



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201971200412
Número Único: 0001329-05.2019.8.25.0036
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 22/04/2019
Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Obrigações - Espécies de Contratos - Sistema Financeiro da Habitação - Seguro

Dados das Partes

Requerente: DAIANE BISPO DOS SANTOS
Endereço: POVOADO CAMPOS
Complemento:
Bairro:
Cidade: ITAPORANGA D'AJUDA - Estado: SE - CEP: 49120000
Advogado(a): FÁBIO CORRÊA RIBEIRO 353/A/SE
Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Endereço: AV. SEN. DANTAS
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emídio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201971200412

DATA:

22/04/2019

MOVIMENTO:

Distribuição

DESCRIÇÃO:

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 201971200412, referente ao protocolo nº 20190422091100653, do dia 22/04/2019, às 09h11min, denominado Procedimento Comum, de Seguro.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim

**EXMO (A) . SR (A) . DR (A) . JUIZ (A) DA VARA DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ITAPORANGA D' AJUDA/SE**

DAIANE BISPO DOS SANTOS, brasileira, maior, capaz, desempregado, não possui e-mail, portador do RG nº 7.089.364-0 SSP/SE, inscrito no CPF sob o nº 078.684.745-05, residente e domiciliado no Povoado Campos, Bairro Zona Rural, número 153, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP. 49120000, por seu advogado in fine assinado, com escritório na Rua Duque de Caxias, nº. 188, Bairro São José, Aracaju/SE, local onde recebe notificações e intimações de estilo, vêm respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DO
SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**

em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, CNPJ n° 09.248.608/0001-04, e-mail: CONTABILIDADE@SEGURADORALIDER.COM.BR, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito a seguir aduzidos.

QUANTO À AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO (CPC, ART. 319, INC. VII)

A parte Autora não opta pela realização de audiência conciliatória (CPC, art. 319, inc. VII).

DOS FATOS

A Autora sofreu um acidente de trânsito em 29/01/2019 às 8h, o que lhe causou diversas escoriações por todo o corpo.

Diante do acidente, a Autora ficou com sequelas, sendo elas: fratura da extremidade superior do cônico (ulna), sendo diagnosticada com CID S52.0, entre outras conforme relatório médico anexo.

Frise-se que, em face do acidente, a Requerente ficou restrito a muitos ramos de atividades, e ainda, impossibilitada de praticar alguns esportes e outras atividades da vida civil, trazendo limitações e sofrimento por toda a vida.

Visto e, relatório médico, a ofendida apresenta limitações para os movimentos do cotovelo esquerdo decorrente da fratura distal de úmero esquerdo após o atropelamento. Nos exames físicos foi apresentado limitações para flexão e extensão do cotovelo esquerdo, não conseguindo pegar peso e realizar atividades laborais, necessitando extremamente da benesse.

Sendo assim, considerando as graves consequências do acidente de trânsito e agravamento das lesões no decorrer do tratamento, que trouxe ainda mais sulcos profundos a sua já sofrida vida, e sem qualquer expectativa de melhora, vem a Juízo pleitear a indenização compensatória.

DO DIREITO

A Lei 6.194/74, alterada pela Lei 11.945/09, dispõe em seu art. 3^a, §1º, inciso II, que "quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais".

ANEXO

Danos Corporais Totais Repercussão na Integra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre	100

deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	Percentuais das Perdas
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo.	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	

O caso do Autor Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos , onde prevê o percentual de 70% do valor total do prêmio securitário.

Conforme se observa nos relatórios médicos acostados, a Demandante sofreu um dano permanente e parcial incompleto de natureza grave, assim, deve-se aplicar o percentual de redução de 75%.

Desta forma, a Autora faz jus à indenização securitária no valor de **R\$ 10.125,00 (dez mil, cento e vinte e cinco reais)**, conforme cálculo abaixo.

$$1) \text{ R\$ } 13.500,00 \times 100\% = \text{R\$ } 13.500,00$$

$$2) \text{ R\$ } 13.500,00 \times 75\% = \text{R\$ } 10.125,00$$

Assim, a Autora tem direito a indenização compensatória no **valor de R\$ 10.125,00 (dez mil, cento e vinte e cinco reais).**

DO PEDIDO

Dante do acima exposto, requer:

1) - a citação VIA POSTAL da Requerida, na pessoa de seu representante legal, no endereço de inicio declinado, para responder aos termos da presente ação, sob os efeitos da revelia e pena de confissão sobre a matéria fática, com as cominações legais;

2) A condenação da Demandada no pagamento da complementação do prêmio do seguro, no valor de **R\$ 10.125,00 (dez mil, cento e vinte e cinco reais)**. Conforme fundamentação supra.

3) A condenação em custas processuais e honorários advocatícios, sendo estes no montante de 20% sobre o valor da condenação, consoante o artigo 20 do Estatuto Processual Civil c/c 133 da CRFB.

REQUER provar o alegado por todos os meios de prova admitidos em direito, especialmente pela produção de prova documental, **pericial**, valendo-se o requerente também das demais provas que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Requer a gratuidade judiciária, por ser pessoa de baixa renda, não tendo condições de arcar com às custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio, conforme art. 98 ao 102 do CPC.

Dá-se a causa o valor de R\$ 10.125,00 (dez mil cento e vinte e cinco reais). Para efeitos fiscais.

Nestes Termos,
Pede e espera deferimento.

Aracaju, 18 de Abril de 2019.

FÁBIO CORRÊA RIBEIRO
OAB/SE 353-A

VOLNANDY JOSÉ MENEZES BRITO
OAB/SE 6.998

CRISPINIANA NASCIMENTO DOS SANTOS
POV CAMPOS, 153 - ALTO DO COELHO
ITAPORANGA DA AJUDA / SE CEP: 49120000 (AG: 620)

Emissão: 05/10/2018 Referência: Out/2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO
Roteiro: 2 - 630 - 760 - 1415 Nº medidor: W5095550326

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGIA SA
Rua Min. Apolinário Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP: 49040-150
CNPJ: 13.017.462/0001-82 Insc. Est: 270.767.498
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N.º 07.386.371
Cód. para Déb. Automático: 00008712683

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	05/10/2018	06/11/2018	023.704.585-00

UC (Unidade Consumidora): 3/871266-3

Canal de contato

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

Anterior	Data	Leitura	Atual	Data	Leitura	Constante		Consumo	Dias
						1	18		
Demonstrativo									
CCN - Descrição	Quantidade	Tarifas	Vl. Base Calc. Ativ. Icms(R\$) Base Calc. PIS(R\$) Cofins(R\$)						
			Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/Cofins(R\$) (0,6671%) (0,0729%)						
0801 Consumo até 30kWh-BR	30.000	0,180040	5,40 0,00 0 0,00 5,40 0,03 0,18						
0801 Adic. B Vermelha			0,54 0,00 0 0,00 0,54 0,00 0,02						
0810 Subsídio			11,84 0,00 0 0,00 11,84 0,08 0,36						
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0899 CREDITO A COMPENSAR 10/2018			-0,37 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00						
0906 Devolução Subsídio			-11,21 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00						

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 0,00 0,00 0,00 17,58 0,11 0,54

Média últimos meses (kWh)

67

VENCIMENTO
15/10/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 0,00

Histórico de Consumo (kWh)

60	78	71	82	87	79	75	74	4	71	86	53
Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Feb/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18

RESERVADO AO FISCO

5729.1c41.3791.0b97.effb.87dc.30f7.ca60.

Indicadores de Qualidade 8/2018 - ITAPORANGA

Limits de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	10,59	3,83
DIC TRIMESTRAL	21,17	NOMINAL
DIC ANUAL	42,34	127
FIC MENSAL	7,59	1,00
FIC TRIMESTRAL	15,19	CONTRATADA
FIC ANUAL	30,39	LIMITE INFERIOR 117
DMIC	5,88	LIMITE SUPERIOR 133
DICRI	16,60	3,83

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energisa/SE	1,94	30,46
Compra de Energia	3,04	47,72
Serviço de Transmissão	0,28	4,40
Encargos Setoriais	0,46	7,22
Impostos Diretos e Encargos	0,65	10,26
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	6,37	100,00

Valor do EUSD (Ref 8/2018) R\$ 0,04

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: O Caso de(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 20/10/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$11,21.
Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.

- Leitura confirmada

Faturas em atraso

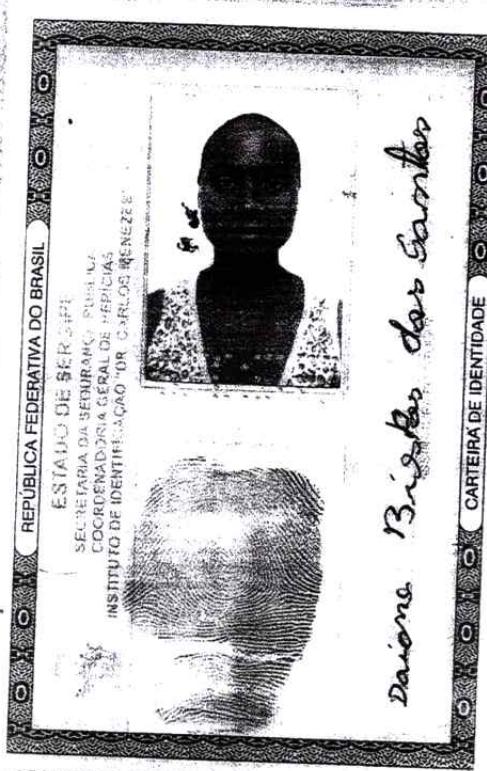
Set/18 14,90

SERGIPE
Roteiro: 2 - 630 - 760 - 1415
Matrícula: 871266-2018-10-2

VENCIMENTO
15/10/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 0,00

FATURA COM VALOR ZERO NÃO É NECESSÁRIO AUTENTICAR
Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 6,37
será lançado na sua próxima conta sem cobrança de multa e juros.
Caso queira receber esta fatura para pagamento, entre em contato com o 0800 da ENERGISA



HOSPITAL
IRURGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Quando Bento das Gárgolas

HOSPITAL
JURIGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

DAIRNE BISPO DOS SANTOS

IDADE:

LEITO:
32 REGISTRO:
1023905 UNIDADE:
ORITÓ PEDIDAS

OTIPO: Caquético Eutrófico Obeso

2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional

3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

INSCÉNIA: Alerta Verbal Doloroso

4-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

5-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

6-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorexíca

9-EVALUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

10-BIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

11 Dor Ar dor Dificuldade Alterações na urina:

20- Encoste-se de quinto sentido, sciouscente, amnéstico, apático
vera boca hidratizada.
o paciente tem o desejo de urinar frequentemente
doce e cinturão o bexiga apertada pela mucidez. Em temporadas
de vez em quando é administrado banho frio para baixar a febre.
o paciente sente alívio após a urinação.

OTIPO: Caquético Eutrófico Obeso

2-COMPANHIA: Desacompanhado Familiar Profissional

3-LOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

INSCÉNIA: Alerta Verbal Doloroso

4-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

5-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

6-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorexíca

9-EVALUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

10-BIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

11 Dor Ar dor Dificuldade Alterações nas fezes:

11 BIURESE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

12-ALTERAÇÕES NAS FEZES: Alterações nas fezes:

13-ALTERAÇÕES NA URINA:

2- Paciente desportivo ando no beto.
o paciente tem sede e tem gula de algas.
o paciente tem ganche oferecido pela madrinha.
o paciente tem sede e bebida preferida para ele.
o paciente tem sede e bebida preferida para ele.
o paciente tem sede e bebida preferida para ele.

HOSPITAL JURURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NAME:

Dai one Biske den Sontos

IDADE: 22 LEITO: ① REGISTRO: 2043905 UNIDADE: 1

1- TIPO: Cauquético <input checked="" type="checkbox"/> Nutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input checked="" type="checkbox"/> Deambula com auxilio	4- IMB: <input type="checkbox"/> Possibilitado
4- SCIENTIA: Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input checked="" type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	7-NUTRIÇÃO: Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero
8-INGESTÃO: vezes	9-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada	10- AR: Normal <input type="checkbox"/> Alterado <input checked="" type="checkbox"/> Ar-oxíco	

9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero		vezes	Alterações nas fezes:		
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> presente: _____ horas		vezes	<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Ardor	<input type="checkbox"/> Dificuldade
Anamnese: _____					
Exame Físico: _____					
Exames complementares: _____					
Diagnóstico: _____					
Tratamento: _____					

HOSPITAL
JURGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Danielle Bispo da Costa
IDADE: 22
LEITO: B*

REGISTRO:
2043905

UNIDADE:
Quarto I

Caquético Eutrófico Obeso

2-COMPANHIA: Descacompanhado Familiar Profissional

3-SOCOMOÇÃO: Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

Náusea Vomito Doloroso

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorexica

7-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

10-DUREZA: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

11-Dor Ardo Dificuldade Alterações na urina:

- Paciente no leito, sem queixa de momento, em uso de apoio NSA anti-inflamatório.
- a. Surpresa, deslumbrado, ansiedade, humor componhido de sombrio.
- b. - Acordou o sol da manhã, desciço pelo nutrição
- c. - Realizou banho de banheira + estética do leito
- d. - Acabou o uso, desciço pela nutrição
- e. - Passeou 30 min de banário, comparece preso ao leito
- f. - Bebeu 8 xírios de água, desciço pela nutrição
- g. - Pôs nogueira bem nos cuidados da enfermagem

TIPO: Caquético Eutrófico Obeso **2-COMPANHIA:** Descacompanhado Familiar Profissional **3-SOCOMOÇÃO:** Deambula Deambula com auxílio Acamado Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: Alerta Alerta Alerta Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

7-NUTRIÇÃO: Oral Enteral Parenteral Zero

7-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

9-EVACUAÇÃO: Sólida Pastosa Líquida Zero

8-INGESTÃO: Aumentada Normal Diminuída Anorexica

7-ORIENTAÇÃO: Orientado Desorientado Confuso Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: Sim Não

10-DUREZA: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes

11-Dor Ardo Dificuldade Alterações na urina:

- Encontrar desgosto, dor, esciamática, anestesia, arrebol em gelo hidroalcoólica.
- 2- Senso de fome e sono queimado.
- 3- Gostava de banana, preferiu banana.
- 4- Gostava de banana, preferiu banana.
- 5- Administrado procedimentos: banho, higiene, higiene bucal, banho de banheira, banho de banheira de família.
- 6- Administrado procedimentos: banho, higiene, higiene bucal, banho de banheira de família.

Painel Rotulado de Enfermagem

Ass.Téc.  CORENSE 11.216

HOSPITAL
IRURGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Draíene Basso dos Santos

IDADE: 22

LEITO: 84

REGISTRO: 1043905

UNIDADE:

000 1

<input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Futrófico <input type="checkbox"/> Obeso	<input type="checkbox"/> 2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	<input type="checkbox"/> 3-LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
<input type="checkbox"/> Iscência: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> 4-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	<input type="checkbox"/> 5-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> 7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> 8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexíca
<input type="checkbox"/> 9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> 10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes
		<input type="checkbox"/> Alterações nas fezes: Paciente só ingeriu água no momento, sem uso de auxílio NSA, hidratante. - Bebeu o café da manhã, saborizado pelo nutricionista. - Realizou banho de copanhoz + estufa do banho. - Adm. profissionalizada no dia, conforme recomendação médica. - Arrepios, dor no abdômen, exacerbação cada vez que beber ou quando sentar. - Pode haver alterações nas fezes: - Paciente só ingeriu água no momento, sem uso de auxílio NSA, hidratante. - Bebeu o café da manhã, saborizado pelo nutricionista. - Realizou banho de copanhoz + estufa do banho. - Adm. profissionalizada no dia, conforme recomendação médica. - Arrepios, dor no abdômen, exacerbação cada vez que beber ou quando sentar.

<input type="checkbox"/> IPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Futrófico <input type="checkbox"/> Obeso	<input type="checkbox"/> 2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	<input type="checkbox"/> 3-LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
<input type="checkbox"/> SCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	<input type="checkbox"/> 4-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	<input type="checkbox"/> 5-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> 7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> 8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexíca
<input type="checkbox"/> 9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> zero	<input type="checkbox"/> vezes	<input type="checkbox"/> 10-DIURESE: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes
		<input type="checkbox"/> Alterações nas fezes: Paciente só ingeriu água no momento, sem uso de auxílio NSA, hidratante. - Bebeu o café da manhã, saborizado pelo nutricionista. - Realizou banho de copanhoz + estufa do banho. - Adm. profissionalizada no dia, conforme recomendação médica. - Arrepios, dor no abdômen, exacerbação cada vez que beber ou quando sentar.

Paciente só ingeriu água no momento, sem uso de auxílio NSA, hidratante.
- Bebeu o café da manhã, saborizado pelo nutricionista.
- Realizou banho de copanhoz + estufa do banho.
- Adm. profissionalizada no dia, conforme recomendação médica.
- Arrepios, dor no abdômen, exacerbação cada vez que beber ou quando sentar.

Assinatura e identificação
P. Tainan
Enfermagem
SE 1038946

Nº	DATA:	FC:	FR:	PA:	T:	M()T()N()	DATA:	FC:	FR:	PA:	T:
	GCS:	RASS:	IMs:	MRC:	NC:	AP:	GCS:	RASS:	IMs:	MRC:	NC:
Sedação:	DVA:	SpO ₂ :				Va:	Sedação:	DVA:			
Modo:	PC:	TI:	VC:			Ventilação	Modo:	PC:	TI:	VC:	
FlO:	PEEP:	IE:	FR:			Mecânica:	FlO:	IE:	FR:		
FlO:	PS:	IE:	FR:			Manit. Venç:	Cest:	PS:			
FlO:	Res:	IRR:				Manit. Venç:	Cest:	CDlin:	Res:		
FlO:	Cdlin:					PROTÓCOLO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE:	() NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4	IRR:			
FlO:	Reava/Respirado:					Reava/Respirado:	() NÍVEL 1 / () NÍVEL 2 / () NÍVEL 3 / () NÍVEL 4				

CONDUÇA: 1) FISIOTERAPIA MOTORA 1) FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

21/5/2012 / P. Horas: () 2 / () 4 / () 6 - FALHOU PRQ?

