Nilperidol: _____
() Outros: _____
() **Tubo Orotraqueal N°** _____
() **Filtro Bacteriológico** _____

Outras medicações

- ☒ Cefazolina 2g
- ☒ Dipirona 2g
- ☒ Dexametasona 10mg
- ☒ Ondansetrona 8mg
- ☒ Omeprazol 40mg
- ☐ Tenoxicam 40mg
- ☐ Metoclopramida 10mg
- ☐ Dramin 30mg
- ☒ Cetorolaco 30mg
- ☐ Clonidina 150mg
- ☐ Ocitocina 20UI

(v) ATROPINE

1. λ 1250 1300 1350 1400 1450 1500 1550 1600 1650 1700 1750 1800 1850 1900 1950 2000 2050 2100 2150 2200 2250 2300 2350 2400 2450 2500 2550 2600 2650 2700 2750 2800 2850 2900 2950 3000 3050 3100 3150 3200 3250 3300 3350 3400 3450 3500 3550 3600 3650 3700 3750 3800 3850 3900 3950 4000 4050 4100 4150 4200 4250 4300 4350 4400 4450 4500 4550 4600 4650 4700 4750 4800 4850 4900 4950 5000 5050 5100 5150 5200 5250 5300 5350 5400 5450 5500 5550 5600 5650 5700 5750 5800 5850 5900 5950 6000 6050 6100 6150 6200 6250 6300 6350 6400 6450 6500 6550 6600 6650 6700 6750 6800 6850 6900 6950 7000 7050 7100 7150 7200 7250 7300 7350 7400 7450 7500 7550 7600 7650 7700 7750 7800 7850 7900 7950 8000 8050 8100 8150 8200 8250 8300 8350 8400 8450 8500 8550 8600 8650 8700 8750 8800 8850 8900 8950 9000 9050 9100 9150 9200 9250 9300 9350 9400 9450 9500 9550 9600 9650 9700 9750 9800 9850 9900 9950 10000

Bloqueio de neuroeixo

() Raquianestesia () Simples
() Peridural () Continuo
() Sacral

Punção Local: _____
 () Mediana Agulha: _____
 () Paramediana Tentativas: _____

Líquido cefalorraquidiano

()Claro ()Normotenso
()Turvo ()Hipertenso

Paresthesia

() Presente
() Ausente

Anestésico / Dose

() Bupivacaína pesada _____
() Bupivacaína isobárica _____
() Ropivacaína _____
() Morfina _____
() Fentanil _____

Bloqueio De plexo

() Supraclavicular ~~(X)~~ Axilar
~~(X)~~ Interscalênico () Femoral

Anestésico

2091 1.5% 2076 + 1
Lipo CLV430- 2076

EVENTOS/ANOTAÇÕES/COMPLICAÇÕES:

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

Procedimento Realizado:	OSTEOSSINTETIC MAPED DISTAL
-------------------------	-----------------------------

Equipe cirurgica: FRANCOS + ALVIZO

Anestesiologista: W. R. Z. D. Y. R.

Destino:

☒ RPA () Enfermaria
() Residência () UTI

Código: FO.HSJ.CC.016

Versão 01 Página 1/1



HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, N° 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:

- (X) 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) 99612-8434

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: 09:45

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: ☒ 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 Equipe: () Sim () Não

Assinatura e carimbo do profissional: _____

OBSERVAÇÕES

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

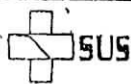
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO

Data: 28/11/19 às 16:50 hs

Assinatura/COREN: _____

Augusto Lima de Oliveira
 Enfermeiro
 COREN - AC 515.785 ENF

Código: FO. HSJ. ENF. 002
 Versão: 002, Página 2 de 2



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERO

2 - CNEB

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HST

4 - CNEB

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Suzana Ferreira da Silva

8 - 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

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

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

material!
peça 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

Intervenção

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - 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 VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ/EMPRESA

43 - CNAB EMPRESA

44 - CDOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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



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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silva Leito: 105-A
 Data: 22/11/19 Prontuário: 56719-2 Data de Nascimento: 01/06/1968
 Nome da Mãe (se homônimo): Elida Ferreira Silva

INFORMAÇÕES DA CIRURGIA

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

AVALIAÇÃO DE RISCOS

ITENS	5	4	3	2	1	
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 perneiras 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	

ITENS	5	4	3	2	1
História de queda até três meses	Não: 0	Sim: 25			
Diagnóstico secundário	Não: 0	Sim: 15			
Deambulação	Normal/res- trito ao leito: 0	Muleta/bengala/ andador: 15	Se apoia nos móveis: 30		
Dispositivo intravenoso	Não: 0	Sim: 20			
Marcha	Normal/im- óvel: 0	Marcha fraca: 10	Marcha prejudicada: 20		
Estado Mental	Orientado para sua capacidade: 0	Esquece suas limitações: 15			
Valores de Referência: sem risco (≤ 24); baixo risco (entre 25-50); alto risco (≥ 51)	TOTAL				

ESCALA DE RISCO

LEVE	MODERADA	INTENSA
0	1	2
3	4	5
6	7	8
9	10	

TOTAL: 0

CATETERES E SONDAS

Cateter Central: ()	Local:
Cateter Periférico ☒	<u>MSD</u>
Sonda Alim.: SNG () SOG () SNE ()	Data: / /
Sonda Vesical: SVD () SVA ()	Data: / /
Drenos:	Data: / /
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: 01/06/68
Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Edla Ferreira Silva

CHECK LIST DA CIRURGIA SEGURA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	ANTES DO PACIENTE ENTRAR NA SALA DE CIRURGIA	ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA OPERATÓRIA
Identificação - Hora: <u>07</u> : <u>50</u> hs	Confirmação - Hora: _____ : _____ hs	Registro - Hora: _____ : _____ hs
Paciente confirmou a identidade: ☒ 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: ☒ Sim () Não	Cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem confirmam verbalmente: Identificação do Paciente: () Sim () Não Procedimento: () Sim () Não Sítio Operatório: () Sim () Não	Registro completo do anestesista, incluindo medicamentos utilizados: () Sim () Não () Não se aplica
Paciente sabe informar qual procedimento será realizado: ☒ Sim. Qual: <u>Rádio</u> () Não. Motivo: _____	Revisão do cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas: () Inexistente () Sim. Qual: _____	Registro completo de enfermagem: () Sim () Não
Sítio cirúrgico demarcado: ☒ Sim () Não	Duração Prevista da Cirurgia: _____ : _____ hs	Venoclise e soro identificados? () Sim () Não () Não se aplica
Presença de prontuário completo: () Sim () Não	Previsão de Perda Sanguínea: () Sim () Não	Sonda vesical fixada: () Sim () Não () Não se aplica
Consentimento assinado: ☒ Sim () Não. Motivo: _____	Revisão do anestesista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente: () Não () Sim. Motivo: _____	A contagem de compressas está correta: () Sim () Não
Presença de Avaliação Pré-Anestésica: ☒ Sim () Não. Motivo: _____	As imagens essenciais estão disponíveis: () Sim () Não	Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental: () Não () Sim. Qual: _____
Carro de anestesia completo, testado e funcional: ☒ 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: _____	Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica: () Com lesão () Sem lesão () Não se aplica Qual lesão: _____
Monitorização testada e funcional: ☒ Sim () Não	A profilaxia antimicrobiana foi realizada: () Sim () Não () Não se aplica	Identificação da amostra de anatomopatológico adequada: () Sim () Não () Não se aplica
Alergias Conhecidas: ☒ Não () Sim. Qual: _____		Observações:
Vias áreas difíceis ou risco de aspiração: ☒ Não () Sim. Equipamento/Assistência disponível		
Risco de perda sanguínea >500ml (07ml/hg em crianças)? ☒ Não () Sim e acesso adequado		
Se sim, há reserva de hemocomponentes? () Sim ☒ Não () Solicitado		
Presença de próteses (dentária ou outras): () Sim ☒ 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 Silva Data de Nascimento: 01/06/68
 Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Elda Ferreira Silva