() EENM	() MRA	() TRE	VNI (Rp):	Tempo:	() TMB	() EENM	() MRA	() TRE	VNI (Rp):	Tempo:	
() Ex. Respir.	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub	() TEP	() EENM	() Transporte	() TMR	() Monit	() Intub	Cicras:
() Posic.	() Cuff	() MAN	() RCP	() Extub	() RPPI	() Posic	() Cuff	() MAN	() RCP	() Extub	
ora: () Passiva	() Ativo-estática	() Ativo	() Resistido		Motora: () Passiva	() Ativo	() Ativo-estática	() Ativo	() Ativo	() Resistivo	
() Sc/Milli pond	() SP	() ORT	() S/L	() ME	() DIA	() SI	() Sc/Milli pond	() SP	() ORT	() S/L	() ME
() P()M()G/()F()E	() IMU () MS	() MP	() AM	() Esv	() Ros	Secreto:	() P()M()G/()F()E	() IMU () MS	() MP	() Am	() Esv
						ROS:					() Ros

Fisioterapeuta/CREFITO

EXAMES REALIZADOS

HORA	RESULTADOS	EXAME	RESULTADOS
pH:	PaO ₂ :	GASO:	PaO ₂ :
pH:	PaCO ₂ :	GASO:	PaCO ₂ :
pH:	PaO ₂ :	RAIO X:	PaCO ₂ :

ENDIMENTOS NO ITINÉRO:

FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA	CONDUÇA: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
ENDIMENTOS NO ITINÉRO:	ENDIMENTOS NO ITINÉRO:

Fisioterapeuta/CREFITO	CONDUÇA: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA
Fisioterapeuta/CREFITO	CONDUÇA: FISIOTERAPIA () MOTORA () RESPIRATÓRIA

FICHA DE EVOLUÇÃO
FISIOTERAPIA

CIRURGIA

Motivação:
LSD:

03:

N.º	DATA: 06.02.19	FC:	FR:	PA:	T:	M()T()N()	DATA: 02/02/19	FC:	FR:	PA:	T:
	GCS:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:		GCS:	RASS:	IMS:	MRC:	NC:
Sedação:	DVA:	DVA:	SpO ₂ :	VAI:	Sedação:						
Modo:	PC:	TI:	VC:	Ventilação	Modo:						
PEO:	PS:	I:E:	Fluxo:	PEO:	PEEP:						
Cast:	Cdlin:	Res:	Sens:	Monit. Vent.	Cast:						
LO DE MOBILIZAÇÃO PRECOCE: () NIVEL 1 / () NIVEL 2 / () NIVEL 3 / () NIVEL 4	IRR:	Pao ₂ /FIO ₂ :	Res:	Monit. Vent.	Cdlin:						
No: PCTC URGENTE: Rouge em ação a decesso											

use BEG

use BEG</

E VOLUÇÃO

HORA

PACIENTE:

MATRÍCULA:

001002 31500 eeu 6500

1078905

IDADE:
92

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

Jho e

— — 6 07

DATA E
HORÁRIO

EVOLUÇÃO

07/02/19

Fratura Segundo fuso do úmero (fragilidade
máxima da ossificação)

SP - Aguaíto Caxias RJ Amanhã

Edvaldo Pacheco
CRM-SE 509
CRM-PB 6708/02/19 P.D. 1400m d.m. com dor no úmero e fixação
em sua articulação inferior.Dr. Antonio L. Lam Arte
Ortopedista - Traumatologista
CRM 2888 COT 6828

08/02/19

02 Setme

09/02/19

↓ Dor intensa

1º DIA da R.F. da fratura surgiu dor no úmero. P. paciente com
dor leve à mobilização. Fd de bom knecto.

Cd = Mts Hosptuer

Dr. Vinícius Sobral
Ortopedista
CRM-SE 5189

HORA

Evolução

03/02/18

Mulher com história de sangramento do nariz
recente. Ela conta o que já reportou
de ter tido crises, apneia, desmaio, perda,
nossa de sentimento.
CD: Agarrar mala de bolar.

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
CRM 12002
CRM / SE 2002
CRM / PI 2002

CD: 09/02/18
Cefalófagia
6h P.M.

04/02/18

PERSISTE / INVERNO DE CORVOZOS, SORVETES
CONDICÕES QUINQUAIS NO HORRORO.

Dr. Antônio E. Lobo Afonso
Traumatologista Ortopedista
CRM 2008 / TEOF 6824

05/02/18

Respira com estufas finas e gotas de suor
este quadro é muito mais intenso
que resses crises, sem dúvida maior,
toda vez.

CD: VPM

- Exames colaborem?

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
CRM 12002
CRM / SE 2002
CRM / PI 2002

PACIENTE:

Henan B. do N.

IDADE:

SERVIÇO:

APTO:

QUARTO:

ENFERM.

LEITO:

CONVÉNIO:

1073405

DATA E
HORA:

EVOLUÇÃO

31/01/19

1º etapa:

MA. Fratura de braço distal e

(7) - Ulna - avançada

Dr. Pa. S. S. 15-1-2019
CRM-SE 5189

01/02 PIZZI / DS. DE FRAURA SUPERCONDROIDS
 NA DO ÚMERO M LAT 3 DIAS, CDT
 GROWER PDRS NO CORVOLO I DISTRIBUIDO
 3d. + 82% CONSIDERADA GUARIDA

REVISÃO MC + 3 D DE CORVOLO
 P/ EXCLUSÃO DE FRATURA E MANDIBULA

Dr. Antônio L. Lam Arcos
 CRM-SE 5224
 CRM-2000

02/02/19

FONTE

- Fratura do úmoro distal (R)

Paciente apresenta diminuição do edema local e já foi feita
 o TC para fratura. Sem alterações.

Col = agudos crônicos

Dr. Vinícius Sobral
 Ortopedista
 CRM-SE 5189

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A) Djalane Bispo dos
Santos

ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADO (A) DE EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

CID: S42.3

ARACAJU - SE 09./02./19...


Dr. Vilmaris Cultural
Ortopedista
CRM-SE 519

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CIRURGIA



RECEITUÁRIO

NOME: Diane Bispo dos Santos

1 - CEPALEXINA 500mg 28 comp.

1 comp. VO 6:00h/12:00h/18:00h/24:00h, durante 7 dias.

✓ 2 - PARACETAMOL 500mg ou DIPIRONA 500mg 28 comp.

1 comp. VO 6:00h/12:00h/18:00h/24:00h durante 7 dias.

3 - NIMESULIDA 100 mg 14 comp.

1 comp. VO 9:00h e 21:00h, durante 7 dias.

* VO 9:00h e 21:00h se dor forte

5 - XARELTO 10 mg 30 comp.

1 comp. VO 8:00h durante 30 dias.

Av. Desembargador Maynard, nº 174. Telefone: 2105-7312. CEP: 49005-210. Aracaju-SE

-0962169





FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: Djalma Bruno dos Santos IDADE: _____

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10: Fratura do úmero (E)

DATA DA CIRURGIA: 08/02/19 CIRURGIÃO: Antônio Lora

DATA DA ALTA HOSPITALAR: 09/02/19

1 - NÂO PISAR, CASO A CIRURGIA TENHA SIDO NO MEMBRO INFERIOR;

2 - MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO;

3 - CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;

4 - TIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE APÓS 15 DIAS DA CIRURGIA;

5 - FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS;

6 - MARCAR RETORNO PARA DR. Antônio Lora, EM 03 DIAS, APÓS ALTA HOSPITALAR, PARA REVISÃO. SE ÓRGÃO DO INSS E ORIENTAÇÕES PELO NÚMERO (79) 213 7200 / 2106 7207

OBS.: CASO OCORRA ALGUMA RECURRENCIA PROCURAR UM SERVIÇO DE URGENCIA MAIS PRÓXIMO, SE POSSÍVEL DO HOSPITAL DE CIRURGIA.

7 - TRAZER O DOCUMENTO DA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).

Dr. Antônio Lora
Ortopedista
CRM-GO 1111



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A) Diane Bispo dos
Santos

ENCONTRA-SE IMPOSSIBILITADO (A) DE EXERCER SUAS ATIVIDADES LABORATIVAS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

CID: S42.3

ARACAJU - SE 09./02./19...


Dr. Antônio Geraldo
Ortopedista
CRM/SE 5148



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Diretoria Técnica – Serviço Social



DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente Diane Bispo da

Santos portador (a) de C.I. nº

7 089.364-0 SSP/SG permaneceu no setor

Ortopédie I, enfermaria B, leito

07 nesta Unidade de Saúde, no período de 31/01/19 a

09/02/19 para ser submetido a procedimento/ tratamento

Laringoscópio.

OBS.: _____

Aracaju, 11 de Fevereiro de 2019

Gilda Andrade
Assistente Social
CRESS 18/SE
2109

Gilda
Assistente Social



NOME DO PACIENTE: Diyane Basso dos Santos

RELATÓRIO

A paciente acima citada apresenta limitação funcional para os movimentos do cotovelo esquerdo decorrente de fratura distal de úmero esquerdo após atropelamento.

A mesma faz submetida a osteossíntese no úmero esquerdo. Ao exame físico apresenta: limitação para flexão e extensão do cotovelo esquerdo, limitação para flexão e abdução do ombro esquerdo. Apresenta cicatriz cirúrgica na região posterior do cotovelo. Refere algas à palpação no cotovelo esquerdo. Não consegue pegar peso e realizar atividades laborais.

CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

REQUISIÇÃO DE EXAME —

NOME: Diane Braga dos Santos

SOLICITO RAIO X Rx de abdômen (3), Ab + p

ARACAJU - SE 09/10/19.

Dr. Vinícius Subtil

Ortopedista

CRM SE 5190





FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: Daiane Rizzo dos Santos IDADE: 16

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10_ Fratura do úmero @

DATA DA CIRURGIA 08/02/19 CIRURGIÃO: Antônio Lôbo

DATA DA ALTA HOSPITALAR 09 / 02 / 19

- 1 - NÂO PISAR, CASO A CIRURGIA TENHA SIDO NO MEMBRO INFERIOR;
 - 2 - MANTER MEMBRO OPERADO ELEVADO;
 - 3 - CURATIVO DIÁRIO NO POSTO DE SAÚDE;
 - 4 - TIRAR OS PONTOS NO POSTO DE SAÚDE APÓS 15 DIAS DA CIRURGIA;
 - 5 - FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
 - 6 - MARCAR RETORNO PARA DE Antônio Lira..... MEMÓ DIAS APÓS ALÉM HOSPITALAR PARA REVISÃO ATENDIMENTO DO INSS E ORIENTAÇÕES PELO NÚMERO (79) 2117200 / 2106 7207

OBS.: CASO OCORRA ALGUMA INTURCORRÊNCIA PROCURAR UM SERVIÇO DE URGÊNCIA MAIS PRÓXIMO, SE POSSÍVEL DO HOSPITAL DE CIRURGIA.

7 - TRAZER FOLHA DE CONSULTA DA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).

[Signature]

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CRURGIA

RECENTUÁRIO

NOME: Daniela Ribeiro dos Santos

1 - CEFALEXINA 500mg 28 comp.

1 comp. VO 6:00h/12:00h/18:00h/24:00h, durante 7 dias.

✓ 2 - PARACETAMOL 500mg ou DIPIRONA 500mg 28 comp.

1 comp. VO 6:00h/12:00h/18:00h/24:00h durante 7 dias.

3 - NIMESULIDA 100 mg 14 comp.

1 comp. VO 9:00h e 21:00h, durante 7 dias.

VO 9:00h e 21:00h se dor forte

5 - XARELTO 10 mg 30 comp.

1 comp. VO 8:00h durante 30 dias.

Av. Desembargador Maynard, nº 174. Telefone: 2106-7312. CEP: 49005-210. Aracaju-SE

09/01/14

E
Fisioterapeuta

VERSÃO: 15.80

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DAUDOS DE AIH - SISAIH01

FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E : M280030801

ESFERA : PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 03 / 2019

DATA : 28/02/2019

Num AIH : 281910014437-7

Situacao : APURADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 03/2019

Data Autorização: 31 / 01 / 2019

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor : M280030801

CRC:

Doc autorizador : 190136126980000

Doc med resp : 206790614650009

Doc diretor clínico : 206790614650009

Doc médico solic : 980016282474154

CNES : 0002283 - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS : 7028014678556-9

Patiente : DAIANE BISPO DOS SANTOS

Prontuário : 1073905

Data Nasc. : 09 / 01 / 1997 Sexo : FEMININO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : Identidade

Doc : 70893640

Responsável pac. : DAIANE BISPO DOS SANTOS

Nome da Mãe : CRISPINIANA NASCIMENTO DOS SANTOS

Endereço : RUA POVOADO CAMPOS Bairro CENTRO

Raça/Cor: 99-SEM INFORMACAO Etnia: 0000-NAO SE APlica

Município : 280320 - ITAPORANGA D'AJUDA

UF : SE CEP : 49120-000

Telefone : (79)9966-24019 Muda Proc.? : SIM

Procedimento solicitado : 04.08.02.039-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Procedimento principal : 04.08.02.038-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA SUPRACONDILIANA DO UMERO

Diag. principal : S424-FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO UMERO

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Obito :

Carater atendimento : 02 - URGENCIA

Modalidade : HOSPITALAR

Data internação : 31 / 01 / 2019

Data saída : 09 / 02 / 2019

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

AIH Anterior :

AIH Posterior :

Liberação SISAIH01 :

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNAER: -

CNPJ do Empregador : /

CBOR: -

Vínculo Previdência :

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor	Nº	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408020385 980016287809073 225270	02601701000159	02601701000159	0002283	10002283	1	1	01/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO
2	0408020385 980016287809073 225151(6)	02601701000159	02601701000159	3359948	3359948	1	1	01/2019	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO
3	0702030830	02601701000159	02601701000159	02601701000159	02601701000159	1	1	01/2019	FIACAM/3 TUBULARES 5MM (INCUTIPARAFUSOS)
4	0301010170 190065103540004 225125	02601701000159	02601701000159	0002283	0002283	1	1	01/2019	CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO
5	0302040029 80016287944507 223605	02601701000159	02601701000159	0002283	0002283	1	1	01/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE
6	0302050019 980016287944507 223635	02601701000159	02601701000159	0002283	0002283	1	1	01/2019	ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	000038636	02.681.701/0001-69		000038636		

VALORES DA PRÉVIA

			Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL	
			Direto		Direto		Rateado			
			Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
03.04.01-CONSULTAS MEDICAS/OUTROS									11,09	
03.02.04-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA		9,34							9,34	
03.02.05-ASSISTENCIA FISIOTERAPEUTICA NAS		12,70							12,70	
04.08.02-MEMBROS SUPERIORES		365,06				40,40	83,18		488,64	
07.02.03-OPM EMORTE EDIA			148,40						148,40	
Total Geral:		387,10	148,40			40,40	94,27		670,17	

CID SECUNDARIO

Cid	Característica	Descrição
V230	ADQURIDO	MOTOCICLISTA TRAUM. EM COL. C/CARRO, PICK-UP OU CAMINHON. - CONDUTOR TRAUM. EM ACID. Ñ-TRANSITO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos : Altas : Transf.: Óbitos :

ANEXO I

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

2 - CNES

0002283

4 - CNES

0002283

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

DAIANE BISPO DOS SANTOS

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702808146785569

8 - DATA DE NASCIMENTO

09/01/1997

9 - SEXO

Masc.

1

Fem.

X 3

6 - N° DO PRONTUÁRIO

1073905

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Crispiniana Nascimento dos Santos

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO FONE
996624019

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

REINAN SANTOS SILVA/MARIDO

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO FONE
999150379

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Povoado CAMPOS SN

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itaporanga D'Ajuda

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

49120970

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Migrânia ligeira EF da coluna C
+ Fadiga muscular

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO (torso)
R + FF

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

R + FF

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fadiga muscular

24 - CID 10 PRINCIPAL

S423

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V093

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Uso de celofane

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080 20393

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Reinan Santos

() CNS

() CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

31/01/19

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080 20393

40 - N° DO CONSELHO

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

F.B.H.C - FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:49075-170

FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR

ATT: gelle.alves

BF-OTTI

ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Não

DATA: 31/01/2019 10:17:40

LEITO: ORT BUZO B07 - Ortopedia I

TIPO: Urgência

CONVENIO: SUS INTERNO

PROFISSIONAL: 4451-PAULO MÁRCIO DE CARVALHO SALOTTI

PACIENTE

CARTÃO SUS: 702808146785569 ✓

ATENDIMENTO: 1073905

NOME: DAIANE BISPO DOS SANTOS ✓

ENDERECO: Povoado CAMPOS SN

Nº: 0

BAIRRO: Centro

UF: SE

CEP: 49120970

CIDADE: Itaporanga D'Ajuda

CPF: 07868474505

FONE: 996624019/999150379

R.G: 70893640

DATA NASC.: 09/01/1997 ✓

IDADE: 22

SEXO: Feminino

EST.CIVIL: Solteiro

PROFISSÃO

NOME DO PAI: Jose Luiz Bispo Santos

NOME DA MAE: Crispiniana Nascimento Santos

RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: REINAN SANTOS SILVA / MARIDO

ENDERECO:

BAIRRO: CIDADE: UF:

DADOS COMPLEMENTARES:

CID: S52.0-Fratura da extremidade superior do cíbito [ulna]

ORIGEM: Itaporanga D'Ajuda

DIAS INTERNAMENTO: 3

PROC.SUS: 040802054-7 Tratamento Cirúrgico De Luxação Ou Fratura-Lux

AIH.:

040802054-7
5424

Cartão de Santos Souza
Mês: 01/2020
Setor: Clínica/FBHC
RX PSL + RJS
3 Fármacos
2 Refeições Têmpos
Até 09-02
União Clínica

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDO DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO :	Nº DO CARTÃO SUS :	Nº DO PRONTUÁRIO
UNIDADE SOLICITANTE FUNDACÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA		CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.000	
NOME DO(A) PACIENTE <i>Daniela Braga da Fonseca</i>		SEXO Masculino	Feminino	
NOME DA MÃE				
ENDEREÇO COMPLETO		MUNICÍPIO EM QUE RESIDE		
DATA DE INTERNAÇÃO	HORA DE INTERNAÇÃO Hs. _____ Min.	CARÁTER <input type="checkbox"/> URG <input type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO
				ENFERM.
				CPF MÉDICO SOLICITANTE

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR | <input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | <input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE |
| <input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS | <input type="checkbox"/> 5 - HEMODINÂMICA | <input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA |
| <input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL | <input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO |

<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2	QTDE
<input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4	QTDE
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS				

<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0608020385</i>	<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS	<input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANT
<input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE	<i>5424</i>	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) <i>Carlos Alberto Ferreira</i> Médico CRM-861	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)	DATA DA SOLICITAÇÃO <i>01/02/19</i>
--	---	--

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

*Relevante crise aguda frustante se fazem am
dilatadas do cíngulo encefálico.
Sintomas favoráveis de procedimento*

EXAMES COMPLEMENTARES

*Radiografia
Cintagma.*

TRATAMENTO

Cintagma.

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Dr. Camylla Soares Teixeira CRM 4055

DESCRÍÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

17/02/19

AUTORIZADO

MOTIVO DA REJEIÇÃO

 SIM NÃO

DATA DA REJEIÇÃO OU REJEIÇÃO

MÉDICO SUPERVISOR
(ASSINATURA / CARIMBO)MÉDICO AUTORIZADOR
(ASSINATURA / CARIMBO)

CPF / MÉDICO

ORTOPLAN SERGIPE LTDA

AV.RIO BRANCO-EDF.OVIEDO TEIXEIRA -S.813, 186 --
CENTRO, Aracaju, SE - CEP: 49010030

DANFE
Documento Auxiliar da Nota
Fiscal Eletrônica

0 - Entrada
1 - Saída

1

Nº 000.038.636

SÉRIE: 3

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

2819 0202 6817 0100 0169 5500 3000 0386 3610 0000 0000

Consulta de autenticidade no portal nacional da
NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site
da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
S102-VENDA MERCANTIL

INSCRIÇÃO ESTADUAL
270975853

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ
02.681.701/0001-69

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

328190001575013 - 11/02/2019 11:49

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA	13.016.332/0001-06	11/02/2019
ENDERECO AV: DESEMBARGADOR MAYNAUD, 174, 0 -	Bairro/Distrito CIRURGIA	CEP 49055-170
MUNICÍPIO Aracaju	FONE/FAX	UF SE

FATURA

/ Num.: 38636 / V. Orig.: 176,11 / V. Desc.: 0,00 / V. Liq.: 176,11

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	176,11
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	LNF	CNPJ/CPF
ORTOPLAN SERGIPE LTDA	3-Remetente Próprio				02.681.701/0001-69
ENDERECO AV.RIO BRANCO, 186-EDF.OV.TEIXEIRA S/817	MUNICÍPIO Aracaju			UF SE	INSCRIÇÃO ESTADUAL 270975853
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
2102-042	PF CORT 3,5X24MM IOL	90211020	040	5102	UND	2,0000	15,2300	30,46					
40103500260	META BIO INDUSTRIAL LTDA Cod.: 7446 Anvisa: 80034760005 Lote(s): 59538-2,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	2,0000	15,2300	30,46					
40103500243	PF CORT 3,5X26MM IOL	90211020	040	5102	UND	1,0000	15,2300	15,23					
40144100599	IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7583 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 587918-2,000-V. INDETERMIN	90211020	040	5102	UND	1,0000	27,7100	27,71	0702030724 - Nas Paga				
40205100058	PF ESP 4,0X50MM R CURTA IOL	90211020	040	5102	UND	1,0000	72,2500	72,25	0702030830				
	IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7978 Simpro: 0084546 Anvisa: 10223680059 Lote(s): 672218-1,000-V. INDETERMIN												
	PL RETA 1/4 TUBO PEQ FRAG 05F IOL	90211020	040	5102	UND	1,0000	72,2500	72,25	0702030830				
	IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7980 Simpro: 0084562 Anvisa: 1022368010 Lote(s): 220518-1,000-V. INDETERMIN												

CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

003863603 12.08.2019 176,11 CÓDIGO R.O.P.M:07.02.03.083-0,07.02.03.072-4 (1).

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
Duplicata - Num.: 001, Venc.: 12/08/2019, Valor: 176,11 Vendedor: IVO LEAL, Pedido: 060402, Pedido Cliente: , Ordem: 03, Hospital: FUNDACAO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Medico: ANTONIC LARA, Paciente: DAIANE BISPO DOS SANTOS, Id: , Frontuario: 1073905, Dt Cirurgia: 08.08.2019, AIH: , Convenio: SUS, Procedimento: , Msq ICMS: 040/SENTO DE ICMS CF	

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

SERVÍCIO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Djaine B. Jo V. IDADE: 22 SEXO: F) M() LETTO/UNIDADE: B4
DATA: 31/01/19 DATA DA FRATURA: 01/01/19 DATA DA CIRURGIA: 08/01/19 (Dr. KM)
RUA: José Bonifácio

		1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO	
		07:00 AS 13:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1.	DUTTA				
2.	GEICO HIDROUSADO.				
3.	CEFALOTONA 1G EV 6/6H OU CEFACOLINA 1G EV 8/8H.				
4.	PRONA 02ML +08ML AD EV 6/6H.				
5.	GLICEMIA 100MG +400ML SF 0,9% EV 12/12H.				
6.	TRAMAL 100MG + 1GML SF 0,9% EV 12/12H.				
7.	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000U SC 12/12H.				
8.	RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS				
9.	FLASH 1 AMPOLA EV 8/8H.				
10.	SÓNDA VESICAL DE ALÍVIO				
11.	GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.				
12.	INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:				
13.	200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI				
14.	GLICOSE 25MG VO SE P&S>180mmHg OU P&D>110mmHg				
15.	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA				
16.	CURATIVO VÁRIO				
17.	CCGG+SSW 6/6H.				
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO	
06	120 x 70	36,38	30		
12					
18					

~~Syndicat des Entrepreneurs de l'Automobile~~

D
Denise Rinalda Ribeiro
Enfermeira
ELEN-SF 377065

Data: 01/01/93 Convênio: DUB Matriúla: 1073905
Paciente: DARLENE BESPO SANTOS Idade: 22
Internada em: 31/01/93 Unidade: OTTO I Leito: B7

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Item	Descrição	Distriuição de horário			Requisição de Enfermagem	
		1º Turno	2º Turno	3º Turno	Ass.	Quant.
1	Repouso absoluto					
2	Dieta livre					
3	Soro fisiológico 1000 ml E.V. 20 gotas por minuto	10	W.W.	10	Joelio	10
4	Cefalotina 01 gr E.V. de 6/6 horas.	5/6	W.W.	5/6	Kaue	5/6
5	Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.	5/6	W.W.	5/6	Kaue	5/6
6	Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12hrs	08	W.W.	08	Denise	12/12 hrs.
7	Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.	08	W.W.	08	Denise	6/6 hrs.
8	Cuidados gerais.					

Dr. Antônio E. Luto Arce
Assistente: Denise Ribeiro
CRM: FEOT 6824

Joelio F. Gonçalves
CRM: FEOT 91310

Ribeiro
Denise Ribeiro
Esterneira
COEN-SF-37706

Recebimento da Farmácia:
Hora: _____ Funcionário: _____
Entrega na Unidade:
Hora: _____ Funcionário: _____

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Diane Bispo dos Santos
DATA: 02/02/14 DATA INTERNAMENTO: 31/01/14 DATA DA FRATURA: 29/10/14 DATA DA CIRURGIA: 28/02/14 (Dr. Jônathônio Ribeiro)

IDADE: 22 SEXO: F () M () LETTO/UNIDADE: B07

LEITO/UNIDADE: 348

CIRURGIA

		1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
		07:00 AS 13:00 <u>3/10</u>	13:00 AS 19:00 <u>6m 120</u>	19:00 AS 07:00 <u>11</u>
1.	DIETA	VO <u>líquido</u>		
2.	GELCO HIDROLISADO.			
3.	CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. (SUSP)			
4.	DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H. (SUSP)			
5.	PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H. (SUSP)			
6.	RAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.			
7.	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS. 000UI SC 12/12H.			
8.	RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS			
9.	PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8H	SOS		
10.	SONDA VESICAL DE ALÍVIO	SOS		
11.	GLICEMIA CAPILAR DE 5/6H.			
	INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMÁ:			
	200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.	SOS		
	12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70MG/DL	SOS		
	13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PÁD > 110mmHg	SOS		
14.	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.			
15.	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.			
16.	GGGG+SSW 6/6H.			
16.CURATIVO DIÁRIO				
17.	Precetamol 500 mg VO 8/8h			
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
06				
12				
18				
24				

Assinatura: Paula
Data: 20/02/14
CRM: 10000
COREN: 0010348
Tec. de Enfermagem: Paula
Assinatura: Paula
Data: 20/02/14
CRM: 10000
COREN: 0010348

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Flávio Bento DATA INTERNAMENTO: 31/07/14 DATA DA FRATURA: 31/07/14 IDADE: 29 SEXO: M MATRÍCULA: 1073905 UND: B3 DATA DA CIRURGIA: 08/08/14 (Dr. José Antônio Lemos)

		1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO
		07:00 AS 13:00 <u>Jesusum</u>	13:00 AS 19:00 <u>Jesusum</u>	19:00 AS 07:00 <u>Jesusum</u>
1. DIETA.	<u>Vó Cura</u>			
2. GELCO HIDROLISADO.				
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.				
4. DIFERONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H SOSOS				
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H				
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SOSOS				
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS 5.000UI SC 12/12H.				
8. RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.				
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8 H				
10. SONDA VESICAL DE ALIVIO SOS.	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>	<u>SOS</u>
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:				
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.				
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS				
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg SOS				
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.				
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.				
16. CCGG+SSV 6/6H.				
16. CURATIVO DIÁRIO				
17. <u>Recomendação</u> 500cc Vó & O/Ag		<u>X</u>	<u>X</u>	<u>X</u>
18.		<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>
19.		<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>
20.		<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>
21.		<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>
22.		<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>
23.		<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>	<u>Apposta</u>
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	PULSO	
06				
12				
18				
24				

Yonara Rezende Santa RC
CORRN.SF 06477 - E1

HOSPITAL DE CLÍNICAS
“DR. AUGUSTO LEITE”

Nome: EDDIE CONVENTO **Nº de Inscrição:** 2043905
Pai: EDDIE BASSO **Mãe:** EDDIE BASSO **Idade:** 22
Informações: 31/10/19 **Linha de Produção:** 1000

Rechungen der Farmacia

Hora: Funcionário
Entrega na Unidade:
Hora: Funcionário



**FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

NAME:

DATA: 05/02/19 DATA INTERNAMENTO: 31/10/2021

PRESCRIÇÃO MÉDICA

६
४

		1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO			
		07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA.	C/0 C/peix						
2. GELCO HIDROLISSADO.							
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	(Susp)	Susp					
4. DIFIRONA 02ML+08ML AD EV 6/6H SOSOS	SOS						
5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.	SOS						
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H SOSOS	SOS						
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINA 5.000UI SC 12/12H.	SUSP						
8. RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.	(Susp)						
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8H							
10. SONDA VESICAL DE ALÍVIO SOS.	SOS						
11. Glicemias Capilar de 6/6H.	SOS						
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:							
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.							
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS	SOS						
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg	SOS						
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.	SOS						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.							
16. CCGG+SSW 6/6H.							
16. CURATIVO DIÁRIO	SOS						
17.							
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO			
06							
12							
18							
24							

Sagebrushes to Ocotilla
CORPORATE 360, 110 - ENF

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

B7

NOME: *Rosana G... do Santo*
 DATA: *01/02/14* DATA INTERNAMENTO: *31/01/14*

IDADE: *27* SEXO: F) IM: *103905* UND: *04875*

DATA DA FRATURA: *29/01/14* DATA DA CIRURGIA: *03/02/14* (Dr. *J. P. Fonseca*)

	1º DIETA	1º TURNO 07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	2º TURNO ASSINATURA	19:00 AS 07:00	3º TURNO ASSINATURA
1.	<i>VO Cury</i>						
2.	GELCO HIDROLISADO.						
3.	CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.						
4.	DIFÍRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.SOSOS						
5.	PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.						
6.	TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.						
7.	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS 5.000UI SC 12/12H						
8.	RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.						
9.	PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H						
10.	SONDA VESICAL DE ALÍVIO SOS.	SOS					
11.	GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.						
12.	GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GUICOSE < 70 MG/DL SOS						
13.	CAPTOPRIL 25MG VO SE PASS>180mmHg OU PAD>110mmHg SOS						
14.	MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15.	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16.	CCGG-SSW 6/6H.						
17.	CURATIVO DIÁRIO						
18.							
19.							
20.							
21.							
22.							
23.							
HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO			
06	128 x 82			82			
12							
18							
24							

Joseleice de Andrade

Técnico de Enfermagem

Edson da Rosa Nunes

Maria Rodrigues de Oliveira
 CORENSE 55110-ENE

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÉNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:
DATA:

DATA INTERNAMENTO: DATA DA FRATURA:

IDADE: SEXO: F () M () MATRÍCULA: UND: Ortop. Trauma

DATA DA CIRURGIA:

Dr. Antonio Tba

B7

	1º TURNO	2º TURNO	3º TURNO			
	07:00 AS 13:00	ASSINATURA	13:00 AS 19:00	ASSINATURA	19:00 AS 07:00	ASSINATURA
1. DIETA.	V.C.I.D					
2. GELCO HIDROLISADO.						
3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.	(Sup)	SUSP				
4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.SOSOS	SOS					
5. PROFEND 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.						
6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.SOSOS						
7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS.000UI SC 12/12H.	(Sup)	SOS				
8. RANTIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H.						
9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8 H	SOS					
10. SONDA VESICAL DE ALIVIO SOS.	SOS					
11. GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H.						
INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:						
200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI.						
12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL SOS	SOS					
13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>180mmHg OU PAD>110mmHg SOS	SOS					
14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.						
15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.						
16. CCGG+SSVV 6/6H.						
16. CURATIVO DIÁRIO						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						
23.						

HORÁRIO	PA (mmHg)	GLICEMIA (mg/dl)	T(°C)	PULSO
05	110/70			
12				
18	100/70			

Siglas Rotineiras de Oficina
CORRENTE 10-ENF

Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
COPACABANA 489400



"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 03/02/19 Convênio: DUD Matrícula: 10478905
Paciente: SAKAWA BISPO

СВЕДЕНИЯ

MORNING

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOM:

Dai one bisso dos sonhos

IDADE: 22 LÉITO: 2 REGISTRO: 1043905 UNIDADE: Mato G.

-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar	-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso	-PROFISSIONAL: <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio	-INACESSÍVEL: <input type="checkbox"/> Deambula
-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	-5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	-7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral	-8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal	-9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Zero
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	11-Presente: _____ vezess	12-Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	13-Alterações na urina:	

100 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, sem uso de AUP ou HS.
 100 - Sedento, comido, satisfeita, orientado, orientado, com somnia de jantar -
 100 - Realizou café da manhã, desceu do piso, sentiu sono.
 20 - Realizou banho de espuma + esténcia do bico -
 20 - Acordou às 06:00, orientado pela enfermeira -
 20 - Apresentou TUV de hérnia, conforme apresentação médica com
 10 - Acidente o dia mes o, orientado pela enfermeira
 0 - Pôr de que bem os cuidados da equipe de enfermagem

-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar	-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	-PROFISSIONAL: <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio	-INACESSÍVEL: <input type="checkbox"/> Deambula
-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	-5-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	-7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral	-8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal	-9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input checked="" type="checkbox"/> Zero
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezess	11-Presente: _____ vezess	12-Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	13-Alterações na urina:	

0 - Em contraste de humor, abatida, afelhia -
 2 - gelo hidratado -
 0 - farinjicado -
 0 - Alergias -
 0 - Admireis traçado

CRF/PR/SE 41.216
Assinatura é identificação
Pasta de Enfermagem

Assinatura é identificação
Pasta de Enfermagem



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: Raíme Bento de Sá

NUMERO DE INTERNAMENTO: 1073903

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Cist摘除

CIRURGIÃO: Dr. Autônio Soárez

ENFERMEIRO: Jordane

CIRCULANTE DE SALA: Leristone

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Fabrício Autunes

INSTRUMENTADOR: Guilherme

DATA: 08/02/19

SAALA CIRÚRGICA: 06

GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES

turpame e.0

LOTES

~~V = 02-02-19~~

INTEGRAPH
Steri-Tec ISO/TYPE 5
LOT: 171101

lot=09

pette e.e.

~~V = 14-02-19~~

~~E = 07/02/19~~

~~L = 14-02-19~~

~~V = 14-02-19~~

COLABORADORES: Cafemelros João e Silvânia
desde 27/06/2016

Obs.: permanecer junto ao prontuário

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

Nº DO LAUDÓ DE AIH	SEQUÊNCIA	Nº DO LAUDÓ DE ALTO CUSTO:	Nº DO CARTÃO SUS:	Nº DO PRONTUÁRIO
--------------------	-----------	----------------------------	-------------------	------------------

UNIDADE SOLICITANTE FUNDACAO BENEFICIENTE HOSPITAL DE CIRURGIA	CÓDIGO DA UNIDADE 0002283	CGC 13.016.332.0001-06
---	------------------------------	---------------------------

NOVO DEDICATÉ	DATA NECESSIDADE
---------------	------------------

NOVA DA MÃE	DATA NECESSIDADE
-------------	------------------

RESPIRADOR. nascimento de Santos	tempo
----------------------------------	-------

ENDEREÇO COMPLETO Pereira Compe	DATA DE INTERNAÇÃO 31/01/19	HORA DE INTERNAÇÃO 96 Min.	CARÁTER <input type="checkbox"/> URG <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA	TIPO	NÚMERO DO LEITO	ENFERM.	CPF MÉDICO SOLICITANTE
------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	---	------	-----------------	---------	------------------------

TIPO DE SOLICITAÇÃO

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - PERMANÊNCIA A MAIOR | <input type="checkbox"/> 4 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA | <input type="checkbox"/> 7 - DIÁLISE |
| <input type="checkbox"/> 2 - MEDICAMENTOS ESPECIAIS | <input type="checkbox"/> 5 - RENODINÂMICA | <input type="checkbox"/> 8 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA |
| <input type="checkbox"/> 3 - NUTRIÇÃO PARENTERAL | <input type="checkbox"/> 6 - DIÁRIA DE RECÉM NASCIDO | |

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

<input type="checkbox"/> 9 - HEMODERIVADOS	<input type="checkbox"/> 12 - UTI II	PROCEDIMENTO 1	QTDE	PROCEDIMENTO 2	QTDE
<input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE	<input type="checkbox"/> 13 - UTI III	PROCEDIMENTO 3	QTDE	PROCEDIMENTO 4	QTDE
<input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLO	<input type="checkbox"/> 14 - OUTROS				

<input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI	QTDE	<input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO		QTDE	<input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5
<input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH	<input type="checkbox"/> 22 - CUIDADOS PROLONGADOS	QTDE	<input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE

<input type="checkbox"/> 22 - PSQUIATRIA	<input type="checkbox"/> 23 - CUIDADO DE ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE	QTDE	<input type="checkbox"/> 25 - REabilitação	QTDE
		QTDE		QTDE

MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO)	DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO)	DATA DA SOLICITAÇÃO
---	---	---------------------

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO

Os. Vlaco S/S tuberculose 3-S-
 Os. Vlaco conf. col 3-S-
 Os. Vlaco Gvuloso 4-S-

EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

DESCRICAÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO

AUTORIZADO

 SIM NÃOMOTIVO DA SOLICITAÇÃO
Dr. Coimbra Góes Tavares
Auditória Médica - CRM 4065

DATA DA SOLICITAÇÃO

15/01/19

REVISADA

15/01/19

APROVADA

15/01/19

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
Hospital de Clínicas “Dr Augusto Leite”

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Javane Basso de santo Matrícula: 1073905
Enfermaria: _____ Convênio: Sis
Diagnóstico: Dermagia difuso card. Visceral
Procedimento realizado: Red-cri. cf. Excreta
Data da utilização: 08/02/19

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: D. Antônio L. P. Ribeiro CRM: 2508 Dr. Antonio L.
CRM-PE Traumatologista

Dr. Antonio E. Lora Arce
Ortopedia - Traumatología
CRM 2008 - TEOT 682

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
01	Flote 3/3 tubular	3.s-
05	Funda des. cot 3-s-	
01	Funda estandar 4-s-	
	9 7 f 7	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: *João Pedro* **CNPJ:** _____
Carimbos assinatura:

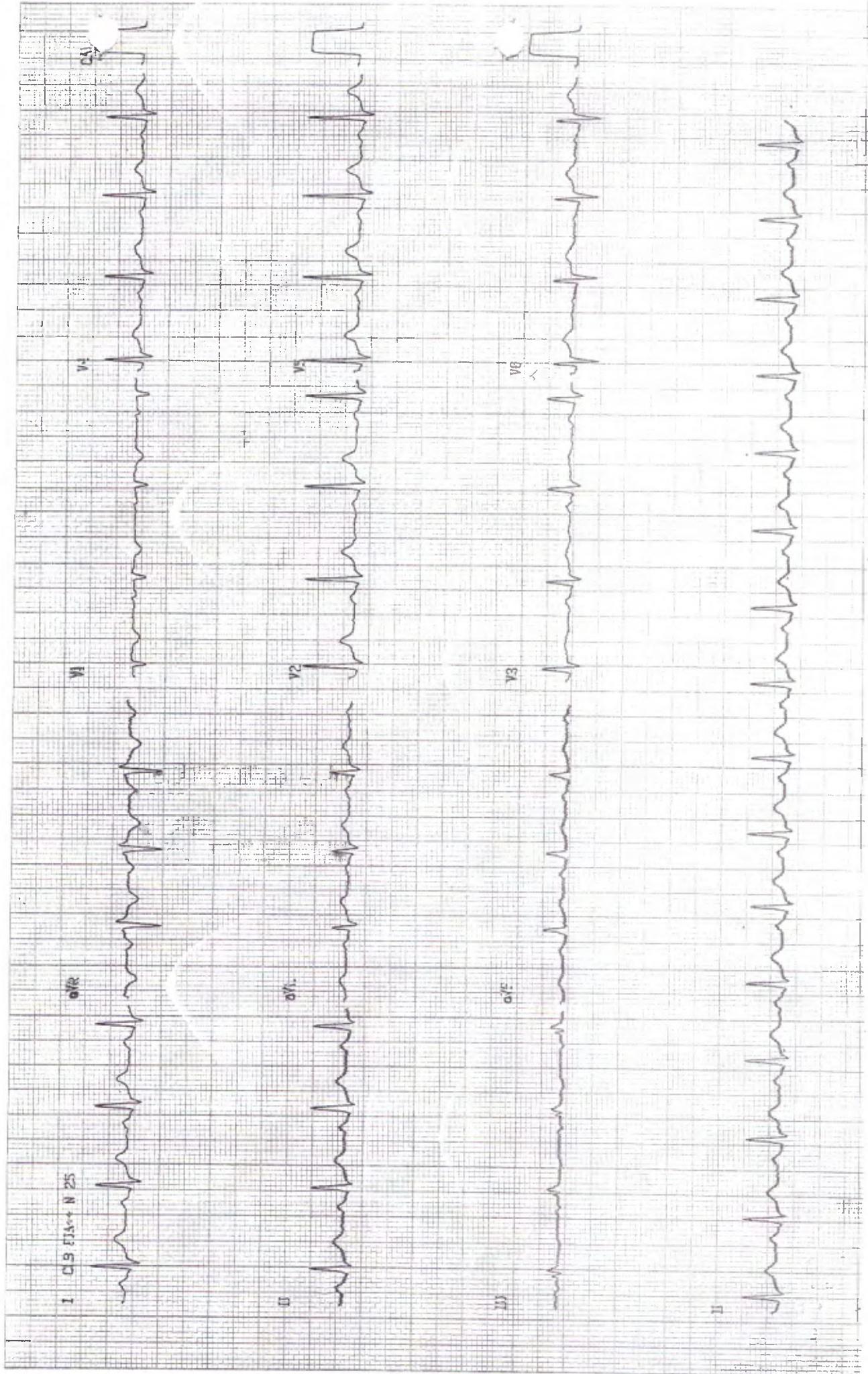
CONTROLE DA FARMÁCIA

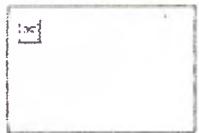
Data do recebimento: _____ / _____ / _____
Farmacêutico: _____

1º via - Prontuário

2^a via – Fornecedor

3^a via - Farmácia





B7

Atendimento 1073905
 Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
 Tp.Atend Internamento
 Endereço Povoado CAMPOS SN
 Cidade
 Sexo: Feminina
 Leito ORT BUZO B07-Ortopedia I

Convênio Sus Interno
 Med.Sol: Paulo Márcio De Carvalho Saletti
 Belíssimo:
 Telefone: 996624019/999150379
 Idade: 22 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 05/02/2019 09:21

Material: Sangue Total
 Método: Automatizado

ERITROGRAMA

A) Eritrocitos: 3,78 milh./mm³

B) Hemoglobina: 11,6 g/dl

C) Hematócrito: 36,3 %

Referência

Homem: Mulher

4.0 - 5.5 4.0 - 5.0

Homem: Mulher

13.0 - 17.0 12.0 - 16.0

Homem: Mulher

40 - 50 35 - 47

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M: 96,03 fl 82 - 96

B) H.C.M: 30,69 pg 26 - 34

C) C.H.C.M: 31,96 g/dl 30 - 35

D) R.D.W: 8,5 % 10 - 15

LEUCOGRAMA

A) Leucócitos(global): 7.600 mm³ 5.000 a 10.000/mm³

B) Contagem diferencial: % /mm³ 40 a 70 1.600 a 7.300

Segmentados: 68,3% 5190,8

Eosinófilos: 07,9% 600,4

Basófilos: 00,2% 15,2

Linfócitos: 17,5% 1330,0

Monócitos: 06,1% 463,8

PLAQUETAS: 137.000 /mm³ 150.000 a 400.000/mm³

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
 Biomédica
 CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos
 Biomédica
 CRBM 0948

Anne Regina P.C.Carvalho
 Biomédica
 CRBM 0776

Marina Lira Santana
 Biomédica
 CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
 Biomédica
 CRBM 2860

Diego Mancarenhas Nascimento
 Biomédico
 CRBM 2796

Jaqueleine Licia dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

Raíton Rocha de Araújo
 Júnior
 Biomédico
 CRBM 7909

Lançamento dos Resultados de Exame



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
Laboratório

Data: 05/02/2019
Hora: 17:02

Atendimento 1073905

Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Afend Internamento
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminino
Leito ORT BUZO 807 -Ortopedia I

Convênio Sus Intimo
Med.Sol: Paulo MÁrcio De Carvalho Salotti
Bairro:
Telefone: 996624019/999150379
Idade: 22 anos

SÓDIO

Data Coleta: 05/02/2019 09:21

Material: Soro
Método: Seletivo

Resultado

139 mmol/L

Referência

Normal: 135 a 145 mmol/L

UREIA

Data Coleta: 05/02/2019 09:21

Material: Soro
Método: Enzimático Colorimétrico

RESULTADO

41 mg/dl

Referência

Adulto: 17 - 43 mg/dl
Criança: 11 - 45 mg/dl

Mônica Ribeiro de Oliveira, Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948

Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795

Jaqueleine Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2275

Rafilton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909



Atendimento 1073905
Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Atend Internamento
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminino
Leito ORT BUZO B07-Ortopedia I

Convênio Sus Interno
Med.Sol: Paula MÁrcio De Carvalho Salotti
Bairro:
Telefone: 996624019/999150379
Idade: 22 anos

GLICEMIA

Data Coleta: 05/02/2019 09:21

Material: Sangue Capilar
Metodo: Glicosímetro

Resultado	1,37 mg/dl	Referência
		60 a 99 mg/dl

POTÁSSIO

Data Coleta: 05/02/2019 09:11

Material: Soro
Metodo: Ion Seletivo

Resultado	4,2 mmol/L	Referência
		3,5 a 5,5 mmol/L

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948

Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

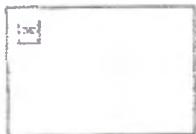
Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédica
CRBM 2795

Jaqueleine Ucia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909



Atendimento 1073905
Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Atend Internamento
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminino
Leito ORT BUCC B07-Ortopedia I

Convênio Sus Interno
Med.Sol: Paula MÁrcia De Carvalho Salotti
Bairro:
Telefone: 996624019/999150379
Idade: 22 anos

CLORETO

Data Coleta:05/02/2019 09:21

Material:Soro
Metodo:Ion Seletivo**RESULTADO**: 102 mmol/l**Referência**
96 - 105 mmol/l**CREATININA**

Data Coleta:05/02/2019 09:21

Material:Soro
Metodo:Cinenco**RESULTADO**: 0,95 mg/dl**Referência**
H: 0,2 - 1,3 mg/dl
M: 0,6 - 1,1 mg/dlMônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anne Regina P C Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaquealine Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

*Laboratório*

Atendimento	1073855	Data	31/01/2019 09:31
Nome	DAIANE BISPO DOS SANTOS	Convênio	Sus
Tp.Atend	Urgência	Med.Sol:	
Endereço	Povoado CAMPOS SN	Bairro:	
Cidade		Telefone:	996624019/999150379
Sexo:	Feminino	Idade:	22 anos

CREATININA

Data Coleta:31/01/2019 09:39

Material: Soro
Metodo: Cinetico**RESULTADO**: 1,04 mg/dl**Referência**
H: 0,8 - 1,3 mg/dl
M: 0,6 - 1,1 mg/dl**GLICEMIA**

Data Coleta:31/01/2019 09:39

Material: Sangue Capilar
Metodo: Glicosímetro**Resultado**: 94 mg/dl**Referência**
60 a 99 mg/dl.**UREIA**

Data Coleta:31/01/2019 09:39

Material: Soro
Metodo: Enzimático Colorimétrico**RESULTADO**: 16 mg/dl**Referência**
Adulto: 17 - 43 mg/dl
Criança: 11 - 45 mg/dlMônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

*Laboratório*

Atendimento	1073855	Data	31/01/2019 09:31
Nome	DAIANE BISPO DOS SANTOS	Convênio Sus	
Tp.Atend	Urgência	Med.Sol:	
Endereço	Povoado CAMPOS SN	Bairro:	
Cidade		Telefone:	996624019/999150379
Sexo:	Feminino	Idade:	22 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Sangue Total
Metodo: Automatizado**ERITROGRAMA**

A) Eritróцитos	3,44 milh./mm ³	Referência
		Homem Mulher
		4.0 - 5.5 4.0 - 5.0
B) Hemoglobina	11,0 g/dl	Homem Mulher
		13.0 - 17.0 12.0 - 16.0
C) Hematócritos	33,1 %	Homem Mulher
		40 - 50 35 - 47

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M	96,22 fl	82 - 95
B) H.C.M	31,98 pg	26 - 34
C) C.H.C.M	33,23 g/dl	30 - 35

LEUCOGRAMA

A) Leucócitos(global)	5.800 mm ³	5.000 a 10.000/mm ³
B) Contagem diferencial	%...../mm ³	
.Segmentados	60,2% 3491,6	40 a 70 1.600 a 7.300
.Eosinófilos	05,0% 290,0	01 a 04 50 a 400
.Basófilos	00,7% 40,5	00 a 02 00 a 200
.Linfócitos	21,6% 1252,8	20 a 50 1000 a 5000
.Monócitos	12,5% 725,0	03 a 10 150 a 1000

PLAQUETAS

A) Valor Encontrado	245.000 /mm ³	150.000 a 400.000/mm ³
---------------------------	--------------------------	-----------------------------------

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909



Laboratório

Atendimento 1073855
Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Atend Urgência
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminino

Data 31/01/2019 09:31
Convênio Sus
Med.Sol:
Bairro:
Telefone: 996624019/999150379
Idade: 22 anos

TEMPO DE PROTOMBINA

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Plasma
Método: Automatizado

		Referência
TEMPO DE PROTOMBINA	13,9	10,0 a 14,0
PROTOMBINA (ATIVIDADE)	89%	70 a 100%
INR	1,11	0,81 a 1,13

VALORES DE RNI RECOMENDADOS PARA O CONTROLE DA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL:

INDICAÇÃO	RNI
Profilaxia de Trombose venosa em pacientes cirúrgicos de alto risco	: 2,0 - 3,0
Prevenção de Trombose venosa profunda	: 2,0 - 3,0
Prevenção de Tromboembolismo	: 2,0 - 3,0
Prevenção de recorrência do embolismo, ou tratamento de pacientes portadores de válvulas cardíacas mecânicas.	: 3,0 - 4,5

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948

Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795

Jaqueleine Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

*Laboratório*

Atendimento 1073855
Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Atend Urgênciia
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminino

Data 31/01/2019 09:31
Convênio Sus
Med.Sol:
Bairro:
Telefone: 996624019/999150379
Idade: 22 anos

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Plasma Citratado
Metodo: Coagulométrico

Tempo de Tromboplastina (TTPA)	30,2 Segundos	Referência
		30 a 40 seg.

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948

Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795

Jaqueleine Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909



Falta Amostra

Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Bj

Data: 3
Hora: 1

Laboratório

Atendimento 1073855
Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Atend Urgência
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminino

Data 31/01/2019 09:31
Convênio Sus
Med.Sol:
Bairro:
Telefone: 996624019/999150379
Idade: 22 anos

CREATININA

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material:Soro
Metodo:Cinético

RESULTADO	1,04 mg/dl	Referência H: 0,9 - 1,3 mg/dl M: 0,6 - 1,1 mg/dl
------------------------	------------	---

GLICEMIA

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Sangue Capilar
Metodo: Glicosímetro

Resultado	94 mg/dl	Referência 60 a 99 mg/dl.
------------------------	----------	-------------------------------------

UREIA

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material:Soro
Metodo:Enzimático Colorimétrico

RESULTADO	16 mg/dl	Referência Adulto: 17 - 43 mg/dl Criança: 11 - 45 mg/dl
------------------------	----------	--

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948

Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795

Jaqueleine Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 3

Hora: 1

Laboratório

Atendimento 1073855
Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Atend Urgênci
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminino

Data 31/01/2019 09:31
Convênio Sus
Med.Sol:
Bairro:
Telefone: 996624019/999150379
Idade: 22 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta:31/01/2019 09:39

Material:Soro
Metodo:Enzimático Colorimétrico**Referência****TEMPO DE PROTOMBINA**

Data Coleta:31/01/2019 09:39

Material:Soro
Metodo:Enzimático Colorimétrico**Referência****TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)**

Data Coleta:31/01/2019 09:39

Material:Soro
Metodo:Enzimático Colorimétrico**Referência**

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
 Biomédica
 CRBM 1986

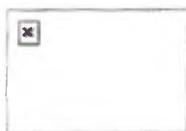
Edna Cristina Souza Santos
 Biomédica
 CRBM 0948

Anne Regina P.C.Carvalho
 Biomédica
 CRBM 0776

Fernanda S. Almeida
 Biomédica
 CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
 Biomédico
 CRBM 2795

Jaqueleine Lícia dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

*Laboratório*

Atendimento	1073855	Data	31/01/2019 09:31
Nome	DAIANE BISPO DOS SANTOS	Convênio Sus	
Tp.Atend	Urgência	Med.Sol:	
Endereço	Povoado CAMPOS SN	Bairro:	
Cidade		Telefone:	996624019/999150379
Sexo:	Feminino	Idade:	22 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Sengue Total
Método: Automatizado**ERITROGRAMA**

A) Eritróцитos	3,44 milh./mm ³	Referência
B) Hemoglobina	11,0 g/dl	Homem Mulher 4.0 - 5.5 4.0 - 5.0
C) Hematócritos	33,1 %	Homem Mulher 13.0 - 17.0 12.0 - 16.0

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M	96,22 fl	82 - 95
B) H.C.M	31,98 pg	26 - 34
C) C.H.C.M	33,23 g/dl	30 - 35

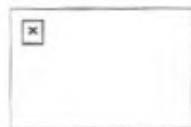
LEUCOGRAMA

A) Leucócitos(global)	5.800 mm ³	5.000 a 10.000/mm ³
B) Contagem diferencial	%...../mm ³	
Segmentados	60.2% 3491.6	40 a 70 1.600 a 7.300
Eosinófilos	05.0% 290.0	01 a 04 50 a 400
Basófilos	00.7% 40.5	00 a 02 00 a 200
Linfócitos	21.6% 1252.8	20 a 50 1000 a 5000
Monócitos	12.5% 725.0	03 a 10 150 a 1000

PLAQUETAS

.Valor Encontrado	245.000 /mm ³	150.000 a 400.000/mm ³
-------------------------	--------------------------	-----------------------------------

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

*Laboratório*

Atendimento	1073855	Data	31/01/2019 09:31
Nome	DAIANE BISPO DOS SANTOS	Convênio Sus	
Tp.Atend	Urgência	Med.Sol:	
Endereço	Povoado CAMPOS SN	Bairro:	
Cidade		Telefone:	996624019/999150379
Sexo:	Feminino	Idade:	22 anos

TEMPO DE PROTOMBINA

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Plasma
Metodo: Automatizado

		Referência
TEMPO DE PROTOMBINA	13,9	10,0 a 14,0
PROTOMBINA (ATIVIDADE)	89%	70 a 100%
INR	1,11	0,81 a 1,13

VALORES DE RNI RECOMENDADOS PARA O CONTROLE DA TERAPIA ANTICOAGULANTE ORAL:

INDICAÇÃO	RNI
Profilaxia de Trombose venosa em pacientes cirúrgicos de alto risco	: 2,0 - 3,0
Prevenção de Trombose venosa profunda	: 2,0 - 3,0
Prevenção de Tromboembolismo	: 2,0 - 3,0
Prevenção de recorrência do embolismo, ou tratamento de pacientes portadores de válvulas cardíacas mecânicas.	: 3,0 - 4,5

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Anne Regina P.C.Carvalho
Biomédica
CRBM 0776Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

*Laboratório*

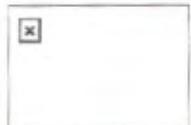
Atendimento	1073855	Data	31/01/2019 09:31
Nome	DAIANE BISPO DOS SANTOS	Convênio	Sus
Tp.Atend	Urgência	Med.Sol:	
Endereço	Povoado CAMPOS SN	Bairro:	
Cidade		Telefone:	996624019/999150379
Sexo:	Feminino	Idade:	22 anos

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTPA)

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Plasma Citratado
Método: Coagulométrico

		Referência
Tempo de Tromboplastina (TTPA)	30,2 Segundos	30 a 40 seg.
Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo Biomédica CRBM 1986	Edna Cristina Souza Santos Biomédica CRBM 0948	Anne Regina P.C.Carvalho Biomédica CRBM 0776
Fernanda S. Almeida Biomédica CRBM 2860	Diego Mascarenhas Nascimento Biomédico CRBM 2795	Jaqueleine Lícia dos Santos Biomédica CRBM 2875
		Railton Rocha de Araújo Júnior Biomédico CRBM 7909

*Laboratório*

Atendimento 1073855
Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Atend Urgência
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminino

Data 31/01/2019 09:31
Convênio Sus
Med.Sol:
Bairro:
Telefone: 996624019/999150379
Idade: 22 anos

CREATININA

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Soro
 Método: Cinético

RESULTADO: 1,04 mg/dl

Referência
 H: 0,9 - 1,3 mg/dl
 M: 0,6 - 1,1 mg/dl

GLICEMIA

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Sengue Capilar
 Método: Glicosímetro

Resultado: 94 mg/dl

Referência
 60 a 99 mg/dl.

UREIA

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Soro
 Método: Enzimático Colorimétrico

RESULTADO: 16 mg/dl

Referência
 Adulto: 17 - 43 mg/dl
 Criança: 11 - 45 mg/dl

Mônica Ribeiro de Oliveira EsmERALDO
 Biomédica
 CRBM 1986

Edna Cristina Souza Santos
 Biomédica
 CRBM 0948

Anne Regina P.C.Carvalho
 Biomédica
 CRBM 0776

Marina Lira Santana
 Biomédica
 CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
 Biomédica
 CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
 Biomédico
 CRBM 2795

JaqueLINE Licia dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
 Júnior
 Biomédico
 CRBM 7909

DUSV E - FBHC - ORTOPEDIA - DAIANE BISPO DOS SANTOS

crl.complexoregulatorio.org <crl.complexoderegulacao@gmail.com>

30 de janeiro de 2019 17:02

Para: REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com>, nirhuse crl <nirhuse.crl@gmail.com>

Boa tarde!

Segue código autorizativo: **RL3001HCEOB7DA3**

Atenciosamente,

Diana Almeida

Médico Regulador

Central de Regulação de Leitos

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

Sistema Interfederativo de Garantia de Acesso Universal - SIGAU

Rede Estadual de Saúde

Atenciosamente,

Médico Regulador

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

A presente mensagem, suas continuações, antecedentes e seus eventuais anexos são de uso privativo e exclusivo de pessoas físicas e/ou jurídicas, entidades e órgãos autorizados pelo COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE e podem conter informações confidenciais e/ou privilegiadas. Fica terminantemente vedado copiar, mostrar, modificar, divulgar ou se beneficiar, mediata ou imediatamente, direta ou indiretamente, destas informações sem a autorização de seus criadores e autores. Caso este e-mail tenha sido recebido por engano, por obséquio, informe o remetente e apague/delete a mensagem imediatamente. O Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe terá e se valerá do direito de pleitear reparação material, moral e de todas as ordens e níveis pelos danos causados pela utilização indevida das informações e de requisitar a aplicação das penalidades cabíveis e previstas na legislação brasileira vigente.

Em qua, 30 de jan de 2019 às 17:02, REGULAÇÃO HC <regulacaohc@gmail.com> escreveu:

Libero leito B7 da orto 1

Em qua, 30 de jan de 2019 às 09:57, crl.complexoregulatorio.org <crl.complexoderegulacao@gmail.com> escreveu:

Bom dia!

Favor avaliar a possibilidade de admissão desta paciente.

Atenciosamente,

Diana Almeida

Médico Regulador

Central de Regulação de Leitos

Complexo Regulatório de Saúde do Estado de Sergipe

Sistema Interfederativo de Garantia de Acesso Universal - SIGAU

Rede Estadual de Saúde

Atenciosamente,

GOVERNO DE SERGIPE
SISTEMA INTERFEDERATIVO DE GARANTIA DE ACESSO UNIVERSAL - SIGAU
COMPLEXO REGULATÓRIO DE SAÚDE DO ESTADO
CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS
DOCUMENTO ÚNICO PARA SOLICITAÇÃO DE VAGAS EM ENFERMARIA-DUSV E

NOME DO PACIENTE:	DAIANE BISPO DOS SANTOS	DATA DE ADMISSÃO:	29/01/19
NOME DA MÃE:	CRISPINIANA NASCIMENTO DOS SANTOS	DATA DE NASCIMENTO:	09/01/97
ENDEREÇO:	POV. CAMPOS	IDADE:	22
CNS:	702808146785569	PLANO DE SAÚDE:	NÃO
NATURALIDADE:	ITAPORANGA D'AJUDA -SE	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	A D'AJUDA
TELEFONE PARA CONTATO:	-79	REGIÃO DE SAÚDE:	

UNIDADE PRODUTIVA:	PRONTO SOCORRO ÁREA AZUL () ÁREA VERDE(X) OUTROS:
--------------------	---

QUEIXA PRINCIPAL E DURAÇÃO:

DOR EM OMBRO ESQ.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO

ANTECEDENTES PESSOAIS E COMORBIDADES:

NÃO

RESUMO DOS RESULTADOS DE EXAMES GRÁFICOS E POR IMAGENS(ANEXAR CÓPIAS DOS RESULTADOS E LAUDOS)

RX + LABORATORIO + ECG

RESUMO DE AVALIAÇÕES DOS ESPECIALISTAS (ANEXAR CÓPIAS DE LAUDOS E/OU AVALIAÇÕES)

FRATURA SUPRACONDILIANA DE UMERO ESQ.

RESUMO DA TERAPÉUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARAMETROS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

p. 73	SPO2	FREQUÊNCIA CARDÍACA	FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	GLICEMIA	UREIA	CREATININA
120x90	99%	84	18	119	27	0.84

Evolução/Prescrição Médica

DATA

31/01/19

NOME: DAIANE BISPO DOS SANTOS

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: FEMININO IDADE: 22

DIAGNÓSTICOS: FRATURA SUPRACONDILIANA DE UMERO ESQ.

Evolução Médica: ALERGICA A DIPIRONA

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	AVP PERVIO	
3	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
4	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h SUSP	
5	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
6	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8/8h	
7	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia SUSP	
8	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	
9	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
10	Insulina regular, conforme glicemia:	
11	<200 = Ø 251 – 300 = 4 U 351 – 400 = 8U	
12	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
13	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
14	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
15	CCGG + SSVV 6h/6h	
16	CURATIVO DIARIO 2X/DIA	
17	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUP	
18	Gentamicina 240mg , EV, 1x/dia SUSP	
19		
20		
p274		
22		

Dr. Antônio Ribeira Chêne
Ortopedia e Traumatologia
03/01/2019

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

30/01/19

NOME: DAIANE BISPO DOS SANTOS

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: FEMININO IDADE: 22

DIAGNÓSTICOS: FRATURA SUPRACONDILIANA DE UMERO ESQ.

EVOLUÇÃO MÉDICA: ALERGICA A DIPIRONA

P.J. em 1. VI. 8 -
61 Anos! 11/01/2019
CRM 311 TEO 715921

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	AVP PERVIO	
3	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06
4	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h SUSP	08
5	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	14 02
6	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8/8h	08 16 24
7	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia SUSP	
8	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos	
9	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
10	Insulina regular, conforme glicemia:	
11	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
12	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
13	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
14	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
15	CCGG + SSVV 6h/6h	
16	CURATIVO DIARIO 2X/DIA	
17	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUP	
18	Gentamicina 240mg , EV, 1x/dia SUSP	
19		
20		
21		
22		

Nome do Paciente: DIONE BISPO DOS SANTOS Idade: 22 Sexo: F

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

~~23/4/19~~ Paciente de sexo feminino de
~~50K~~ 22 anos ~~altura~~ de ~~1,60m~~ ~~peso~~
~~menos~~ ~~sendo~~ ~~70kgs~~ em
~~comida~~ (1)

Alvejante férias ~~suprimento~~ cardíaco
e ósseo ósseo (2)

Alergias à DR.oons

HD: festas supersodadas unid.

(1) inclui o resumo da evolução e os
resultados de exames
físicos e auxiliares
fix controle
algum dia de cura

*Felix Augusto Lopes Lima
Ortopedista-Traumatologista
CRM-SE 233
SP*

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPAN

EQUIPAMENTO 1

Pág Diagrama

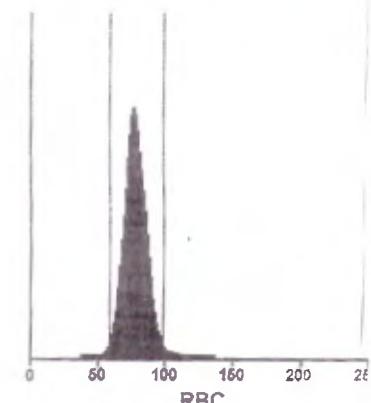
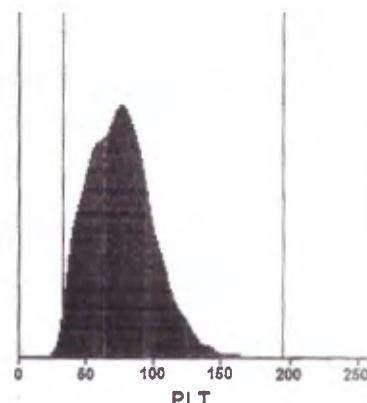
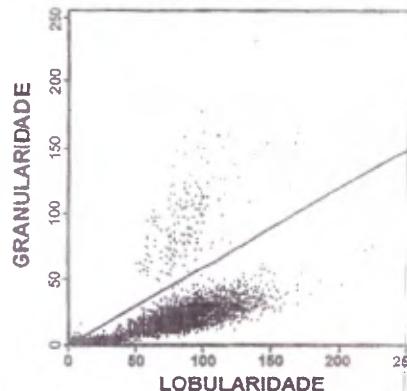
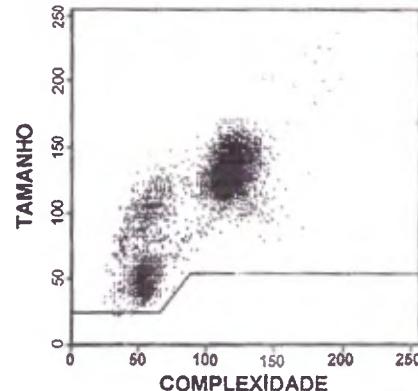
ID Amost No_ID
 Nome Pac DAIANE BISPO DOS SANTOS
 ID Pac VT 1
 Dr.
 Anotação

Tipo Am Patient
 DN Sex Ignorado
 DT/HR Coleta
 Obs 1 Test CBC
 Obs 2 Modo Aberto Param 1
 Limites Padrão (1)

WBC 7.88 10e3/uL
 NEU 5.41 68.6 %
 LYM 1.49 18.9 %
 MONO .686 8.71 %
 EOS .216 2.74 %
 BASO .081 1.03 %

RBC 3.52 10e6/uL
 HGB 11.1 g/dL
 HCT 31.0 %
 MCV 88.2 fL
 MCH 31.6 pg
 MCHC 35.8 g/dL
 RDW 10.0 %

PLT 201. 10e3/uL
 MPV 7.34 fL



DIFERENCIAL MANUAL

MORFOLOGIA HEM

NEU	META	NORMAL	MICRO
BAND	MIELO	PÓLICROM	MACRO
LYM	PRO	HIPOCROM	ANISO
MONO	BLASTO	POIQ	BASOPONT
EOS	LIN VAR	ALVO	
BASO	GRANTOX	ESFERO	NRBC

NOTA

DIF POR DATA

INTERPRETAÇÃO

LEUC

HEM

PLT

ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO :

Anemia

LIM. REF

WBC 4.00-10.0	RBC 4.30-5.90	PLT 140-450.	
NEU 1.60-8.00	40.0-80.0 %	HGB 11.5-15.7	MPV 6.90-10.6
LYM .800-4.00	20.0-40.0 %	HCT 40.0-52.0	
MONO .800-1.00	2.00-10.0 %	MCV 76.0-96.0	
EOS .400-.600	1.00-6.00 %	MCH 27.0-32.0	
BASO 0.00-.200	0.00-1.00 %	MCHC 31.0-36.0	
		RDW 11.0-16.0	

TP = 15,9" 83,6 V, INR - 1,12

TPA = 31,4"

HOSSE-HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
AV.TANCREDO NEVES, S/N, BAIRRO CAPUCHO
TEL.: (079) 3216-2600

Validado

Nome: DAIANE BISPO DOS, SANTOS

Sexo: Feminino

ID do doente: V TRAUMA I

Data nascimento: 09.01.1997

ID da amostra: 36

Data/hora da colheita:

Localização:

Médico:

Ensaios	Resultado	Unidades	Alertas	Intervalo	Data da conclusão	Hora da conclusão
Cl-C	107	mmol/L		98 - 107	29.01.2019	23:01
CREATININA	0.84	mg/dL	CNTL	0.50 - 1.10	29.01.2019	23:05
GLICOSE	119	mg/dL	CNTL, HIGH	70 - 99	29.01.2019	23:01
K-C	3.7	mmol/L		3.5 - 5.1	29.01.2019	23:01
Na-C	136	mmol/L	CNTL	136 - 145	29.01.2019	23:01
UREIA	27	mg/dL		15 - 43	29.01.2019	23:06

Fim do registo da amostra





N Controle: 3920945/2019

Laudo de Ecg

Unidade: Huse - Hospital de Urgência de Sergipe - Aracaju - SE

Hora Chegada: 15:04

Hora Saida: 15:14

Paciente: DAIANE BISPO DOS SANTOS

Idade: 22

Médico: Dr. Luiz César D. Nascimento

Data Exame: 29/01/2019

Registro do Traçado: 01

Ritmo: Sinusal

Frequência Cardiaca: 114 bpm

SÂQRS: 60°

Conclusão: Taquicardia sinusal

**Dr. Luiz Cesar D. Nascimento
Cardiologia – CRM 3445**

Salvador/Bahia, 29 Janeiro 2019

Assinatura Eletrônica

ECG de Repouso

Exame: 1240

Nome: DAIANE BISPO DOS SANTOS

FC 113 bpm

DI 10

DII 10

DIII 10

Reg.Clin.: V.TRAUMA

29.01.2019

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 29/01/2019

Nasc.: 09/01/1997

Vel.: 25 mm/s



PRÉ- OPERATÓRIO ORTOPEDICO

(c) MICROMED Biotecnologia

Ortopedia
C.B.A.F ! New

S/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

NO. DO BE: 1850966

DATA: 29/01/2019 HORA: 08:19 USUARIO: TRSANTOS

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DAIANE BISPO DOS SANTOS
IDADE: 22 ANOS NASC: 09/01/1997
ENDERECO: Povoado CAMPOS
COMPLEMENTO: 702808146785569 BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO: ITAPORANGA D'AJUDA UF: SE CEP: 49120-000
NOME PAI/MAE: JOSE LUIS BISPO SANTOS /CRISPINIANA NASCIMENTO DOS SA
RESPONSAVEL: A MAE TEL.:
PROCEDENCIA: ITAPORANGA D'AJUDA
ATENDIMENTO: VITIMA DE ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC.: 70893640

SEXO: FEMININO

NUMERO:

CEP: 49120-000

TEL.:

TRAUMA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE ELETRO CARDIOGRAMA [] TC
[] LIQUOR [] ECG EXAMEN BUSTO APERTACIONES
DATA: 09/01/19
HORARIO: 08:19

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

DADOS CLINICOS: Alergica a Dipirona DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 09/01/19

Pct vitima de atropelamento há 2h (?) em Itaporanga, trazida pelo SAMU com protocolo. Negó parada de concussao ANOTACOES DA ENFERMAGEM: é mto autotra. Querido-se de dor em maxilo e fô em MSE e clavicular. E.

EF: Dr. Vd. servis. B- inis 47% na set-99

DIAGNOSTICO: K=Bruf. IESP FC=117Bpm D=ECG=45
E=tatur? e m MSE dor apertado pulso socorro
em clavicular maxilo ABP e periferica

PRESCRIÇÃO: HORARIO DA MEDICACAO

Prolenid 100mg + 100ml SFO,9% EU (feita reb)

2mlc suspenSA

AVALIACAO DO BMF

DATA DA SAIDA: / / / HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO APOS PESO] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO CAUSE DE: 09/01/19

EXAMINACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

REALIZADO EM 29/01/19 | 09:37 FERAS

AS TRANSFERENCIA UNIDADE DE SAUDE: []

OBITO: [] ATE 00:00 [] APOS 00:00 [] FASE: 1 [] ANAT. PATO

TECNICO EM RADIOLOGIA: [] CROFIB-4388 - CROFIB 100 OGIA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL: ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

BME: Blaize C/ Oboilec de Don on Refeito lateral

p. 81 DD Crâneo & Face, torax, SBD, sinus do Frotins ou

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite"

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Jacare Bispo de Sa Matrícula: 5273805
 Enfermaria: _____ Convênio: Sus
 Diagnóstico: Fractura de clavícula
 Procedimento realizado: Red. cir. e fixação
 Data da utilização: 08/02/13

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Antônio Lara Arce CRM: 2831 S/ N
 Dr. Antônio E. Lara Arce
 Ortopedista - Traumatologista
 CRM 2831 - T 5824

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	01	Flor 3/3 tubular 3.5-
	05	Fardon lomb. cost 9.5-
	01	Fardon estandar 4.5-

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: artefar CNPJ: _____
 Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: / /
 Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Hospital de Clínicas “Dr Augusto Leite”

Comunicado de Utilização de Órtese, Protese e Material Especial (OPME)

CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Diego Bopp de Souza Matrícula: 1623805

Enfermagem: _____ Convênio: _____

Diagnóstico: Sintomas de hipertensión

Procedimento realizado: Exame de Tirocina

Data da utilização: 20-09-19

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Antônio Luiz CRM: 11.000-0 D.O.: Antônio E. L.
CRM: 00000-0 D.O.: Ortopedista F.C.E.T. 6824

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
	01	Pólo 3/4 tubular - 300
	05	Pólo 3/4 tubular - 200
	01	Pólo 3/4 tubular - 100

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Thiago Souza **CNPJ:** 00.000.000/0001-00

Carimbo classinatura:

CONCORDE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____ / _____ / _____
Farmacêutico: _____

1^º via - Prontuário

2º via - Enviado

3^º via — Farmácia

F B M C

PACIENTE: Diane Bento da Santa

Nº DAAI: 5073905

DATA DA CIRURGIA: 08-02-19

CONVÊNIO: Ser

CIRURGÃO: Dra. Antônio Para

PRONTUÁRIO Nº: 5073905

PROCEDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 020124 :

MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peq. Fragmentos					
Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada	<input type="checkbox"/>	Femur
Placa em T 3,5			Haste Bloqueada Proximal		
Placa A/C Peq. Fragtos 3,5			Parafuso de Bloqueio Proximal para Haste		
Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5			Parafuso de Bloqueio Distal para Haste		
Placa em Trevo 3,5			Parafuso Tampão		
Placa de Reconstrução 3,5			Haste	<input type="checkbox"/>	Ender
			<input type="checkbox"/> Mini Ten		<input type="checkbox"/> Ten
Grandes Fragmentos					
Arruela p/ Parafuso	<input type="checkbox"/> 4,5	<input type="checkbox"/> 6,5	Fixador Tuba Tuba	<input type="checkbox"/>	Tibia
Placa A/C Estreita 4,5			Fixador Linear (Antebraço)		<input type="checkbox"/> Fêmur
Placa A/C Larga 4,5			Fixador Linear (Úmero)		
Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear	<input type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fêmur
Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston	<input type="checkbox"/> Tibia	<input type="checkbox"/> Fêmur
Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston		(Úmero)
Placa em L/T 4,5	<input type="checkbox"/> Direita	<input type="checkbox"/> Esquerda	Fixador Articulado (TP Colles)		
Placa Tipo Puddu	<input type="checkbox"/> Fêmur	<input type="checkbox"/> Tibia	Fixador Ilizarov		
Fra. Colo					
Placa Tubo Richards	<input type="checkbox"/> 95°	<input type="checkbox"/> 135°	Lâmina de Cartilagem		
Parafuso Deslizante			Lâmina de Osso		
Parafuso de Compressão			Equipo p/ Bomba Infusão		
Quadril					
Prótese Thompsom			Equip. Multivias		
Parafuso p/ Acetáculo			Ponteira de Rádiofrequência (Ablator)		
Acetáculo Bipolar			Parafuso Transverso		
Acetáculo N/Cimentado			Parafuso de Interferência		
Acetáculo Cimentado			Agrafe		
Inserto do Acetáculo			Âncora Femural (Endobolon)		
Cabeça Intercambiável			Âncora		
Haste			Câmula		
Restritor de Cimento			Fio de Kirschner		
Joelho			Fio de Steinmann		
Componente Femoral			Fio de Cercagem		
Inserto Tibial			Grampo de Blount		
Base Tibial			Placa Bloqueada 3,5 ()		
Componente Patelar			Placa Bloqueada 4,5 ()		
OPSITE			Placa Titânio () ()		
Cimento Ortopédico			Placa Pedus		
Kit Cimentação					
Campo Cirúrgico					

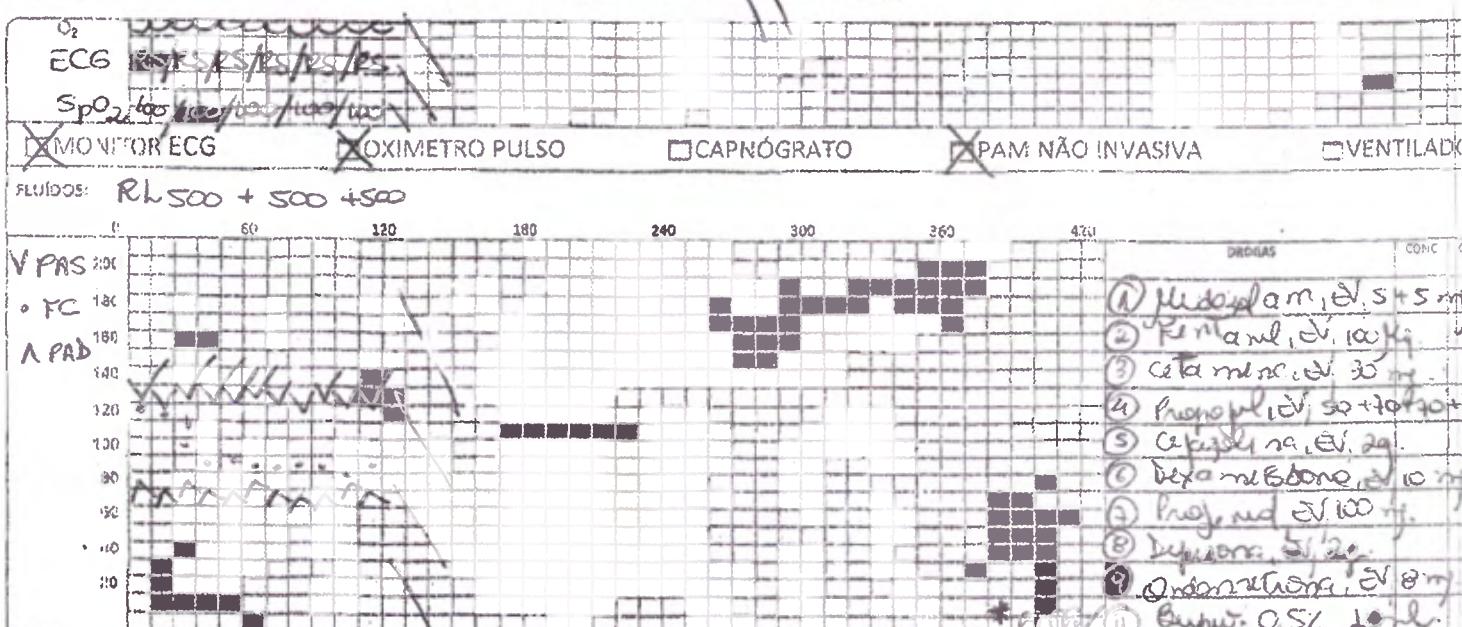
ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	MM	Nº	QTD
PARAFUSO CORTICAL	3,5MM	Nº 722940	QTD 020102	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	MM	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJOSO	4,0MM	Nº 50	QTD 01	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	MM	Nº	QTD
PARAFUSO CORTICAL	4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	MM	Nº	QTD
PARAFUSO MALEOLAR	4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 3,5	MM	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA		Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 4,5	MM	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJ.		Nº	QTD	PARAFUSO AÇO TIT	MM	Nº	QTD

**HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR AUGUSTO LEITE"
FICHA DE ANESTESIA**

DATA: 08 / 02 / 19

PACIENTE:	Danielle Bento de Santos.			MATRÍCULA: 1073905.	CÓNVÉNIO: SUS		
IDADE:	22a	SEXO:	F	COR:	ENF: X		
CIRURGIAO:	Antônio Iara			ANESTESISTA:	Fábio Henrique Dias Pontes.		
1º AUXILIAR:	Marcela (In. T.)			2º AUXILIAR:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fratura supracondilar de umero esquerdo.						
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:	O mesmo.						
CIRURGIA PROPOSTA:	Redução anestésica com fixação.						
CIRURGIA REALIZADA:	A proposta.					CÓDIGO CIRÚRGICO	
PRÉ-MEDICAÇÃO:						HORA: _____	RESULTADO: 1-2-3-4-5-6
INÍCIO DA ANESTESIA 09:00	INÍCIO DA OPERAÇÃO 09:20	ALT DA ANESTESIA	RISCO OPERATÓRIO 1-2-3-4	ESTADO FÍSICO 1-2-3-4-5-6-7			



Dem delitos; quemado; malo el de un auto que ap. E. Nef. (12) led
Monosiglo bocas cont. ruc. JF y remolque en m.s. Juan
nonce; 204: bocanera y arco de 13; antropos de hierro con
siguiente signo de acero; bocanera de plomo bocanera trial de los
esquinas con 160x100 + 160x100 de mallas y se tiene vidrio
de + dura (11x12); se m. intensidad ruedas; O2 sobre 22/min; audacia
se 1900 y dureza 12-4. ATG + intensidad ruedas; Adm + la Sist. c/ P.K. 9/10.

AGENTES ANESTÉSICOS: 1,2,3,4 11-123

TÉCNICA. Budape // Bloqueo de piezo breguet via axilar

INDUÇÃO:	POSIÇÃO: DDH.	LOCAL PUNÇÃO: axilar (blog - petróleo)	LÍQUIDO RETIRADO:
TÉCNICA:	POSIÇÃO APÓS:	POSIÇÃO OPERATORIA:	RESULTADO B.R.M.
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:	DURAÇÃO DA ANESTESIA:		CONSCIÊNCIA:

p 85

St m / nternships

Fábio Antunes
ANESTESIA



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"

RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGÃO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIOLOGISTA:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS

 B. E. / BIPOLAR TRÉPANO ELÉTRICO SERRA ELÉTRICA MICROSCÓPIO CIRÚRGICO FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

1. Marca - Derradeira
2. Colagem dos campos
3. Incisão posterior coroide
4. Localização da protuberância óptica
5. Osteotomia desidratação
6. Ressecção óptica
7. Fixação de placas e próteses
8. Relevo e fixação osteosíntese
9. Fechamento da ferida

DATA

MOD. 042-HCAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

D. Antonio B. LIMA
Ortopedia / Traumatologia
CET-02



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"

RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

MATRÍCULA:

IDADE:

CONVÉNIO:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGÃO:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIOLOGISTA:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EQUIPAMENTOS

 B. E. / BIPOLAR TRÉPANO ELÉTRICO SERRA ELÉTRICA MICROSCÓPIO CIRÚRGICO FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

1. Marca - Derradeira
2. Colagem dos campos
3. Incisão posterior coroide
4. Localização da protuberância óptica
5. Osteotomia desidratação
6. Ressecção óptica
7. Fixação de placas e próteses
8. Relevo e fixação osteosíntese
9. Fechamento da ferida

DATA

MOD. 042-HCAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

D. Antonio B. LIMA
Ortopedia / Traumatologia
Osteosíntese / Artroscopia

NOME DO PACIENTE: Dioniziano Bento do Santos

RECEITUÁRIO

Relatório Médico

Existe na minha carteira médica
uma carta de número 59674, de
1965, expediente da Dr. Rosilene
de Souza, que é médica de Tereza, onde
ela fala que a paciente é de
Itaporanganga e que é filha da Sra.
Maria das Mercês. Rosilene fala
que Tereza tem problemas de
câncer de mama e que o diagnóstico
foi feito em 1965.

Itaporanganga
Sergipe

NOME: **Darlyne Ribeiro dos Santos**

IDADE: **22**

LEITO: **B3**

UNIDADE: **Onco - 2**

SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SÁB
✓	✓	✓	✓	✓	✓

D1 Risco de quedas relacionado à mobilidade física prejudicada.

D2 Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos.

D3 Dor aguda relacionada à ações lesivas evidenciado por relato verbal de dor.

D4 Mobilidade física prejudicada relacionada à intolerância à atividade evidenciada pela amplitude limitada de movimento.

D5 Padrão de sono prejudicado relacionada à imobilização física evidenciado por relatos de ficar acordado.

D6 Integridade da pele prejudicada relacionada à imobilização física evidenciado por rompimento da superfície da pele.

D7 Integridade tissular prejudicada relacionado à mobilidade física prejudicada evidenciado por tecido lesado.

D8

D9

D10

MAÑA	YARDE	ENF. & REF.					
N1	N2	ENF. & REF.					
OBSEVAÇÕES:							
Sergio Ribeiro de Oliveira CORENSE 300-170-1111							

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO	Domingo
	/	05/02	/	/	/	/	/

1 Realizar higiene de decúbito se necessário ao leito

2 Aferir sinais vitais

3 Promover segurança e conforto

4 Realizar higiene oral e corporal do paciente

5 Comunicar sinais de dor

6 Observar sinais de hemorragia no pós-operatório imediato e sinais de infecção

7 Realizar curativos prescritos

8

9

10

11

12

13

14

OBSERVAÇÕES:

ENF. REF.

ENF. REF.

ENF. REF.

ENF. REF.

ENF. REF.



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL D. HENRIQUE
FICHA DE CONSUMO SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: Bruno Bispo dos Santos MATRÍCULA: 1073905 CONVÉNIO: SUS
 CIRURGIA REALIZADA: Frat Vmew DATA: 08/02/19 CIRURGIÃO: Dr. Lucena Lago
 1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
 ANESTESIA: Algozio + sedes ANESTESIOLOGISTA: Dr. Fábio Alves
 CIRGULANTE: _____

MEDICAMENTOS	QNT	
ÁCIDO TRANEXAMICO (TRANSAMIN) 150MG 3ML		NORADRENALINA 8MG/4ML
ÁGUA DESTILADA 10ML		ÓXIDO DE ZINCO + VIT. A e D (HIPOGLOSS) 30G
AMINOFILINA 24MG 10ML		OMEPRAZOL 40MG 10ML
ATRACURIO 25MG 5ML		ONDASTERONA 8MG 4ML
ATROPINA 0,25MG/ML		PANCURONEO 4MG 2ML
BICARBONATO DE SÓDIO 8.4% 10ML		PENTOXIFILINA 100MG 5ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) CASO 1200 00 20ML		PENISULINA G POTASSICA 5000.000UI
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) S\VASO 0.5% 20ML		PROMETAZINA (FENERGAN) 50MG 2ML
BUPIVACAÍNA (NEOCAÍNA) PESADA 0.5% 20ML		RANITIDINA (ANTAK) 50MG 2ML
CAPTOPRIL 25MG COMP.		SUBGALATO DE BISMUTO 30G
CEFALOTINA (KEFLIN) 1G SOL. INJETÁVEL		SUXAMETONEO 100MG FRASCO
CLORPROMAZINA 25MG 5ML		SUXAMETONEO 500MG FRASCO
CEFAZOLINA 1G SOL. INJETÁVEL	01	TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG 1ML
CEFTRIAXONA 1G SOL. INJETÁVEL		VANCOMICINA 50MG/ML
CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ LIOFILO	01	EQUIPAMENTOS
CIPROFLOXACINO 200MG 100ML		APARELHO DE AMESTESIA
CISATRACURIO (NIMBIUM) 10MG 5ML		BISTURI ELETRICO / BIPOLAR
CLINDAMICINA (DALACIM) 600MH/4ML		CAPNÓGRAFO
CLONIDINA SOL. INJETÁVEL		DESFIBRILADOR
CLORETO DE POTÁSSIO 19.1%		ENDOSCÓPIO
CLORETO DE SÓDIO 20% 10ML		ESTRIBO
COLAGENASE 30G BISNAGA		FONTE DE ENERGIA/FIBRA ÓTICA
DESLANOSIDEO 0.4MG/2ML		FOTÓFORO
DEXAMETAZONA 4MG/2.5ML	01	LARINGOSCÓPIO
DICLOFENACO 75MG/ML		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO
DIPIRONA 500MG 2ML		MONITOR CARDIACO
DOBUTAMINA 2.50MG/20ML	02	ÓXIMETRO
ENOXAPARINA 40MG 0.4ML		RAIO X
EPINEFRINA (ADRENALINA) 1MG/ML		RESPIRADOR VOLUMÉTRICO
ETILEFRINA (EFORTIL) 10MG/ML		GASOTERAPIA
HIOSCINA(BLISCOPAM) ESCOPOLAMINA 20MG/ML		AR COMPRIMIDO
INSULINA - NPH 10ML() REGULAR ()		GÁS CARBÔNICO
IMIPINEM + CILASTINA (TIENAM) 500MG/120ML		OXIGÉNIO
IOXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELBRIX)		PROTÓXIDO DE AZOTO
LIDOCAINA S\VASO 1% () 2% ()		VÁCUO
LIDOCAINA 10% SPRAY 50ML		SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME
LIDOCAINA GELEIA (BISNAGA) 30G		ÁGUA DESTILADA 1000ML
LIDOCAINA + EPINEFRINA C\VASO 20ML - 1% () 2% ()		SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML
METOPROLOL 25MG COMP.		SORO RINGER + LACTATO 500ML
METOPROLOL 50MG COMP.		SORO FISIOLOGICO 0.9% 500ML
METRONIDAZOL 500MG 100ML		SORO GLICOSADO 5% 500ML
METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG/2ML		SORO GLUCOFISIOLOGICO 5% 500ML
NEOSTIGMINA 0.5MG/ML		FIOS CIRÚRGICOS
ALGODÃO C\AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		AÇO MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5
ALGODÃO S\AG. Nº () 0 () 2 () 3 () 4 ()		EQUIPO MICROGOTAS-QNT () EQUIPO P\ TRANSFUSÃO-QNT ()
CATGUT CRO.V. C\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	02	EQUIPO AMBAR - QNT ()
CATGT CROM. S\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()		ESPONJA HEMOSTÁTICA SURGICEL
		EXTENSOR (INFUSOR) 2 VIAS
		FRALDA DESCARTÁVEL ADULTO () INFALTIL ()
		IRRIGAFIX 4 VIAS

PACIENTE: _____

MATRÍCULA: _____

CONVÉNIO: _____

CURURGIA REALIZADA: _____

DATA: _____

CIRURGIÃO: _____

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESIOLOGISTA: _____

CIRGULANTE: _____

MONOCRYL 5.0 REF Y844 1.6CM	1-CATH AMARELO () AZUL () VERDE ()	
MONOCRYL 5.0 REF Y495	LÂMINA DE BISTURI Nº 15 () 23 () 24 ()	03
MONOFYL 3.0 C 2 AG. 7.0 CM	LATEX 204 AMARELO () SILICONE ()	
MONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	LUVA ESTERIL 7.0	02
9 () 10 ()	LUVA ESTERIL 7.5	02
POLIESTER (ETIBOND) Nº 0 () 5 ()	LUVA ESTERIL 8.0	01
POLIPROPILENO (PROLENE) Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 ()	PLACA DE BISTURI ELETTRICO	
POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 ()	SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 ()	
VICRYL Nº 0 S\AG.	SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 60ML ()	
CATGUT. SIMPLES C\AG. Nº 1 () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5ML ()	01
CATGUT. SIMPLES S\AG. Nº 10 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()	SERINGA DESCARTAVEL 10ML	02
CERA P\ OSSO	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML	02
ELETRODO DESCARTAVEL P\ MARCAPASSO	SERRA DE GIGLI	
FITA CARDIACA FC 500	SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
KIT CATARATA 3\8 6.5MM REF KB5510	16 () 18 () 20 ()	
LIGA CLIP 100	SONDA CATETER P\ OXIGÊNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 ()	
LIGA CLIP 300	16 ()	
MONOCRYL 0 REF Y967H 3.5CM	SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 0 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	20 ()
MONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM	22 ()	
MONOCRYL 3.0 REF 8450-30	SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 ()	
MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	QNT	
ALGODÃO HIDROFILO	SONDA ENDOTRAQUEAL C\ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 ()	
A CATH Nº 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 ()	
ABAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA)	5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 ()	
AGULHA DESCARTAVEL Nº 13X0.45 () 30 X0.70 () 30X0.80 () 40X0.12	SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	3.5 ()
AGULHA PERIDURAL Nº 16 () 18 () 19 () 20	4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
AGULHA DE RAQUÍ Nº 25 () 27	SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 ()	
ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM() 15CM () 20CM ()	3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 ()	
ATADURA CREPOM 10CM	SONDA GASTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
ATADURA CREPOM 15CM	20 () 22 ()	
ATADURA CREPOM 20CM	SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
ATADURA GEISSADA 10CM () 15CM () 20CM ()	20 ()	
BOLSA DE COLOSTOMIA	SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 ()	
CÂNIULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 ()	20 ()	
CAPA P\ MICROSCÓPIO () CAPA P VIDEO ()	SONDA CATETER TIPO OCULOS	01
COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS	
DRENO DE KERH EM T Nº 12 () 4 () 5 () 6 ()	FRACTIONADOS	QNT
DRENO DE SUCCÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 ()	CAL SOLDADA	
DRENO DE TORAX Nº 28 () 36 ()	ESPARADRAPO COMUM	VOCM
DRENO PENROSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 ()	ESPARADRAPO ANTIALERGICO	
ELETRODO DESCARTAVEL	ETER SULFURICO	0.0100
EQUIPO MACROGOTAS C\ INJETOR LATERAL	FORMOL 10% <i>(comprimidos)</i>	0.0100
ESCOVA PVPI	GORRO TURBANTE	
ESPINHA GELFOAM MEDICINAL	MÁSCARA DESCARTAVEL	
	POLVIDINE TÓPICO	
	POLVIDINE DEGERMANTE	500mg

1- OC : <input type="checkbox"/> Taquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Ofeso <input type="checkbox"/> Científico <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> impossibilitado
4-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	5-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Autorétilico	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não.
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-ALTERAÇÕES NAS FEZES: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> zero vezes	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes <input type="checkbox"/> Alterações nas fezes:
10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	11-DIFCULDADE: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardores <input type="checkbox"/> Dificuldade	12-ALTERAÇÕES NA URINA: _____

10-DIURESE: Ausente: _____ horas [] Presente: _____ vezes
 Dificuldade: Dor Ardor Dificuldade Alterações na urina:
 Paciente no leito em decúbito dorsal, calmo, consciente e em cunicação.
 Paciente no leito sem queixas de dor abdominal, paciente aceitou o banho. Observado: febre 36,5°C, pulso regular, abdômen firme, teto abdominal liso, fundo de diafragma regular, dor menor nas costas.
 Abdomen firme, febre 36,5°C, fundo diafragma regular, dor menor nas costas.
 Sintomas: dor abdominal, febre, dor nas costas.

HOSPITAL
CIRURGIA ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Dionirio Bispo dos Santos

IDADE:

22

LEITO:

0+

REGISTRO:

1043905

UNIDADE:

Intato I

1-BIOTIPO: <input checked="" type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input checked="" type="checkbox"/> Profissional
3-LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso
5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes
11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	12-ALTERAÇÕES NA URINA: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade

100 - Paciente c/o dor de estômago, sem queixas ato o momento, sem uso de AVP ou NSAID.
 00 - Avisou c/ dor da mandíbula, operado pela micturisão.
 00 - Realizou banho no banho + vestiu-se do banho + troca a roupa e limpou o rosto.
 00 - Asistiu o buco, operado pela micturisão.
 00 - Realizou xixi de jejunio, operado pela micturisão.
 00 - Respondeu a perguntas, operado pela micturisão.
 00 - Respondeu bem aos questionamentos da enfermeira de enfermagem.

1-BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional
3-LOCOMOÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado	4-CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso
5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorexico
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes
11-ALTERAÇÕES NAS FEZES: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	12-ALTERAÇÕES NA URINA: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade

O-pct responde bem, sem queixas.
 00 - Pct sente dor de estômago, operado pela micturisão.
 00 - Avisou c/ dor de estômago, operado pela micturisão.
 00 - Respondeu bem aos questionamentos da enfermeira de enfermagem.

PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (Admissão na Sala de Recuperação Pós Anestésica - SRPA)

DISPOSITIVOS EM USO

- CATETER O₂: ____ L/MIN MASCARA O₂ - FIO2: ____ % VMI/TOT - Modo: ____ e FIO2: ____ % VMI/TQT - Modo: ____ e FIO2: ____ % MARCAPASSO
 CATETER VENOSO PERIFÉRICO: ____ CATETER VENOSO CENTRAL: ____ CATETER PERITONEAL: ____ SONDA VESICAL: ____ SONDA GASTRICA/ENTERAL: ____ OSTOMIA
 FRALDA: ____ DRENO SUCCÃO: ____ DRENO PENROSE: ____ DRENO TORÁCICO: ____ DRENO TORÁCICO

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Admissão da SRPA)

SINAIS VIDA

0	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
30	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
60	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
90	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
120	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
150	FR:	rpm	SpO ₂ :	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:

HORARIO: ____ : ____ h.

ASSINATURA:

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Alta da SRPA)

HORARIO: ____ : ____ h.

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA:

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)

Valor 0 30 60 90 120

Atividade Motoria	Capaz de mover os 04 membros	02
	Capaz de mover os 02 membros	01
	Incapaz de mover os membros	0
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02
	Dispneia ou limitação de respiração	01
	Apnéia	0
Circulação	PA 20% do nível pré anestésico	02
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01
	PA 50% do nível pré anestésico	0
Consciência	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02
	Desperta se solicitado	01
	Não responde	0
Saturação	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01
	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0

TOTAL

HORARIO DE ALTA - SRPA

ASSINATURA - ANESTESELOGISTA/CRM:

ASSINATURA - ENFERMEIRO(A) COREN:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Daiene Respe dos Santos
Idade: 22 Sexo: ()M ()F Data de admissão:

Procedência:

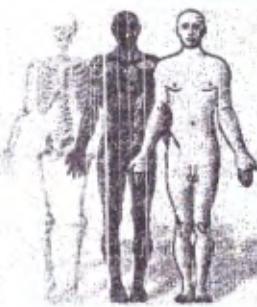
Matrícula:

1073905

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue () SIM () NÃO Volume: Vaga na UTI () SIM () NÃO
 - Preparo: (X) Jejum a partir - HORÁRIO: 22:00 e DATA: ____ / ____ / ____ () Punção venosa periférica
 - Retirar a prótese e adornos: () Prótese dentária () Lente de contato () Jóias () Grampos () Outros:
 - Alergia conhecida: (X) SIM () NÃO () QUAL (IS): *Alergia a aspirina e penicilina*
 - Hábito de vida: Tabagista: () SIM (X) NÃO () TEMPO: _____ Etilista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____
 - Passado cirúrgico: (X) SIM () NÃO () QUAL (IS): *cuid*
 - Doenças atuais: () HAS () ICC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () IRC () ITU () NÃO.
 - Faz uso de medicamento: (X) SIM () NÃO () QUAL (IS): *aspirina, ibuprofeno, paracetamol*

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)



HORARIO: 08 :05 h. paciente adm na SRPA, para submeter-se a procedimento cirúrgico, reis em maré em companhia da equipe de enfermagem, calma, anestesia adequada e conforto. Trabalhando respondendo a solicitação de enfermeiros.

A mesma relata alergia a medicamentos, uropeptina, dramina, faz uso de medicamentos p/ gastrite, colmante Calci-Sal e relatou a nome da médica que faz uso de AVP, p/ U.S.D. hidratada.

~~ASSINATURA~~ Bento José Santo.

COREN 82-1368734 TE

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória – SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: _____
 - Instrumentador: _____
 - Anestesiólogo: _____
 - Circulante: _____

SERVICO DE APOIO

- Hemotransfusão com SO ()SIM () NÃO
 - () 1º Infusão: Volume: _____ Horas: _____
 - () 2º Infusão: Volume: _____ Horas: _____
 - () 3º Infusão : Volume: _____ Horas: _____
 - Anatomopatológico: ()SIM () NÃO
 - () Peça cirúrgica: _____

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: _____ Realizado: _____
 - Horário - Início: _____ h e Término: _____ h.
 - Monitoração:
 ECG Oximetria PANI Pressão invasiva:
 - Técnicas Anestésicas:
 Geral venosa Geral intravenosa
 Geral combinada Peridural com cateter Peridural sem cateter
 Raquianestesia Bloqueio Sedação Local
 - Posição Cirúrgica:
 Dorsal Ventral Ginecológica Lateral D Lateral E
 Outras
 - Local da placa dispersiva:
 - Incisão Cirúrgica - local:
 - Curativo – Tipo e local:

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intervenções)

ASSINATURA:

REGISTRO DE ATENDIMENTO IMEDIATO (Admissão na Sala de Recuperação Pos Anestésica - SRPA)

DISPOSITIVOS EM USO

- CATETER O2: ____ l/min | MÁSCARA O2 - FIO2: ____ % | VMI/TOT - Modo: ____ e HO2: ____ % | VMI/TQT - Modo: ____ e FIO2: ____ % | MARCAPASSO
 CATETER VENOSO PERIFÉRICO | CATETER VENOSO CENTRAL | CATETER PERITONEAL | SONDA VÉGICA | SONDA GASTRICA/ENTERAL | OSTOMIA
 FRALDA | DRENO SUCÇÃO: ____ | DRENO PENROSE: ____ | DRENO TORACICO: ____ | DRENO TORÁTICO

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Admissão da SRPA)

0	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
30	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
60	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
90	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
120	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:
150	FR:	rpm	SpO2:	%	FC:	bpm	PANI:	/	mmhg	Temp.:	°c	DOR:

HORARIO: : : : : : h. paciente adm na SRPA, apesar ato cirúrgico, trevo calma
sem efeitos anestésicos + AVP em uso + Somotropina FC 92, SpO2 98% PA.
segue as cuidados da enfermagem.

Cátia Bitencourt Santos
ASSINATURA

COREN/SE 1358734-TE

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente na Alta da SRPA)

HORARIO: : : : : : h. Paciente recup. alta SRPA para seu
envidade de saída

DESTINO/UNIDADE:

Assinatura: Marqueline Santos Pires
COREN/SE 1358738-TE

MENSURAÇÃO DO ÍNDICE DE ALDRET E KROLIK - IAK

IAK - paciente adulto (valor mínimo para Alta - 08 pontos)		Valor	0	30	60	90	120
Atividade Motora	Capaz de mover os 04 membros	02					
	Capaz de mover os 02 membros	01					
	Incapaz de mover os membros	0					
Respiração	Respira profundamente ou tosse livremente	02					
	Dispneia ou limitação de respiração	01					
Circulação	Apnéia	0					
	PA 20% do nível pré anestésico	02					
	PA 20 - 49% do nível pré anestésico	01					
Consciência	PA 50% do nível pré anestésico	0					
	Lúcido, orientado no tempo e no espaço	02					
	Desperta se solicitado	01					
Saturação	Não responde	0					
	Maior que 92% respirando em ar ambiente	02					
	Maior que 90% com oxigênio suplementar	01					
IAK	Menor que 90% com oxigênio suplementar	0					
		TOTAL					

HORARIO DE ALTA: 09:00

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Silvana Bento Idade: 22 Sexo: ()M ()F Data de admissão: 07/04/09

Procedência: ato buev Matrícula: 1073905
Leito: 13.07

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

- * Confirmar a solicitação: Reserva de Sangue () SIM () NÃO Volume: _____ Vaga na UTI () SIM () NÃO
- * Preparo: () Jejum a partir – HORÁRIO: _____ e DATA: _____ () Puncão venosa periférica
- * Retirada prótese e adornos: () Prótese dentária () Lente de contato () 16 dias () Grampos () Outros:
- * Alergia conhecida: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____
- * Hábito de vida: Tabagista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____ Etílista: () SIM () NÃO () TEMPO: _____
- * Passado cirúrgico: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____
- * Doenças atuais: () HAS () ICC () IAM () AVC () DM () NEO () DPOC () IRC () ITU () NÃO.
- * Faz uso de medicamento: () SIM () NÃO () QUAL (IS): _____

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)



HORÁRIO: : h.

Pac. adm na SRP à acordado consciente verbalizando em uso de gelo sobre picadas.

ASSINATURA:

Tec. Oliveira torres 00044

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória – SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr. Silvana Bento
- Instrumentador: Marcos
- Anestesiologista: Dr. Fabrício
- Circulante: Fernanda

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- * Proposto: _____ Realizado: _____
- * Horário - Início: _____ h e Término: _____ h.
- * Monitoração:
 () ECG () Oximetria () PANIT () Pressão invasiva:
 () Técnicas Anestésicas:
 () Geral venosa () Geral Intravenosa
 () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter
 () Raquianestesia () Bloqueio () Sedação () Local
 * Posição Cirúrgica:
 () Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E
 () Outras _____
 * Local da placa dispersiva: *pr. esquerda*
 * Incisão Cirúrgica - local: _____
 * Curativo - Tipo e local: *coron*

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrelações)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: : h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA-SRP: : h.

Paciente adm na SO para procedimento cirúrgico exmo, exame de cintilação óssea monitorado PA, 106x65 mmHg, FR 79 bpm, SpO₂ 100%. Realizado austero à SO cirúrgica. Paciente encaminhado para SEPA que usou seletivo + se me pronunciou irá se submeter ao cirúrgico.

ASSINATURA:

Oliveira

10/14/09 coran

*ana M. Oliveira Cardoso
coordinadora Clínica
7750*

p. 1

BIOMÉTRICO:		<input type="checkbox"/> Caquético	<input type="checkbox"/> Eutrófico	<input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA:		<input type="checkbox"/> Desacompanhado	<input checked="" type="checkbox"/> Familiar	<input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO:		<input type="checkbox"/> Deambulácia	<input type="checkbox"/> Deambula com auxílio	<input type="checkbox"/> Acamado	<input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado
CONSCIÊNCIA:		<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Verbal	<input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO:		<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Inatessível	6-LESÃO POR PRESSÃO:		<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	
7-NUTRIÇÃO:		<input type="checkbox"/> Oral	<input type="checkbox"/> Enteral	<input type="checkbox"/> Parenteral	<input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO:		<input type="checkbox"/> Aumentada	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diminuída	9-ARÓXEICO				
9-EVACUAÇÃO:		<input type="checkbox"/> Sólida	<input type="checkbox"/> Pastosa	<input type="checkbox"/> Líquida	<input type="checkbox"/> Zero	vezes	vezes								
10-DIURESE:		Ausente:	horas	β	Presente:	vezes		<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Ardar	<input type="checkbox"/> Dificuldade	Alterações na urina:				
07:00	08:00														

Na Pediatria o quadro de infiltração de líquidos é de grande interesse. O resultado da infiltração é sempre o resultado da infiltração. Na Pediatria é mais comum observar infiltrações de líquidos e infiltrações de sangue.

2. *Final total* = *Total sales* + *Total discounts* + *Total taxes*

e (1) Oral (2) Ocular (3) Intima
(1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro

Novo Operatório:

Lança de Decúbito:
Lanção de cabeceira

Maria Ravelo M. Matic
Tec. Especialista
COFEPRIS 81648-1

**HOSPITAL
IRJICIA
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

NOM

NAME: Quame Braga

NOME:	Guanira Búpida das		
IDADE:	—	LEITO:	—
REGISTRO:	1048905		
UNIDADE:	Centro de Saúde		

TÍPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input checked="" type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-SCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso	5-ORIENTAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível	6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Ora <input type="checkbox"/> Enteral <input checked="" type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input checked="" type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxica
10-DURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes	11-DOR: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardo <input type="checkbox"/> Dificuldade	12-ALTERAÇÕES NA URINA: Alterações nas fezes: _____
13-ANAMSE:		
Paciente admitido neste ato procedente da Vilafranca Estação da Guarda, com queixa de dor abdominal constante e intensa, reduzida ao recum, fagocapim, sintomas de incontinencia de enjogo.		
14-EXAME FÍSICO:	15-EXAMES DE SUPORTE:	
16-TRATAMENTO:	17-PROGNÓSTICO:	
18-CONSIDERAÇÕES FINAIS:		
<p style="text-align: right;">Assinatura e identificação Helena Garcia de Faria</p> <p style="text-align: right;">Técnica de Enfermagem</p> <p style="text-align: right;">Tec Enfermagem</p> <p style="text-align: right;">Rapport B de M</p> <p style="text-align: right;">Márcia Rapport B de M</p> <p style="text-align: right;">Cadastrado em 08/08/2018</p>		

Assinatura e identificação
Helena Costa da Silveira
Técnica



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emídio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201971200412

DATA:

22/04/2019

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

{Via Movimentação em Lote nº 201900251}

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emídio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201971200412

DATA:

23/04/2019

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

Intime-se a parte Requerente para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a inicial para acostar aos autos o instrumento de procuração, bem como prova da alega hipossuficiência financeira, sob pena de extinção do feito. Após, tornem conclusos.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
2ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda**

Nº Processo 201971200412 - Número Único: 0001329-05.2019.8.25.0036

Autor: DAIANE BISPO DOS SANTOS

Réu: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

Processo: **201971200412**

DESPACHO

Intime-se a parte Requerente para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a inicial para acostar aos autos o instrumento de procuraçāo, bem como prova da alegada hipossuficiēcia financeira, sob pena de extinção do feito.

Após, tornem conclusos.

Elaine Celina Afra da S. Santos

Juíza de Direito



Documento assinado eletronicamente por **ELAINE CELINA AFRA DA SILVA SANTOS , Juiz(a) de 2ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda, em 23/04/2019, às 13:13:20**, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferêncāa da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019000976391-59**.



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emídio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201971200412

DATA:

14/05/2019

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: FÁBIO CORRÊA RIBEIRO - 353}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 2^a VARA CÍVEL
DE ITAPORANGA/SE**

Processo nº: 201971200412

DAIANE BISPO DOS SANTOS, já devidamente qualificado nos autos do presente processo, vem, à presença de vossa Excelência, informar que a Autora faz parte do programa nacional de assistência, Bolsa Família.

Dante do exposto, resta demonstrada a hipossuficiência da requerente, requerendo assim a concessão da gratuidade de justiça. Por fim, requer a juntada da procuração nos autos.

Nestes termos,
pede e espera deferimento.
Aracaju/SE, 14 de maio de 2019.

FÁBIO CORRÊA RIBEIRO
OAB/SE nº 353-A

PROCURAÇÃO

Nome: <u>DAIAUE Bispo dos SANTOS</u>	
CPF: <u>048.684.745-05</u>	IDENTIDADE: <u>7.089.364-0</u>
Endereço: <u>Rua Alto do Coelho, nº 153 Pov. Campos</u>	
Bairro: <u>ÁREA RURAL</u>	Cidade: <u>ITAPORANGA D'ASUDÁ</u>

Pelo presente instrumento particular de PROCURAÇÃO, nomeia e constitui seus bastantes procuradores e advogados **FÁBIO CORRÊA RIBEIRO**, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/SE 353-A e OAB/MT 6.215 CPF 452.144.411-34 (E-MAIL: **ALFABIO@TERRA.COM.BR**), **DIEGO MELO SOBRINHO**, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/SE 5.221, CPF 014.860.575-35, **BRUNO PRADO GUIMARÃES**, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/SE 6.372, CPF 030.060.225-13, **MARCUS VINICIUS DE SOUZA MORAIS**, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/SE 1.124-A, CPF 030.513.085-44, **VOLNANDY JOSÉ MENEZES BRITO**, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/SE 6.998, CPF 031.128.285-77, **CARLO KLEBER ARAUJO ALMEIDA**, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/SE 9803, CPF 035.999.865-84, **SARA GONÇALVES PINHEIRO**, brasileira, solteira, advogada, portador da OAB/-SE 10.256, CPF 042.185.765-05, **LAÍS PEREIRA MORAES**, brasileira, solteira, advogada, portador da OAB/SE 6.968, CPF 040.668.295-03, com escritório profissional à Rua Duque de Caxias nº. 188. Bairro São José, Aracaju (SE).

A quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad-judicia, em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, renunciar direitos, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber valores através de alvará e requisição de pequeno valor (RPV), dar quitação, propor execução, requerer falência, habilitar crédito, ação ordinária, procedimento sumaríssimo, ação rescisória, embargos, agravos, solicitar contratos e documentos junto a instituições bancárias, financeiras e sindicais e representando ainda o outorgante, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, assim como com poderes para declarar hipossuficiência econômica, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgado. Confere ainda, plenos poderes, com cláusulas adjudicais específicas para que seu patrono possa representa-lo judicialmente requerendo a gratuidade judiciária, conforme artigo 99 § 3º e 4º do código de processo civil.

Aracaju, 29 de ABRIL 2019.

Daiane Bispo dos Santos
Outorgante



FOLHA RESUMO CADASTRO ÚNICO - V7

I - INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CADASTRO DA FAMÍLIA

1.01 Código Familiar: 43613894-89 1.10 Data da Entrevista: 20/07/2018

RENDIMENTO PER CAPITA DA FAMÍLIA: 12.00

II - ENDEREÇO DA FAMÍLIA

1.11 - Localidade: CENTRO

1.12 - Tipo: RESIDENCIAL

1.13 - Título:

1.14 - Nome: ANTONIO SILVEIRA OLIVEIRA

1.15 - Número: 245

1.16 - Complemento do Número:

1.17 - Complemento Adicional:

1.18 - Cep: 49120-000

1.20 - Referência para Localização:

III - COMPONENTES DA FAMÍLIA

RESPONSÁVEL FAMILIAR

4.02 - Nome Completo: DAIANE BISPO DOS SANTOS

4.03 - NIS: 16098413941

4.06 - Data de Nascimento: 09/01/1997

Haiânia Bispo dos Santos 25/04/2019
Local e Data

Daiâne Bispo dos Santos
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar(RF)

Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo Cadastramento

Wagner Batista Alves
Assistente Social
RERESS 2698 18º Região / SE

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RERESS 2698 18º Região / SE
(A ROGO é a expressão jurídica utilizada para indicar que a identificação, substituindo a assinatura, foi delegada a outra pessoa)



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emídio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201971200412

DATA:

15/05/2019

MOVIMENTO:

Conclusão

DESCRIÇÃO:

Nesta data faço o processo eletrônico concluso.

LOCALIZAÇÃO:

Juiz

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emídio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201971200412

DATA:

21/05/2019

MOVIMENTO:

Despacho

DESCRIÇÃO:

Defiro os benefícios da gratuidade judiciária, ante as disposições do art. 5º, inciso LXXIV da CF/88, art. 98 do CPC e Lei nº 1.060/50. Tendo em vista o desinteresse da parte autora na realização de audiência de conciliação, CITE-SE o requerido, pessoalmente (carta com AR ou, na impossibilidade desta via, por mandado, na forma dos arts. 247, c/c art. 249, ambos no CPC/2015), no endereço contidos na exordial, para, no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer defesa, sob pena de serem reputados verdadeiros os fatos alegados pela autora (art. 344 do CPC/2015). Na hipótese de a parte Requerida, em sua peça contestatória, suscitar questões preliminares ou juntar documentos, deve a Secretaria intimar a parte autora, pela imprensa, para, em 15 (quinze) dias, apresentar réplica (art. 350 do CPC/2015). Após o decurso do prazo para resposta à inicial, sem manifestação, ou transcorrido o prazo do para réplica, com ou sem manifestação, certifique-se e façam-me os autos conclusos.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe
2ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda**

Nº Processo 201971200412 - Número Único: 0001329-05.2019.8.25.0036

Autor: DAIANE BISPO DOS SANTOS

Réu: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

1. PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE SERGIPE

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA

1.

Processo: **201971200412**

DESPACHO

Defiro os benefícios da gratuidade judiciária, ante as disposições do art. 5º, inciso LXXIV da CF/88, art. 98 do CPC e Lei nº 1.060/50.

Tendo em vista o desinteresse da parte autora na realização de audiência de conciliação, CITE-SE o requerido, pessoalmente (carta com AR ou, na impossibilidade desta via, por mandado, na forma dos arts. 247, c/c art. 249, ambos no CPC/2015), no endereço contidos na exordial, para, no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer defesa, sob pena de serem reputados verdadeiros os fatos alegados pela autora (art. 344 do CPC/2015).

Na hipótese de a parte Requerida, em sua peça contestatória, suscitar questões preliminares ou juntar documentos, deve a Secretaria intimar a parte autora, pela imprensa, para, em 15 (quinze) dias, apresentar réplica (art. 350 do CPC/2015).

Após o decurso do prazo para resposta à inicial, sem manifestação, ou transcorrido o prazo do para réplica, com ou sem manifestação, certifique-se e façam-me os autos conclusos.

Elaine Celina Afra da S. Santos

Juíza de Direito



Documento assinado eletronicamente por **ELAINE CELINA AFRA DA SILVA SANTOS**, Juiz(a) de 2ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda, em 21/05/2019, às 08:43:33, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública **2019001241475-74**.





Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emídio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201971200412

DATA:

03/06/2019

MOVIMENTO:

Certidão

DESCRIÇÃO:

Certifico que expedi carta de citação 201971201420.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

201971200412

DATA:

03/06/2019

MOVIMENTO:

Expedição de Documento

DESCRIÇÃO:

Mandado de número 201971201420 do tipo Citacao geral - Carta [TM801,MD1737]

{Destinatário(a): SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
2ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda
Forum Felisbelo Freire - Av. Emídio Maxi Neto, S/N
Bairro - Centro Cidade - Itaporanga D'Ajuda
Cep - 49120-000 Telefone - (79)3264-3500

Normal(Justiça Gratuita)



201971201420

PROCESSO: 201971200412 (Eletrônico)
NÚMERO ÚNICO: 0001329-05.2019.8.25.0036
NATUREZA: Procedimento Comum
REQUERENTE: DAIANE BISPO DOS SANTOS
REQUERIDO: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

CARTA DE CITAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

A presente, extraída da ação acima identificada, tem por finalidade a **citação** de Vossa Senhoria, por todo o conteúdo da petição inicial, cuja cópia segue em anexo, como parte integrante desta, para a finalidade abaixo transcrita, advertindo-a de que não sendo a ação contestada, presumir-se-ão como verdadeiros os fatos articulados pela parte autora.

Finalidade: Responder em 15 (quinze) dias. dias.

Despacho: Defiro os benefícios da gratuidade judiciária, ante as disposições do art. 5º, inciso LXXIV da CF/88, art. 98 do CPC e Lei nº 1.060/50. Tendo em vista o desinteresse da parte autora na realização de audiência de conciliação, CITE-SE o requerido, pessoalmente (carta com AR ou, na impossibilidade desta via, por mandado, na forma dos arts. 247, c/c art. 249, ambos no CPC/2015), no endereço contidos na exordial, para, no prazo de 15 (quinze) dias, oferecer defesa, sob pena de serem reputados verdadeiros os fatos alegados pela autora (art. 344 do CPC/2015). Na hipótese de a parte Requerida, em sua peça contestatória, suscitar questões preliminares ou juntar documentos, deve a Secretaria intimar a parte autora, pela imprensa, para, em 15 (quinze) dias, apresentar réplica (art. 350 do CPC/2015). Após o decurso do prazo para resposta à inicial, sem manifestação, ou transcorrido o prazo para réplica, com ou sem manifestação, certifique-se e façam-me os autos conclusos.

Atenciosamente,

Ilmº (a) Sr(a)

Nome : SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT
Residência : Rua Senador Dantas, 5º ANDAR, 74
Bairro : Centro
Cep : 20031205
Cidade : Rio de Janeiro - -

[TM801, MD1737]



Documento assinado eletronicamente por Ivo Bezerra Oliveira de Santana, Escrivão/Chefe de Secretaria/Secretário/Subsecretário de 2ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda, em 03/06/2019, às 15:22:08, conforme art. 1º, III, "b", da Lei 11.419/2006.



A conferência da **autenticidade do documento** está disponível no endereço eletrônico www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos, mediante preenchimento do número de consulta pública 2019001380900-78.