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- | | |
|---|---|
| ☐ Risco para infecção | ☐ Proteção Ineficaz |
| ☒ Risco de glicemia instável | ☒ Risco de sangramento |
| ☒ Integridade da pele prejudicada | ☐ Risco de desequilíbrio de volume de líquidos |
| ☐ Eliminação urinária prejudicada | ☐ Integridade tissular prejudicada |
| ☐ Mobilidade física prejudicada | ☐ Risco de lesão por posicionamento perioperatório |
| ☐ Padrão respiratório ineficaz | ☒ Risco de queda |
| ☐ Conhecimento deficiente | ☐ Risco de hipotermia perioperatória |
| ☒ Ansiedade | ☐ Dor aguda |
| ☐ Náuseas | ☐ Outros: |

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

APRAZAMENTO

- ☐ Posicionar paciente com alinhamento corporal, usando suporte adequado
- ☒ Aferir e registrar SSVV de 4/4 horas
- ☒ Levantar grades da cama
- ☒ Travar as rodas da maca durante a transferência para o leito
- ☐ Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir
- ☐ Medir e anotar diurese de ___/___ horas
- ☐ Lateralizar a cabeça do paciente se queixa de náusea
- ☒ Monitorar a presença de sinais flogísticos na ferida operatória
- ☐ Posicionar o paciente em decúbito de ___º (graus)
- ☒ Avaliar cor, temperatura e umidade da pele
- ☐ Colocar manta térmica
- ☒ Avaliar condições do curativo
- ☐ Infundir soluções venosas aquecidas
- ☐ Instalar oxigênio em () cateter nasal ou () máscara venturi ___ l/min
- ☐

ROTINA
ATENÇÃO
ATENÇÃO

OIX AO DIA

ANOTAR

08

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Às 08:50h, após a visita ao c.c. para realizar procedimento aos cuidados do 1º ferido. Não há cateter de sedação, cateter e compressivo.

Às 09:00h, para S.O. n.º, para início do procedimento.

Às 09:00h, paciente evolui com sinais vitais normais, sem queixas, encaminhado ao leito, acompanhado da equipe de enfermagem e do c.c. e familiares e provido os cuidados da equipe de enfermagem.

PROBLEMA ATIVO

CONDUTA

META

CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO

Fabíola de Oliveira Barbosa
 Enfermeira
 COREN - AC 473411 - 2

Márcio Coelho Rodrigues
 Enfermeiro
 COREN / AC 505.771

Conferir 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 Silva Leito: 105.A
 Data: 29/10/19 Data de Nascimento: 01/06/1968
 Nome da Mãe (se homônimo): Elida Ferreira Silva

PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO

Procedimento Cirúrgico: Fratura de Rádio Distal + F úmero Proxim Hora: 08 : 50 hs

PA 100 x 60 mmHg FC 88 bpm Tax 38 °C SatO2 97 % Altura 1.60 m Peso: 63 kg

NÍVEL DE CONSCIENTIZAÇÃO: (x) Acordado (x) Lúcido () Desorientado () Torporoso () Comatoso () Sedado

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

ESTADO EMOCIONAL: (x) Ansioso () Tranquilo () Emotivo

CIRURGIA ANTERIORES: () Não (x) Sim Qual:

COMORBIDADES: () HAS () Diabetes Mellitus () Outras: Nega

MEDICAMENTOS EM USO: (x) Não () Sim Qual:

EXAMES: Laboratoriais: (x) Sim () Não Imagem: (v) Sim () Não
 Risco Cirúrgico: () Sim () Não

ALERGIAS: (x) Não () Sim Qual:

PREPARO CIRÚRGICO: 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: ()

ACESSO VASCULAR: Portanto AVP: (x) Sim () Não Bom fluxo: (v) Sim () Não () Não se aplica

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

As 08:50 paciente deu entrada no pré-operatório para submeter-se a tratamento cirúrgico, portando AVP em MSD com bom fluxo. Tec Glaucia Glaucia Aguiar
 COREN/AC 000.760.893

as: 13:30 Realizada a troca de acesso pós o mesmo enfiltar, utilizado o Alacath nº 18 + nº 20 Pós paciente difícil acesso, equipe, múltiplas tentativas e materiais de rotina P/HV.

Raimundo G. Souza
 Téc. Enfermagem
 COREN/AC 011.314.988

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

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ESTADO DO ACRE
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANÇO - HUERB

UNIDADE: _____

RECEITUÁRIO MÉDICO

INFORM

Atesto que a Sra. SUZANA FERNANDA SILVA
sofreu acidente de trânsito no dia 10/11/2019
apresentando fratura cabeça visível (grande tuberosidade) e fratura distal (burrão volar). Foi submetido a cirurgia
ortopedica com placa e parafusos no
radio distal. Trat. cont. no ombro.

Evolui com cicatriz cirúrgica no punho
(face volar), aumento de volume punho
limitação na flexo extensão punho e
redução da força muscular do punho
crânio limitação funcional no ombro.
postura e postura de cabeça
definitiva no MS de 75% e de alta
médica.

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

RBR 19/03/2020

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO

Nº CONSELHO



51 kV
1.16 mA

0.00 mGy*cm²
15.04 µGy

Autowindow



59
60

Arco Cirurgico GE - Hosp Santa Juliana

Medico Francis Kashima
frat.radio

Suzana ferreira silva, -
56719,2
01.05.1968

2/3

29.11.2019
17:20:54



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200126411 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SUZANA FERREIRA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Vida e Previdência S/A-Filial Rio Branco-AC

BENEFICIÁRIO SUZANA FERREIRA SILVA

CPF/CNPJ: 57031118204

Posição em 20-10-2020 16:38:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

03/04/2020 R\$ 7.087,50 R\$ 0,00 R\$ 7.087,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
11/04/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AjwF9pVbzsr5uaK0Hk8ow=:api_key=xv3QU6G4ceJbHm+oZOXCHsphaltsArODn1k5w0OPXMQ=

24/03/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/cLOIfetyLbBZCDUrQW0NuW==/api_key=xv3QU6G4ceJbHm+oZOXCHsphaltsArODn1k5w0OPXMQ=)
------------	------------------------------------	--

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvt/id1375178092?

l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?

id=br.com.seguradoralider.dpvt.plataformadigital)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(https://www.seguradoralider.com.br)

(https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo)
(https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



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: Jarlen Alexandre Martins Ridrigues

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia da 2ª Regional
 Data/Hora do Fato: 10/11/2019

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
 Logradouro: Rua Vereadora Maria Antônia

Bairro: Cidade Do Povo

Ponto de Referência: próximo ao Mercantil G B Santos
 Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SUZANA FERREIRA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

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

RELATO/HISTÓRICO

A vítima/comunicante veio à esta Delegacia para noticiar que no dia, horário e local acima citados, vinha na garupa da moto Yamaha Factor de cor preta de propriedade de sua amiga "Rosa" e que ao manobrar numa curva, dois 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.



Delegado de Polícia Civil: Jarlen Alexandre Martins Ridrigues
 Impresso por: Antonio Batista
 Data de Impressão: 26/12/2019 11:37
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

Agente de Polícia

Matrícula 9933310

Responsável pelo Atendimento

Suzana Ferreira Silva

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Jarlen Alexandre Martins Ridrigues
Impresso por: Antonio Batista
Data de Impressão: 26/12/2019 11:37
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos