



**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 | Distribuição: 22/04/2019 |
| Número Único: 0001329-05.2019.8.25.0036 | Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda |
| Classe: Procedimento Comum | Fase: POSTULACAO |
| Situação: Andamento | Processo Principal: ***** |
| Processo Origem: ***** | |

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. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

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 nº 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 cúbito (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. 3ª, §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 Íntegra do Patrimônio Físico | Percentual da Perda |
|--|------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores | 100 |
| 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 | |

| | |
|---|------------------------|
| deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfincteriano; (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 |
| <u>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos</u> | <u>70</u> |
| 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.

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

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

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

Diante do acima exposto, requer:

1) - a citação VIA POSTAL da Requerida, na pessoa de seu representante legal, no endereço de início 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 D AJUDA / SE CEP: 49120000 (AG: 620)
Emissão: 05/10/2018 Referência: Out / 2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICA
Roteiro: 2 - 630 - 760 - 1415 Nº medidor: W5035550326

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGIA SA
Rua Min Apolônio Sales, 81 - Inácio Barbosa
Aracaju / SE - CEP 49040-150
CNPJ 13.117.462/0001-62 Insc. Est 270.767.436
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 007.386.371
Cód. para Deb. Automático: 00008712663

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
Insc. Est:

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 | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|----------|----------|-----------|---------|------|
| Data | Data | | | |
| 05/09/18 | 05/10/18 | 1 | 16 | 30 |
| Leitura | Leitura | | | |
| 194 | 210 | | | |

| CC | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base | Outro | Alto | ICMS | Base | Outro | Outro | Outro |
|------|-----------------------------|------------|----------|------------|-------|------|------|-------|-------|-------|-------|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 0601 | Consumo até 30kWh-BR | 30,000 | 0,18004C | 5,40 | 0,00 | 0 | 0,00 | 5,40 | 0,03 | 0,16 | |
| 0601 | Adic. B. Vermelha | | | 0,54 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,54 | 0,00 | 0,02 | |
| 0610 | Subsídio | | | 11,64 | 0,00 | 0 | 0,00 | 11,64 | 0,00 | 0,36 | |
| | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | | |
| 0999 | CREDITO A COMPENSAR 10/2018 | | | -6,37 | 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 | |

CC: 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 | 79 | 71 | 82 | 67 | 78 | 75 | 74 | 4 | 71 | 66 | 53 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/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 | |
|--------------------------|------------------|---------------------|----------------------|
| | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
| DIC MENSAL | 10,58 | 3,83 | NOMINAL |
| DIC TRIMESTRAL | 21,17 | | |
| DIC ANUAL | 42,34 | | |
| FIC MENSAL | 7,59 | 1,00 | CONTRATADA |
| FIC TRIMESTRAL | 15,19 | | |
| FIC ANUAL | 30,38 | | |
| DMIC | 5,88 | 3,83 | LIMITE INFERIOR |
| DICRI | 16,60 | | |
| | | | LIMITE SUPERIOR |

| Discriminação | Valor (R\$) | % |
|---------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. da Energia/SE | 1,94 | 30,46 |
| Compra de Energia | 3,04 | 47,72 |
| Serviço de Transmissão | 0,28 | 4,40 |
| Encargos Setoriais | 0,48 | 7,22 |
| Impostos Diretos e Encargos | 0,65 | 10,20 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 6,37 | 100,00 |

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

ATENÇÃO

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(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.
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- 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

Sistema Único de Saúde

DAIANE BISPO DOS SANTOS

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

702 8081 4678 5569



DISQUE SAÚDE 13

Este cartão é de uso pessoal e não transferível. Para caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE HÉRCULAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS KENEZE"

Daiane Bispo dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.069.364-0 2.ª VIA

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/01/2018

NOME DAIANE BISPO DOS SANTOS

FILIAÇÃO CRISPINIANA NASCIMENTO DOS SANTOS

JOSE LUIS BISPO SANTOS

NATURALIDADE ITAPORANGA D'ÁULDA-SE

DOC. ORIGIN. CI. NASCIMENTO NR 18990 LV 21 FL 112

DEPT. 3 OFI. DIST. COM ITAPORANGA D'ÁULDA-SE

078.684.745-05

DATA DE NASCIMENTO 09/01/1997

ASSINATURA DO DIRETOR

EL Nº 7.116 DE 29/09/83

2) Grupo das Santas

REQUIRE-

1073905

Orthopneustes

Assinatura e identificação

Paula Roberto de Jesus Santos
Ass. Técnica de Segurança
CORENSE 841.216

1- SÍMPTOMAS: ☒ Febre ☐ Tosse ☐ Coriza ☐ Dor de garganta ☐ Dor de cabeça ☐ Vômito ☐ Diarreia ☐ Erupção cutânea ☐ Outros: ☐

2- COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Imobilizado

3- LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Inacessível ☐ Diminuída ☐ Anorético

4- ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

5- INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7- NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8- EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

9- DIURSE: Ausente: ☐ Presente: ☒

10- ALTERAÇÕES NA URINA: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

11- ALTERAÇÕES NAS FEZES: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

12- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

13- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

14- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

15- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

16- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

17- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

18- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

19- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

20- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

21- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

22- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

23- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

24- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

25- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

26- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

27- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

28- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

29- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

30- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

31- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

32- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

33- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

34- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

35- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

36- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

37- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

38- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

39- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

40- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

41- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

42- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

43- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

44- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

45- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

46- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

47- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

48- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

49- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

50- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

51- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

52- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

53- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

54- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

55- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

56- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

57- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

58- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

59- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

60- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

61- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

62- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

63- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

64- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

65- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

66- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

67- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

68- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

69- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

70- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

71- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

72- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

73- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

74- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

75- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

76- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

77- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

78- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

79- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

80- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

81- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

82- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

83- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

84- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

85- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

86- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

87- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

88- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

89- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

90- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

91- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

92- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

93- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

94- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

95- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

96- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

97- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

98- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

99- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐ Ausente

100- SINAIS DE VIDA: ☒ Presente ☐

[illegible]

Paraná Rio do Sul

22

1307

1073905

Auto healing. I

Assinatura e identificação
COREN/SE 001.228.110 - TE

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

DAIANE BISPO DOS SANTOS

IDADE:

132

REGISTRO:

1023905

UNIDADE:

ONTO PEDINT

13:00 h

OTIP: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

INSCÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

vezes

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes

↑ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina:

2- Paciente de muito peso, silenciosa, apática, não quer hidratar-se.
3- Acostumou a deitar-se de lado para dormir. Em tempos
4- Acreditou o sono após a cirurgia. Em tempos
5- Acreditou a morte após a cirurgia. Em tempos

Paula Roberto de Jesus Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 841.216

OTIP: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

INSCÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

vezes

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURESE: Ausente: _____ horas ☒ Presente: _____ vezes

↑ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

Alterações na urina:

2- Paciente de muito peso, silenciosa, apática, não quer hidratar-se.
3- Acostumou a deitar-se de lado para dormir. Em tempos
4- Acreditou o sono após a cirurgia. Em tempos
5- Acreditou a morte após a cirurgia. Em tempos

Paula Roberto de Jesus Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-SE 841.216

HOSPITAL CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Daiane Bispo dos Santos
 IDADE: 22 LEITO: 04 REGISTRO: 1073905 UNIDADE: orto I

| | | |
|---|---|--|
| OTIRO: <input checked="" 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 |
| INSCRIÇÃO: <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 type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input checked="" type="checkbox"/> Zero | vezes <input type="checkbox"/> 8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico | |
| 9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero | vezes <input type="checkbox"/> Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade | Alterações na urina: <input type="checkbox"/> |
| 10-ÚLTERES: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes | | |

20 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AUP no NSD, realizado o exame físico, adequado, adequado, com presença de familiar, feita a avaliação do estado do enfermo cirúrgico.

20 - Paciente em recuperação para o enfermo cirúrgico, em uso, acompanhado de enfermeiro e familiar do enfermo.

20 - Retirado o alimento, oferecido pela nutrição.

20 - Retirado o alimento, oferecido pela nutrição, com enfermeiro, porém o enfermo não aceita.

Assinatura e Identificação
 Tainan
 Téc. de Enfermagem
 CRP 102994

| | | |
|--|---|--|
| TIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Obeso | 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 |
| INSCRIÇÃO: <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"/> Inacessível | 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 | vezes <input type="checkbox"/> 8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico | |
| 9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero | vezes <input type="checkbox"/> Alterações nas fezes: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade | Alterações na urina: <input type="checkbox"/> |
| 10-ÚLTERES: Ausente: <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> vezes | | |

20 - Paciente em leito, sem queixas, realizado o exame físico, adequado, com presença de familiar, feita a avaliação do estado do enfermo cirúrgico.

20 - Paciente em recuperação para o enfermo cirúrgico, em uso, acompanhado de enfermeiro e familiar do enfermo.

20 - Retirado o alimento, oferecido pela nutrição.

20 - Retirado o alimento, oferecido pela nutrição, com enfermeiro, porém o enfermo não aceita.

Paula Roberta de Jesus Santos
 Assinatura e Identificação
 Téc. de Enfermagem
 GORENSE 841.216

[illegible][illegible][illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Dione Bispo da Costa

IDADE: 22 LEITO: B7 REGISTRO: 2073905 UNIDADE: Uto II

TIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

NSCÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

vezes

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURSE: Ausente: horas Presente: vezes

Alterações na urina:

10-Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AUP no NSD. Apresentado a eufórica, agitada, acionando a, uma companhia de família.

10-Aceitou o colí do manha, oferecido pela nutricao.

10-Realizado banho de esponja + esfrega do leito.

10-Aceitou o suco, oferecido pela nutricao.

10-Realizado 2v de monitoria, conforme prescrição médica.

10-Aceitou o almoço, oferecido pela nutricao.

10-Pet segue bem os cuidados da equipe de enfermagem.

Assinatura e identificação
Enfermagem
COREN/SE 1038946

TIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

NSCÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6- LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

vezes

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

vezes

Alterações nas fezes:

10-DIURSE: Ausente: horas Presente: vezes

Alterações na urina:

10-Encontro de decúbito dorsal, cicatrizes, amareladas, apêndices amarelos hidratados.

10-Verificadas feridas e para queixas.

10-Cedente de alta, oferecido pela Nutricao.

10-Admissionado, oferecido, deambulando e companhia de família.

10-Admissionado, oferecido, deambulando e companhia de família.

Paula Regina de Jesus Santos
Ass. Técnica
COREN/SE 11.216

Diaria Bispo dos Santos

二二

5

103390

950 H

Assinatura e identificação
Paula Tainan
Enfermagem
CRM-SE 1038946

PACIENTE:

001212 BISPO DOS SANTOS

MATRÍCULA:

1078905

IDADE:

22

SERVIÇO:

Mo e

APTO:

-

QUARTO:

-

ENFERM.

6

LEITO:

07

CONVENIO:

SUS

DATA II
HORA

EVOLUÇÃO

08/02/19

Exatidão Sismométrica do sistema de gravidade
milhares de segundos

SP - Aguardar cirurgia Pl. Amniótico

Ednardo Medeiros
CRM-SE 5189

08/02 P.O. IMEMORIAL MIST. CÂMBIO C/ BANCOS
TRANS. SUBSIDIÁRIAS UNIDAS

[Signature]

Dr. Antonio L. Lara Arce
Oncologia - Traumatologia
CRM 2808 - RCT 6824

08/02/19

02

Delme

09/02/19

≠ Dorso

1º Dia do RFI do Retorno Supracondilâneo do útero @ Presentes com
dor leve à mobilização. FO de bom conhecimento.

Col = Auto Hoshier

Dr. Vinícius Sobral

CRM-SE 5189

[Signature]

03/02/18

Exame físico e Sinais vitais do paciente
 (E) - Apresenta Edema de membros inferiores
 de 2 a 3 cm, progressivo, sem dependência
 sem dependência de posição

CD - Aguardar melhor de dia

Dr. Eduardo Barbosa Moraes
 Otorrinolaringologista
 CRM / RJ 5301
 CRM / PI 5301

04/02/18
 Exame físico
 CD - Aguardar melhor de dia

04/02/18

PERMANE C / EDMA DO COLETO, SEM
 CONDICAO CLINICA NO MOMENTO.

CD - Aguardar melhor de dia

Dr. Antonio E. Lara Afre
 Traumatologista - Ortopedia
 CRM 2808 / TEOT 6824

05/02/18

Exame físico e Sinais vitais do paciente
 (E) - Apresenta Edema de membros inferiores
 de 2 a 3 cm, progressivo, sem dependência
 sem dependência de posição

CD - VPM

Exame clínico

06/02/18

Eduardo Barbosa Moraes
 Med
 CRM 5301

| | | | |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------|------------------|
| PACIENTE: <u>Wesley B. do 14</u> | | DATA: <u>10/13/05</u> | |
| IDADE: <u>25</u> | SERVIÇO: <u>MO C</u> | APTO: <u>-</u> | QUARTO: <u>-</u> |
| | | ENFERM.: <u>13</u> | LEITO: <u>07</u> |
| | | CONVÊNIO: <u>DWS</u> | |

DATA: 31/01/19 HORA: 14h EVOLUÇÃO

Ad. Trator, de novo detal e
(1) de novo - avia

Dr. Paulo Sobral
CRM: 1201-1232

01/02 PITE C/ DS. DE FRATURA SUPRACONDYLAR NA DO UMERO DA HAI 3 DIAS COM GRANDE DOR NA OCORRÊNCIA E INIBIÇÃO DA ATIV. CONDIZORA QUANTAS NA MÃO. SOLICIT. TC + 3 D DO CORDELO P/ MELHOR AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

Dr. Antonio E. Lara Aze
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2501-15624

02/02/19 ≠ ORTOPEDIA
 - Fratura do umero distal (P)
 Paciente apresenta diminuição do edema local e já foi feita o TC solicitada sem queixas.
 Col = esquerda cirurgia

Dr. Vinícius Sobral
Ortopedia
CRM-SE 5189

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A) Dalane 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. Vinícius Soutal
Ortopedista
CRM 5545

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)



RECEITUÁRIO

NOME: Deiane Bispo dos Santos

1 - CEFALOXINA 500mg28 comp.

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

2 - PARACETAMOL 500mg ou DÍPIRONA 500mg28 comp.

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

3 - NIMESULIDA 100 mg14 comp.

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

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

5 - XARELTO 10 mg30 comp.

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

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

0902119

Dr. [Signature]



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: Daleno Bisco dos Santos IDADE: _____

DIAGNÓSTICO(S)/CID-10 fratura da unção (E)

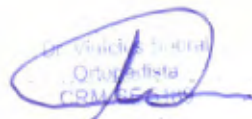
DATA DA CIRURGIA 08/02/19 CIRURGIÃO: Antonio Lora

DATA DA ALTA HOSPITALAR 09/02/19

- 1 - NÃO FICAR, 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 Antonio Lora EM 07 DIAS, APÓS ALTA HOSPITALAR PARA REVISÃO, SELEÇÃO DO INSS E ORIENTAÇÕES PELO NÚMERO (79) 210 7200 / 2106 7207

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

- 7 - TRAZER O CITADO NA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).


Dr. Antônio Lora
Ortopedista
CRM 12345

 CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SENHOR (A) Dalane 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 26.515



DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente Daiane Bispo da

Santos portador (a) de C.I. nº

7089.364-0 SSP/ SE permaneceu no setor

Ortopedia 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

Quirurgico

OBS.: _____

Aracaju, 11 de Fevereiro de 2019

Gilda Andrade
Assistente Social
CRESS 18º/SE
2109

Gilda Andrade
Assistente Social

NOME DO PACIENTE: Dayane Bispo dos Santos

RELATÓRIO

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

A mesma foi 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 algias 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:

Dalene Bispo dos Santos

SOLICITO RAO X

Rx do Cotovelo @ AP+P

ARACAU - SE 09/..02/..19..

Dr. Vinícius Sobral
Ortopedista
CRM SE 5190





FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

ORIENTAÇÕES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR APÓS ALTA HOSPITALAR

NOME: Daviano Bisco do Santos IDADE: _____

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

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

DATA DA ALTA HOSPITALAR 09/02/19

- 1 - NÃO FICAR, 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 Antonio Lora EM 07 DIAS APÓS ALTA HOSPITALAR PARA REVISÃO ATENDIMENTO DO INSS E ORIENTAÇÃO PELO NÚMERO (79) 210 7200 / 2106 7207

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

- 7 - TRAZER COMPROVANTE NA ALTA HOSPITALAR (FAZER NO POSTO DE SAÚDE).

RECEITUÁRIO

NOME: Daniela Ribeiro dos Santos

1 - CEFALOXINA 500mg28 comp.

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

2 - PARACETAMOL 500mg ou DAPIRONA 500mg28 comp.

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

3 - NIMESULIDA 100 mg14 comp.

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

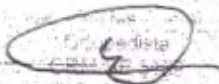
VO 9:00h e 21:00h se dor forte

5 - XARELTO 10 mg30 comp.

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

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

09/06/14



MS-DATASUS

VERSÃO: 15.80

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E.: M280030801

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 03 / 2019

DATA: 28/02/2019

Num AIH: 281910014437-7

Situação: 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 solíc: 980016282474154

CNES: 0002283 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CNS: 70280814678556-9

Paciente: 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 UMEROS

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

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

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

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER: -

Vínculo Previdência:

CBOR: -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Linha | Procedimento | Documento | CBO | CNES/CNPJ | Apurar Valor | Qtde | Cmpt | Descrição |
|-------|--------------|-----------------|-----------|-----------|--------------|------|---------|--|
| 1 | 0408020385 | 980016287809073 | 225151(6) | 3359948 | 3359948 | 1 | 01/2019 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO |
| 2 | 0408020385 | 980016287809073 | 225151(6) | 3359948 | 3359948 | 1 | 01/2019 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO |
| 3 | 0702030830 | 980016287809073 | 225151(6) | 0002283 | 0002283 | 1 | 01/2019 | PLACA / TUBULAR 3,5MM INCLUI PARAFUSOS |
| 4 | 0301010170 | 190065103540004 | 225125 | 0002283 | 0002283 | 1 | 01/2019 | CONSULTA/AVALIACAO EM PACIENTE INTERNADO |
| 5 | 0302040027 | 980016287809073 | 223605 | 0002283 | 0002283 | 2 | 01/2019 | ATENDIMENTO FISIOTERAPEUTICO EM PACIENTE |
| 6 | 0302050019 | 980016287809073 | 223635 | 0002283 | 0002283 | 2 | 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

| 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 | | 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 EM ORTO EDIA | | 148,40 | | | | | 148,40 |
| Total Geral: | 387,10 | 148,40 | | 40,40 | 94,27 | | 670,17 |

CID SECUNDARIO

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

Número de Nascidos

Número de Sidas

Nº Pré-Natal:

Vivos:

Mortos:

Altas:

Transf.:

Óbitos:



Sistema Ministério
Único de da
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



HOSPITAL
CIRURGIA

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 - Nº DO PRONTUÁRIO

1073905

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Crispiniana Nascimento *dos Santos*

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

REINAN SANTOS SILVA/MARIDO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, 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

*Abundante hemorragia EF dor abdominal
R+ + FF*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TxO (urgente)

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

R+ + FF

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fator de risco de I.C.

24 - CID 10 PRINCIPAL

S42.3

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

V09.3

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Uterotomia

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

226151388-71

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Paulo Saldá

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/01/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO CRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

281910014437

F.B.H.C- FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
 AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174 UF: SE CEP: 49075-170
 FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: gelle.alves

B7-011

 ATENDIMENTO

ACOMODACAO: Enfermaria
 DIREITO A ACOMPANHANTE? Não
 DATA: 31/01/2019 10:17:40 LEITO: ORT BUCO 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 ✓
 ENDEREÇO: 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: *Harleyz*

NOME DO RESPONSÁVEL: REINAN SANTOS SILVA / MARIDO
 ENDEREÇO:
 BAIRRO: CIDADE: UF:

 DADOS COMPLEMENTARES: *alta 09/02/19*

CID: S52.0-Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]
 ORIGEM: Itaporanga D'Ajuda
 DIAS INTERNAMENTO: 3
 PROC. SUS: 040802054-7 Tratamento Cirurgico De Luxacao Ou Fratura-Lux
 AIH.:

0408020385
5424

Cartão
 Marília dos Santos Souza
 Matrícula 37240
 Set. Clínica / FHC
 RX Pneu - 2 Pcs
 3 Pulmões
 2 Pulmões Tame
 Alta 09-02
 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 FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA | | | CÓDIGO DA UNIDADE 0002283 | CGC 13.016.332.000 |
| NOME DO(A) PACIENTE DANIELA CRISTINA DA SILVA | | | | |
| NOME DA MÃE | | | | SEXO <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| 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 | | |
| <input type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE <input type="checkbox"/> 13 - UTI III | | PROCEDIMENTO 2 QTDE | | |
| <input type="checkbox"/> 11 - CIRURGIA MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> 14 - OUTROS | | PROCEDIMENTO 3 QTDE | | |
| <input type="checkbox"/> 15 - DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> 16 - DIÁRIA DE UTI I | | PROCEDIMENTO 4 QTDE | | |
| <input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | |
| <input type="checkbox"/> 21 - NOVA AIH <input type="checkbox"/> 23 - CUIDADOS PROLONGADOS | | <input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5 | | |
| <input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA <input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE | | <input type="checkbox"/> 19 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 | | |
| <input type="checkbox"/> 25 - REABILITAÇÃO | | <input type="checkbox"/> 20 - MUDANÇA DE AIH 5 PARA AIH 5 - PÓS TRANSPLANTE | | |
| MÉDICO SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO) Carlos Alberto Ferreira Médico CRM 857 | | DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO) | | DATA DA SOLICITAÇÃO 08/02/19 |
| JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | | | | |
| DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO Redução crônica de fraturas se por am- dilação do corpo e encurtamento. Isolado fratura de procedimento | | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES Ressonância | | | | |
| TRATAMENTO Cirurgia | | | | |
| PROCEDIMENTO AUTORIZADO | | | | |
| DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO | | | | |
| AUTORIZADO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | MOTIVO DA REJEIÇÃO | | |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO OU REJEIÇÃO | | 17/03/19 | | |
| MÉDICO SUPERVISOR (ASSINATURA / CARIMBO) | | MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) | | CPF / MÉDICO |

| | | |
|--|---|----------------|
| RECEBEMOS DE ORTOPLAN SERGIPE LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | | NF-4 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº 000.038.636 |
| | | SÉRIE: 3 |

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|---|
| 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 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 PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 328190001575013 - 11/02/2019 11:49 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102-VENDA MERCANTIL | | | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 270975853 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB | CNPJ 02.681.701/0001-69 | |

| | | | |
|--|----------|--------------------------------|-------------------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | | |
| NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA | | CNPJ/CPF 13.016.332/0001-06 | DATA DA EMISSÃO 11/02/2019 |
| ENDEREÇO AV. DESEMBARGADOR MAYNARD, 174, 0 - | | BAIRRO/DISTRITO CIRURGIA | CEP 49055-170 |
| MUNICÍPIO Aracaju | FONE/FAX | UF SE | INSCRIÇÃO ESTADUAL 00:00 |

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

| | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS 0,00 | VALOR DO ICMS 0,00 |
| BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00 | VALOR DO ICMS ST 0,00 |
| VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 176,11 | |
| VALOR DO FRETE 0,00 | VALOR DO SEGURO 0,00 |
| DESCONTO 0,00 | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00 |
| VALOR DO IPI 0,00 | VALOR TOTAL DA NOTA 176,11 |

| | |
|---|--|
| TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS | |
| RAZÃO SOCIAL ORTOPLAN SERGIPE LTDA | FRETE POR CONTA 3-Remetente Próprio |
| CODIGO ANTI | PLACA DO VEICULO |
| CNPJ/CPF 02.681.701/0001-69 | UF SE |
| ENDEREÇO AV. RIO BRANCO, 186-EDF. OV. TEIXEIRA S/817 | MUNICÍPIO Aracaju |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 270975853 | |
| QUANTIDADE | ESPECIE |
| MARCA | NÚMERAÇÃO |
| PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID | QTD. | VL. UNIT. | VL. TOTAL | BC ICMS | VL. ICMS | VL. IPI | ALIQ. ICMS | ALIQ. IPI |
|-------------|--|----------|-----|------|------|--------|-----------|-----------|---------|----------|---------|------------|-----------|
| 2102-042 | META BIO INDUSTRIAL LTDA. Cod.: 7446 Anvisa: 80034760005 Lote(s): 59338-2,000-V. INDETERMIN | 90211020 | 040 | 5102 | UND | 2,0000 | 15,2300 | 30,46 | | | | | |
| 40103500260 | PF CORT 3,5X26MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7583 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 587918-2,000-V. INDETERMIN | 90211020 | 040 | 5102 | UND | 2,0000 | 15,2300 | 30,46 | | | | | |
| 40103500243 | PF CORT 3,5X24MM IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7859 Simpro: 0084544 Anvisa: 10223680060 Lote(s): 445718-1,000-V. INDETERMIN | 90211020 | 040 | 5102 | UND | 1,0000 | 15,2300 | 15,23 | | | | | |
| 40144100509 | PF ESP 4,0X50MM R CURTA IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7978 Simpro: 0084546 Anvisa: 10223680059 Lote(s): 672218-1,000-V. INDETERMIN | 90211020 | 040 | 5102 | UND | 1,0000 | 27,7100 | 27,71 | | | | | |
| 40205100058 | PL RETA 1/3 TUBO PEQ FRAG 05F IOL IOL IMPLANTES LTDA Cod.: 7980 Simpro: 0084562 Anvisa: 1022368010 Lote(s): 220518-1,000-V. INDETERMIN | 90211020 | 040 | 5102 | UND | 1,0000 | 72,2500 | 72,25 | | | | | |

| |
|--|
| CONTINUAÇÃO - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES |
| 003863603 12.08.2019 176,11.CÓDIGO R.O.P.M:07.02.03.083-0,07.C2.03.072-4(1). |

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

| |
|---|
| DADOS ADICIONAIS |
| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES |
| Duplicata - Num.: 001, Venc.: 12/08/2019, Valor: 176,11 Vendedor: IVO LEAL, Pedido: 060402, Pedido Cliente: , Ordem: 03, Hospital: FUNDAÇÃO DE BENEFICENCIA H. DE CIRURGIA, Médico: ANTONIO LARA, Paciente: DAIANE BISPO DOS SANTOS, Id: , Prontuario: 1073905, Dt Cirurgia: 28.02.2019, AIH: , Convênio: SUS, Procedimento: , Xsg ICMS: 040/PSETO DE ICMS CF ART. 9 INCISO III DO CTN |
| RESERVADO AO FISCO |

2ª CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Dejane B. do R.

IDADE: 22

SEXO: F () M () LETO/UNIDADE:

B7

DATA: 31/01/19 DATA INTERNAMENTO: 31/01/19 DATA DA FRATURA: 29/01/19 DATA DA CIRURGIA: 08/02/19 (Dr. Junior Joazeiro)

| | | 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 | | | | | | | |
| 2. GELCO HIDROLISADO. | | | | | | | |
| 3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 4. PROENAD 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 5. TRAMMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 6. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS. 000UI SC 12/12H. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 7. FANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 8. FLASII 1 AMPOLA EV 8/8H | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 9. Sonda vesical de alívio | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 10. Glicemia capilar de 6/6h. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 11. INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA: | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 200-250 2UI 251-300 4UI 301-350 6UI 351-400 8UI 400 > 10UI. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 16. CCGG+SSV 6/6H. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 16. CURATIVO DIÁRIO | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 17. <u>Curativo Seco-6/6h</u> | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 18. <u>08</u> | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 19. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 20. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 21. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 22. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| 23. | <u>Dejane B.</u> | | | | | | |
| HORÁRIO | PA (mmHg) | GLICEMIA (mg/dl) | T(°C) | PULSO | | | |
| 06 | | | | | | | |
| 12 | <u>120 x 70</u> | <u>—</u> | <u>36,3°C</u> | <u>40</u> | | | |
| 18 | | | | | | | |

Dr. P. Pombal Galotti
CRM-SP 128128

Mayara R. de M. Almeida
Téc. Enfermagem
COREN-SP 816483

Silvia Regina de Oliveira
COREN-SP 170.418

Denise Rinalda Ribeiro
Enfermeira
COREN-SP 37705

Dr. Nilton Sant'Ana
Enfermeiro
CRM-SP 32350



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 01/02/13 Convênio: = SUS = Matrícula: 1038906
Paciente: 220022 3430 famm. Idade: 22
Informada por: 31/01/19 Unidade: 000 I
Assinatura: [assinatura]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Distribuição de horário

Requisição de Enfermagem

| Turno | 1º Turno | | | 2º Turno | | | 3º Turno | | | Quadrante | Discriminação |
|-------|------------|------|------------|----------|------------|------|----------|------|------|-----------|---------------|
| | 07h às 12h | Ass. | 13h às 19h | Ass. | 19h às 07h | Ass. | Ass. | Ass. | Ass. | | |

1. Repouso absoluto

2. Dieta livre

3. Soro fisiológico 1.000 ml E.V. 20 gotas por minuto

4. Cefalotina 01 gr E.V. de 6/6 horas.

5. Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas.

6. Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12 hrs.

7. Tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs.

8. Cuidados gerais.

Dr. Antonio E. Lara Aze
Oncologista - Transplante
CRM 2204 - FORT 0024

Joelia F. Goncalves
Coordenadora de Enfermagem
CRM 81310 - ENF

Ense Raulle Rêde
Enfermeira
CRM 537105

Sergio Rodrigues Oliveira
Coordenador de Enfermagem
CRM 200.110 - ENF

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

NOME: Daniene Bispo dos SantosIDADE: 22

SEXO: F () M () LETO/UNIDADE:

B04DATA: 02/02/19 DATA INTERNAMENTO: 31/01/19DATA DA FRATURA: 29/01/19 DATA DA CIRURGIA: 08/02/19 (Dr. gustavo)

| | | 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 | VO livre | | | | | | |
| 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. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. OU OMEPRAZOL 20MG VO 6:00HS | | | | | | | |
| 9. PLASIL 1 AMPOLA EV 8/8H | | | | | | | |
| 10. Sonda vesical de alívio | SOS | | | | | | |
| 11. GLUCEMIA 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 < 70MG/DL | | | | | | | |
| 13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg | | | | | | | |
| 14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H. | | | | | | | |
| 15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA. | | | | | | | |
| 16. CCG+SSV 6/6H. | | | | | | | |
| 16. CURATIVO DIÁRIO | | | | | | | |
| 17. Paracetamol 500 mg VO 8/8h | | | | | | | |
| 18. | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | |
| 21. | | | | | | | |
| 22. | | | | | | | |
| 23. | | | | | | | |
| HORÁRIO | PA (mmHg) | GLUCEMIA (mg/dl) | TEC | PULSO | | | |
| 06 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | |

Dr. Volcineu Soutal
Ortopedista
CRM-SE 1489

COLEÇÃO 43501

Ana Mariana Dantas
Téc. de Enfermagem
COREN 0010.8.348Luciane E. dos Santos
Enfermeira
CRM-SE 13.0988



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CIRURGIA

NOME: Yonara Rezende Santa R
DATA: 04/08/19 DATA INTERNAMENTO: 03/08/14 DATA DA FRATURA: 01/11/14 DATA DA CIRURGIA: 08/08/14 (Dr. Yonara Rezende Santa R)

IDADE: 22 SEXO: F (M) MATRÍCULA: 1078405 UND: 33

| | | 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. | <u>VO CIVIL</u> | | | | | | |
| 2. GELCO HIDROLISADO. | | <u>Jejum</u> | | | | | |
| 3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. | | | | | | | |
| 4. DIPIRONA, 0,2ML+0,8ML AD EV 6/6H.SOSSOS | <u>500mg</u> | | | | | | |
| 5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H | | | | | | | |
| 6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.SOSSOS | <u>50 S</u> | | | | | | |
| 7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS 0,000UI SC 12/12H. | | | | | | | |
| 8. RANITIDINA 0,2ML+0,8ML AD EV 12/12H. | | | | | | | |
| 9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H | | <u>SOS</u> | | | | | |
| 10. Sonda vesical de alívio SOS. | <u>SOS</u> | <u>S2S</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. | | <u>12</u> | | | | | |
| 12. GLICOSE 25%, 04 AMPOLAS EV SE GLICOSE < 70 MG/DL | <u>SOS</u> | | | | | | |
| 13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg | <u>SOS</u> | | | | | | |
| 14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H. | | | | | | | |
| 15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA. | | | | | | | |
| 16. CCGG+SSV 6/6H. | | | | | | | |
| 16. CURATIVO DIÁRIO | | | | | | | |
| 17. <u>Insulina 500 VO 08/18-7</u> | <u>8</u> | | | | | | |
| 18. | | | | | | | |
| 19. | | | | | | | |
| 20. | | | | | | | |
| 21. | | | | | | | |
| 22. | | | | | | | |
| 23. | | | | | | | |
| HORÁRIO | PA (mmHg) | GLICEMIA (mg/dl) | TEMP (°C) | PULSO | | | |
| 06 | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 24 | <u>107/70</u> | <u>908</u> | | | | | |

Dr. Eduardo Barbosa Nunes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 177-182

Yonara Rezende Santa R
COREN-SF 96477 - EI



HOSPITAL DE CLÍNICAS
"DR. AUGUSTO LEITE"

Data: 04/02/13 Convênio: PUS Matrícula: 2013905
Paciente: 09/12/02 B.S.M.O. 025 1000 Idade: 22
Instituição em: 31/01/14 Unidade: Posto 1 I.E.M.: 09

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | Distribuição de horário | | | | Requisição de Enfermagem |
|---|---|-------------------------|----------|----------|----------|--------------------------|
| | | 1º Turno | 2º Turno | 3º Turno | 4º Turno | |
| 1 | Repouso absoluto | | | | | |
| 2 | Dieta livre | | | | | |
| 3 | Soro fisiológico 1000 ml E.V. 20 gotas por minuto | | | | | |
| 4 | Cefalotina 01 gr E.V. de 6/6 horas. | | | | | |
| 5 | Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E.V. de 6/6 horas | | | | | |
| 6 | Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 12/12hrs | | | | | |
| 7 | Tramal 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E.V. de 6/6 hrs. | | | | | |
| 8 | Cuidados gerais. | | | | | |

Dr. Antonio B. Luna Hice
Traumatologia - Ortopedia
CRM 22811/SP-004

02 02 02
02 02 02
02 02 02

ALERGIA

Joelia R. G. G. G.
COREN - 91310 - ENF

Assinatura de Ambrósio
Joelia R. G. G. G.

COREN - SE 001.186.209

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

NOME:

DATA: 05/02/19 DATA INTERNAMENTO: 31/01/19

IDADE: 22

SEXO: F (M) MATRÍCULA: 1033905

UNID: 10205

DATA DA FRATURA: 29/01/19 DATA DA CIRURGIA: 01/02/19

Dr. Antonio de

1. DIETA. VO Ceu

2. GELCO HIDROLISADO.

3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H. SUSP

4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.SOSSOS

5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.

6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.SOSSOS

CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS.000UI SC 12/12H. SUSP

8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. SUSP

9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H

10. SONTA VESICAL DE ALVIO SOS

11. GLUCEMIA CAPILAR DE 6/6H. SOS

INSULINA REGULAR SC CONFORME ESQUEMA:

200-250 ZUI 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.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

HORÁRIO PA (mmHg) GLUCEMIA (mg/dl) T(°C) PULSO

06

12

18

24

Eduardo Antônio Nunes
Med. 5004
CRM 51.633

Luciano F. dos Santos
Enfermeiro
CRM 12.423

Santa Ruy de Oliveira
CORRENTE 552.170 - ENF



CIRURGIA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

B7

NOME:

DATA: 06/02/19, DATA INTERNAMENTO: 31/01/19

IDADE: 28

SEXO: F (M) MATRÍCULA: 1036405

UNID: 108 F

DATA DA FRATURA: 29/01/19 DATA DA CIRURGIA 28/02/19

1º TURNO

07:00 AS 13:00

ASSINATURA

2º TURNO

13:00 AS 19:00

ASSINATURA

3º TURNO

19:00 AS 07:00

ASSINATURA

1. DIETA.

2. GELCO HIDROLISADO.

3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFAZOLINA 1G EV 8/8H.

4. DIFIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H SOS

5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H.

6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.SOSSOS

7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS.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.

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

13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg

14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H.

15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA.

16. CCG+SSV 6/6H.

16. CIRATIVO DIÁRIO

17.

18.

19.

20.

21.

22.

23.

24.

HORÁRIO

PA (mmHg)

GLICEMIA (mg/dl)

T(°C)

PULSO

06 138 x 82

12

18

24

José de André

Técnico de Enfermagem

COREN-SE 101.186.709

Regina Rodrigues de Oliveira

COREN-SE 588.110 - ENF

NOME: Leandro B. Aguiar dos Santos
DATA: 29/01/19 DATA DE FRATURA: 29/01/19 DATA DA CIRURGIA: 08/02/19

IDADE: 32 SEXO: M MATRÍCULA: 1078905 UND: Orto II
COLEÇÃO: 170 - ENF

| | 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. <u>VO livre</u> | | | | | | |
| 2. GELCO HIDROLISADO. | | | | | | |
| 3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H OU CEFALOTINA 1G EV 8/8H. <u>(Simp)</u> | <u>SUSP</u> | | | | | |
| 4. DIPIRONA, 02ML+08ML AD EV 6/6H.SOSSOS | <u>SOS</u> | | | | | |
| 5. PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV 12/12H. | <u>SOS</u> | <u>Paula r</u> | | | | |
| 6. TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H.SOSSOS | <u>SOS</u> | | | | | |
| 7. CLEXANE 40MG SC 1X/DIA OU HEPARINAS.000UI SC 12/12H. <u>(Simp)</u> | <u>SUSP</u> | | | | | |
| 8. RANITIDINA 02ML+08ML AD EV 12/12H. | | | | | | |
| 9. PLASIL 1 AMOPLA EV 8/8 H | <u>SOS</u> | | | | | |
| 10. Sonda vesical de alívio SOS. | <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 | <u>SOS</u> | | | | | |
| 13. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180mmHg OU PAD > 110mmHg | <u>SOS</u> | | | | | |
| 14. MUDANÇA DE DECÚBITO 4/4H. | | | | | | |
| 15. FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA. | | | | | | |
| 16. CCGG+SSV 6/6H. | <u>12</u> | | | | | |
| 16. CURATIVO DIÁRIO | | | | | | |
| 17. | | | | | | |
| 18. | | | | | | |
| 19. | | | | | | |
| 20. | | | | | | |
| 21. | | | | | | |
| 22. | | | | | | |
| 23. | | | | | | |
| HORÁRIO | PA (mmHg) | GLICEMIA (mg/dl) | T(°C) | PULSO | | |
| 06 | <u>110/70</u> | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 24 | <u>100/70</u> | | | | | |

Enferm. Cirurgia Ortop
CRN-PR 13302
Paula

Joelia B. Bonfina
COREN - SP 1370 - ENF

Serviço Proformas de Orçaria
CORREIO: 300-170 - ENF

Ana Paula Oliveira Santos
Enfermeira
CORREIO: 489-400




HOSPITAL DE CLÍNICA
"DR. AUGUSTO LITTE"

Data: 03/02/18 Convênio: --- RUB --- Matrícula: 1010905
 Paciente: WANDER BISPO SAO Idade: 22
 Internado em: 31/01/19 Unidade: ORTO I Foto: 57

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| PRONÓCIO MÉDICA | | Distribuição de horário | | Requisição de Enfermagem | |
|-----------------|---|-------------------------|----------|--------------------------|---------------|
| | | 1º Turno | 2º Turno | 3º Turno | Discriminação |
| 1 | Repouso absoluto | | | | |
| 2 | Dieta livre | | | | |
| 3 | Soro fisiológico 1000 ml E. V. 20 gotas por minuto | | | | |
| 4 | Cefalotina 01 gr E. V. de 6/6 horas. | | | | |
| 5 | Dipirona 02 ml em 08 ml soro fisiológico E. V. de 6/6 horas. | | | | |
| 6 | Cetoprofeno 100 mgs + 100 ml de soro fisiológico E. V. de 12/12 hrs | | | | |
| 7 | tramal 100 mgs. + 100 ml de soro fisiológico E. V. de 6/6 hrs. | | | | |
| 8 | Cuidados gerais. | | | | |



Dr. Antonio E. Land Meza
Calle 2da. - Teot 9924
Cris 2505

09102119

① Alca thosothus

Dokumente
Ortsteil
CRM SE 589

Joselyne de Andrade
Técnico de telemagem
CONEC 601-186-719

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Dai one Bis po dos Santos

IDADE:

22

LEITO:

04

REGISTRO:

1075905

UNIDADE:

Intero 1

BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: ☐ Presente: ☒ horas

Alterações nas fezes:

Alterações na urina:

00- Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AUP no HS
00- Verificado, com a presença, apêndice, ciática, em companhia de familiar
00- Realizado banho de aspersão + esterilização do leito
00- Verificado o suor, apêndice pela nutrição
00- Verificado IV de horário, conforme prescrição médica
00- Verificado o apêndice, apêndice pela nutrição
00- Verificado bem os cuidados da equipe de enfermagem

BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso

2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional

3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso

5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível

6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero

8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero

10-DIURESE: Ausente: ☐ Presente: ☒ horas

Alterações nas fezes:

Alterações na urina:

00- Em contra-re de cubito dorsal, ciática, apêndice em
00- Verificado, com a presença, apêndice, em companhia de familiar
00- Realizado banho de aspersão + esterilização do leito
00- Verificado o suor, apêndice pela nutrição
00- Verificado IV de horário, conforme prescrição médica
00- Verificado o apêndice, apêndice pela nutrição
00- Verificado bem os cuidados da equipe de enfermagem

TIPO: ☒ Caquético ☐ Eutrofico ☐ Obeso
 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 NÚMERO: ☒ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso
 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não
 7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 10-DIURSE: Ausente: _____ horas Presente: _____ vezes
 Alterações nas fezes: _____

O paciente não tem mais a mesma condição de saúde, em função da queda de peso, a perda de peso é muito grande, por isso o peso atual é 45 kg. O paciente não tem mais a mesma condição de saúde, em função da queda de peso, a perda de peso é muito grande, por isso o peso atual é 45 kg. O paciente não tem mais a mesma condição de saúde, em função da queda de peso, a perda de peso é muito grande, por isso o peso atual é 45 kg.

| | 08 | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | 20 | 22 | 24 | 02 | 04 | 06 | 08 | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | 20 | 22 | 24 | 02 | 04 | 06 |
|--------|------|----|----|----|----|----|------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| ra | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| terial | 100% | | | 40 | 50 | | 100% | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| (1) TOT (2) TQT (3) Orofarínge (4) Nasal | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 |
| Fralda | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) Oral (2) Ocular (3) Intima | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1) Leito (2) Cadeira de banho (3) Banheiro | | | 123 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Operatório: | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| de Lesão por Pressão: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| de Decúbito: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| de cabeceira | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Assinatura e identificação
 27/06/2016



FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL CIRURGIA

RASTREABILIDADE DE INTEGRADORES QUÍMICOS

NOME: *Marine Rêgo de Santos*

NUMERO DE INTERNAMENTO: *1073903*

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: *Art. Nunes*

CIRURGIÃO: *Dr. Antônio Lira*

ENFERMEIRO: *Jordano*

CIRCULANTE DE SALA: *Christiane*

ANESTESIOLOGISTA: *Dr. Fabrício Antunes*

INSTRUMENTADOR: *Mauro*

DATA: *08/02/19*

SALA CIRÚRGICA: *06*

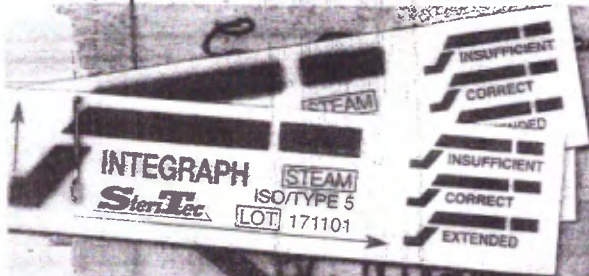
GRAMPEAR INTEGRADORES QUÍMICOS NOS ESPAÇOS ABAIXO

LOTES

LOTES

Trupomo e-o

E= 02-29
V= 14-02-19



lot=39
e-e-
07-02-19
V= 14-02-19
02/19
04
ci
14
02/19
1=
A=

P. J. F.

Antônio Lira

COLABORADORES: Enfermeiros João e Jussivaldo desde 27/06/2016

OBS: permanecer junto ao prontuário

LAUDO MÉDICO SUPLEMENTAR

| | | | | |
|--|---------------------------|---|--|-----------------------------|
| Nº DO LAUDO DE AIH | SEQUÊNCIA | Nº DO LAUDO DE ALTO CUSTO | Nº DO CARTÃO SUS | Nº DO PRONTUÁRIO 5023905 |
| UNIDADE SOLICITANTE FUNDAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL DE CIRURGIA | | | CÓDIGO DA UNIDADE 0002283 | CGC 13.016.332.0001-06 |
| NOME DO PACIENTE Sara... 97 | | | SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino | |
| NOME DA MÃE Gurpiniana Nascimento das Santos | | | RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim | |
| ENDEREÇO COMPLETO Parque do Campo | | | | |
| DATA DE INTERNAÇÃO 31/01/19 | HORA DE INTERNAÇÃO 14h | CARÁTER <input type="checkbox"/> URG <input checked="" type="checkbox"/> ELETIVA | TIPO | NÚMERO DO LEITO |
| | | ENFERM. | CPF MÉDICO SOLICITANTE | |

| | | | | |
|--|--|--|---|----------------|
| TIP. 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 - 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 10 - USO DE ÓRTESE/PRÓTESE | <input type="checkbox"/> 13 - UTI III | PROCEDIMENTO 3 | QTDE | PROCEDIMENTO 4 |
| <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 | QTDE | <input type="checkbox"/> 18 - MUDANÇA DE AIH 1 PARA AIH 5 | |
| <input type="checkbox"/> 17 - MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | <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 | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | |
| <input type="checkbox"/> 22 - PSIQUIATRIA | <input type="checkbox"/> 24 - ACOMPANHANTE PÓS-TRANSPLANTE | | | |
| MÉDICO SOLICITANTE Dr. Augusto Leite | DIRETOR CLÍNICO DA UNIDADE (ASSINATURA E CARIMBO) | DATA DA SOLICITAÇÃO 04/02/2019 | | |

| | | | |
|---|---|---|--|
| JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | | | |
| DADOS DA HISTÓRIA CLÍNICA E DO EXAME FÍSICO OS. V. base 5/3 + tuberculose 3-5- OS. V. base 5/3 + tuberculose 3-5- OS. V. base 5/3 + tuberculose 4-0- | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES | | | |
| TRATAMENTO | | | |
| PROCEDIMENTO AUTORIZADO | | | |
| DESCRIÇÃO DO NOVO PROCEDIMENTO | | | |
| AUTORIZADO <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | MOTIVO DA AUTORIZAÇÃO Dr. Carlos Soares Tavares Auditor Médica - CRM 4065 | | |
| DATA DA AUTORIZAÇÃO 04/02/2019 | CPF / MÉDICO AUTORIZADOR | | |
| MÉDICO SUPERVISOR Ps 55 | MÉDICO AUTORIZADOR (ASSINATURA / CARIMBO) | MÉDICO COORDENADOR DA AUDITORIA (ASSINATURA / CARIMBO) | |



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

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Javane Bispo de Santa Matrícula: 1073905
Enfermaria: _____ Convênio: Su
Diagnóstico: Fratura distal de ulna
Procedimento realizado: Red. cir. e fixação
Data da utilização: 08.02.19

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Antônio Carlos
CRM: _____

Dr. Antônio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2908 - TEOT 6824

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

| Código INSS / SIMPRO | Quantidade Utilizada | Descrição dos produtos |
|----------------------|----------------------|-------------------------|
| | 01 | Placa 3/3 Tuliato 3.5- |
| | 05 | Parafusos aut. rot 3.5- |
| | 01 | Parafuso externo 4.0- |
| | 7 | |
| | 2 | |
| | 1 | |

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Antônio Carlos CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

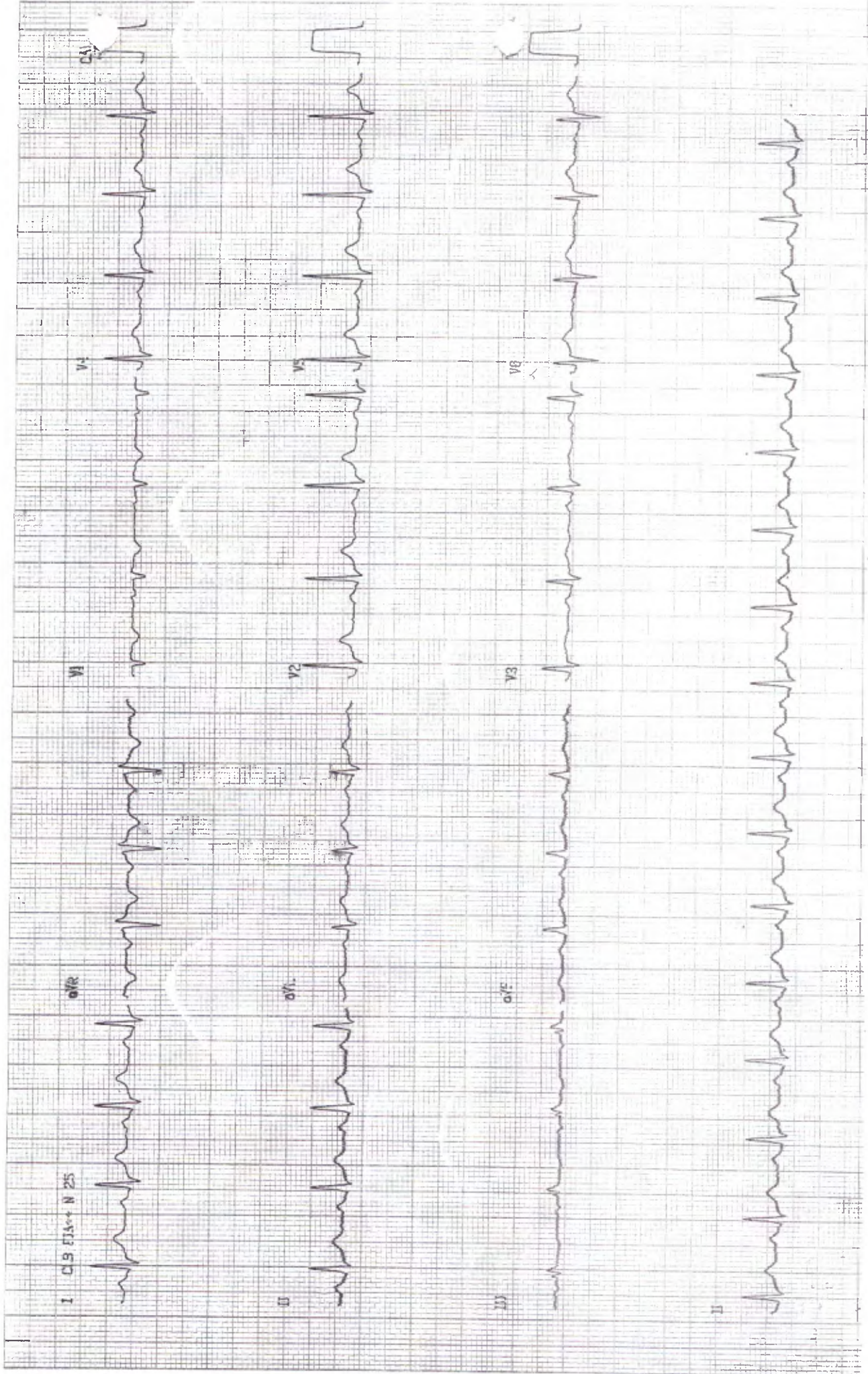
Data do recebimento: _____
Farmacêutico: _____

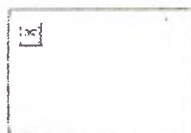
1ª via – Prontuário

2ª via – Fornecedor

3ª via – Farmácia

87





Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
Laboratório

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

B7

Atendimento 1073905
Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Atend Internamento
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminina
Leito ORT BUCO 807-Ortopedia I

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

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 05/02/2019 09:21

Material: Sangue Total
Metodo: Automatizado

ERITROGRAMA

A) Eritrócitos

3,78 milh./mm³

B) Hemoglobina

11,6 g/dl

C) Hematócritos

38,3 %

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M.

96,03 fl

B) H.C.M.

30,68 pg

C) C.H.C.M.

31,96 g/dl

D) R.D.W.

8,5 %

LEUCOGRAMA

A) Leucócitos (global)

7.600/mm³

B) Contagem diferencial

% /mm³

.Segmentados

68.3% 5190.8

.Eosinófilos

07.9% 600.4

.Basófilos

00.2% 15.2

.Linfócitos

17.5% 1330.0

.Monócitos

06.1% 463.6

PLAQUETAS

.Valor Encontrado

137.000 /mm³

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

82 - 96

26 - 34

30 - 36

10 - 15

5.000 a 10.000/mm³

40 a 70 1.600 a 7.300

01 a 04 50 a 400

00 a 02 00 a 200

20 a 50 1000 a 5000

03 a 10 150 a 1000

150.000 a 400.000/mm³

Mônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CREM 1986

Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CREM 0948

Anne Regina P.C. Carvalho
Biomédica
CREM 0776

Marina Lira Santana
Biomédica
CREM II - 1939

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CREM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CREM 2796

Jaqueline Lúcia dos Santos
Biomédica
CREM 2875

Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CREM 7309



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
Laboratório

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

Atendimento 1073905
Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Atend Internamento
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminino
Leito ORT BUCO 807-Ortopedia I

Convênio Sus Intemo
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: Ion Selectivo

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

Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
LaboratórioData: 05/02/2019
Hora: 17:02

Atendimento 1073905
Nome DAIANE BISPO DOS SANTOS
Tp.Atend Internamento
Endereço Povoado CAMPOS SN
Cidade
Sexo: Feminino
Leito ORT BUCO 807-Ortopedia I

Convênio Sus Interno
Med.Sol: Paulo 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

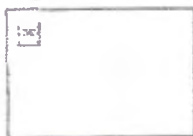
Marina Lira Santana
Biomédica
CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
Biomédica
CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795

Jaquelina Lúcia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909

Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia
LaboratórioData: 05/02/2019
Hora: 17:02

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.Soi: Paulo Márcio De Carvalho Salotti
Bairro:
Telefone: 996624019/999150379
Idade: 22 anos

CLORETO**Data Coleta:** 05/02/2019 09:21Material: Soro
Metodo: Ion Seletivo**RESULTADO****102 mmol/l****Referência**

96 - 106 mmol/l

CREATININA**Data Coleta:** 05/02/2019 09:21Material: Soro
Metodo: Cinenco**RESULTADO****0,95 mg/dl****Referência**H: 0,9 - 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 2660Diego Mascarenhas Nascimento
Biomédico
CRBM 2795Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2876Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 07/02/2019

Hora: 16:36

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:Cinetico

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

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



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 07/02/2019

Hora: 16:36

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: 998624019/999150379
 Idade: 22 anos

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Sangue Total
 Método: Automatizado

ERITROGRAMAA) Eritrócitos: 3,44 milh./mm³

B) Hemoglobina: 11,0 g/dl

C) Hematócritos: 33,1 %

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M: 96,22 fl

B) H.C.M: 31,98 pg

C) C.H.C.M: 33,23 g/dl

LEUCOGRAMAA) Leucócitos (global): 5.800 mm³B) Contagem diferencial: %...../mm³

.Segmentados: 60,2% 3491,6

.Eosinófilos: 05,0% 298,0

.Basófilos: 00,7% 40,5

.Linfócitos: 21,6% 1252,8

.Monócitos: 12,5% 725,0

PLAQUETAS.Valor Encontrado: 245.000 /mm³**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

82 - 95

26 - 34

30 - 35

5.000 a 10.000/mm³

40 a 70 1.600 a 7.300

01 a 04 50 a 400

00 a 02 00 a 200

20 a 50 1000 a 5000

03 a 10 150 a 1000

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 Mascarenhas Nascimento
 Biomédico
 CRBM 2795

Jaqueline Lícia dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
 Júnior
 Biomédico
 CRBM 7909



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 07/02/2019

Hora: 16:36

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
 Metodo: Automatizado

TEMPO DE PROTOMBINA: 13,9
 PROTOMBINA (ATIVIDADE): 89%
 INR: 1,11

Referência
 10,0 a 14,0
 70 a 100%
 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

Jaqueline Lúcia dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
 Júnior
 Biomédico
 CRBM 7909



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 07/02/2019

Hora: 16:36

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
Metodo: Coagulométrico

Tempo de Tromboplastina (TTPA)

30,2 Segundos

Referência

30 a 40 seg.

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



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 31/01/2019
Hora: 09:39

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: Cinetico

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

Jaqueline Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 31/01/2019

Hora: 09:31

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

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

Jaqueline Lícia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 31/01/2019

Hora: 23:24

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

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Sengue Total
 Método: Automatizado

ERITROGRAMA

A) Eritrócitos

3,44 milh./mm³

B) Hemoglobina

11,0 g/dl

C) Hematócritos

33,1 %

ÍNDICES HEMATIMÉTRICOS

A) V.C.M

96,22 fl

B) H.C.M

31,98 pg

C) C.H.C.M

33,23 g/dl

LEUCOGRAMA

A) Leucócitos (global)

5.800 mm³

B) Contagem diferencial

%...../mm³

.Segmentados

60.2% 3491.6

.Eosinófilos

05.0% 290.0

.Basófilos

00.7% 40.5

.Linfócitos

21.6% 1252.8

.Monócitos

12.5% 725.0

PLAQUETAS

.Valor Encontrado

245.000 /mm³

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

82 - 95

26 - 34

30 - 35

5.000 a 10.000/mm³

40 a 70 1.600 a 7.300

01 a 04 50 a 400

00 a 02 00 a 200

20 a 50 1000 a 5000

03 a 10 150 a 1000

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

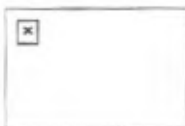
Marina Lira Santana
 Biomédica
 CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
 Biomédica
 CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
 Biomédico
 CRBM 2795

Jaqueline Licia dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
 Júnior
 Biomédico
 CRBM 7909



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 31/01/2019

Hora: 23:24

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
 Metodo: Automatizado

TEMPO DE PROTOMBINA: 13,9
 PROTOMBINA (ATIVIDADE): 89%
 INR: 1,11

13,9
 89%
 1,11

Referência
 10,0 a 14,0
 70 a 100%
 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

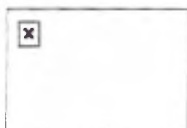
Marina Lira Santana
 Biomédica
 CRBM II - 1939

Fernanda S. Almeida
 Biomédica
 CRBM 2860

Diego Mascarenhas Nascimento
 Biomédico
 CRBM 2795

Jaqueline Lícia dos Santos
 Biomédica
 CRBM 2875

Raiton Rocha de Araújo
 Júnior
 Biomédico
 CRBM 7909



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 31/01/2019

Hora: 23:24

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 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

Jaqueline Licia dos Santos
Biomédica
CRBM 2875

Railton Rocha de Araújo
Júnior
Biomédico
CRBM 7909



Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia

Data: 31/01/2019

Hora: 23:24

Laboratório

| | | | |
|--------------------|-------------------------|------------------|---------------------|
| Atendimento | 1073855 | Data | 31/01/2019 09:31 |
| Nome | DAIANE BISPO DOS SANTOS | Convênio | Sus |
| Tp.Atend | Urgência | Med.Sol: | |
| Endereço | Povoado CAMPOS EN | 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

ReferênciaH: 0,9 - 1,3 mg/dl
M: 0,6 - 1,1 mg/dl**GLICEMIA**

Data Coleta: 31/01/2019 09:39

Material: Sengue 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

ReferênciaAdulto: 17 - 43 mg/dl
Criança: 11 - 45 mg/dlMônica Ribeiro de Oliveira Esmeraldo
Biomédica
CRBM 1986Edna Cristina Souza Santos
Biomédica
CRBM 0948Aline 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

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 INTERFEDRATIVO 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 ADMIS: **29/01/19**
NOME DA MÃE: **CRISPINIANA NASCIMENTO DOS SANTOS** DATA DE NASCIM: **09/01/97**
ENDEREÇO: **POV. CAMPOS** IDADE: **22**
CNS: **702808146785569** PLANO DE SAÚDE: **NÃO** ESTADO: **SERGIPE**
NATURALIDADE: **ITAPORANGA D'AJUDA -S.C.** 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 PCR 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 UMEROSQ.

RESUMO DA TERAPÊUTICA INSTITUÍDA E RESULTADOS

ANALGESIA + PROFILAXIA DE TVP

PARAMÉTRICOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

| p. 73 | Pressão Arterial | Saturação de O2 | Frequência Cardíaca | Frequência Respiratória | Glicemia | Uréia | 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 UMEROS 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 = 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 DIÁRIO 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 | | |

Dr. Antônio Brito Cabral
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1880

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 UMEROSQ.**

EVOLUÇÃO MÉDICA: ALERGICA A DIPIRONA

P. J. em 1. 11/8
61
CRM 1311 TEOT 15921

| | 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 DIÁRIO 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 | | |

Alergias D.P.R.N.O.S



Fundação
Hospitalar
de Saúde

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

PRONTO-SOCORRO ADULTO

Página n

Nome do Paciente:

ADIANE BISPO DOS SANTOS

Idade: 22

Sexo: F

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

29/11/19 Paciente de sexo feminino de
22 anos vítima de sintomas
menstruais sofrendo túbulo em
coração (E).

Apresenta fístula supra cardi-
aca única (E).

Alergias D.P.R.N.O.S

H.D.: fístula supra cardiaca única

C.D.: melhora do desvio por
alívio incisional
fístula supra cardiaca
por controle
abertura de curativo

Felipe Augusto Lopes Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 5839
EML 10/19/19

HOSPITAL DE URGENCIA DE SEROPÉ

EQUIPAMENTO 1

Pág Diagrama

ID Amost No_ID

Nome Pac DAIANE BISPO DOS SANTOS

ID Pac VT 1

Dr.

Anotação

Tipo Am Patient

DN

DT/HR Coleta

Obs 1

Obs 2

Sex Ignorado

SEQ# 6047 IDOP Admin

Corrida 29/1/2019 22:47

Test CBC

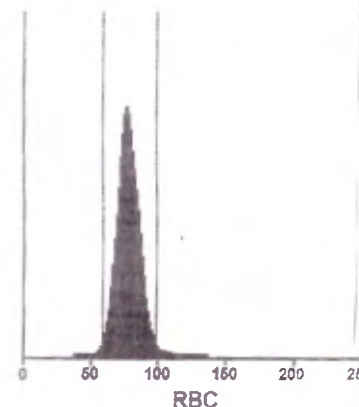
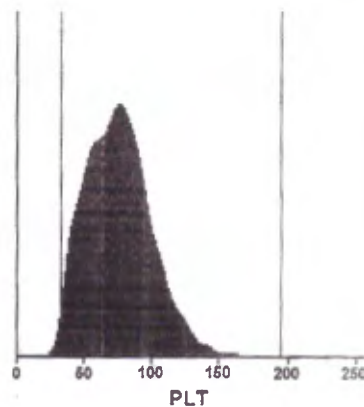
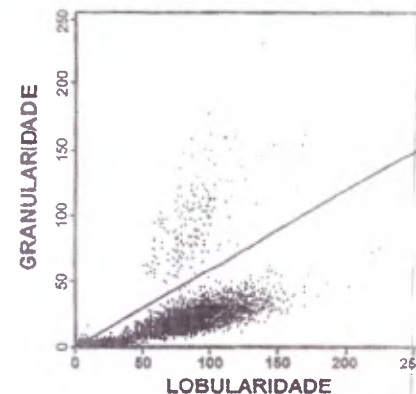
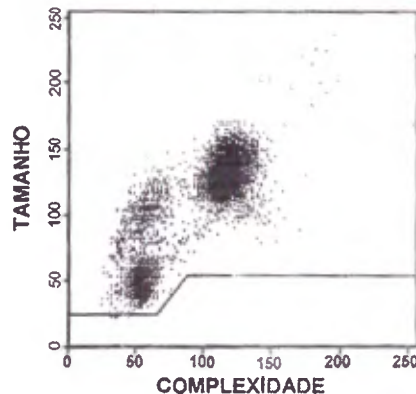
Modo Aberto Param 1

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



Q

| DIFERENCIAL MANUAL | | MORFOLOGIA HEM | |
|--------------------|---------|----------------|----------|
| NEU | META | NORMAL | MICRO |
| BAND | MIELO | POLICROM | MACRO |
| LYM | PRO | HIPOCROM | ANISO |
| MONO | BLASTO | POIQ | BASOPONT |
| EOS | LIN VAR | ALVO | |
| BASO | GRANTOX | ESFERO | NRBC |
| NOTA | | | |
| DIF POR | | DATA | |

| 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 | 1.00-5.00 % | MCH 27.0-32.0 |
| BASO | 0.00-.200 | 0.00-1.00 % | MCHC 31.0-36.0 |
| | | | RDW 11.0-16.0 |

INTERPRETAÇÃO

-----LEUC-----HEM-----PLT-----

ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO :

Anemia

TP = 15.9" 83.6 %, JNR - 1.12

MPA - 31.4"

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:

| Ensaio | 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: DALANE BISPO DOS SANTOS

Idade: 22

Médico: Dr. Luiz César D. Nascimento

Data Exame: 29/01/2019

Registro do Traçado: 01

Ritmo: Sinusal

Frequência Cardíaca: 114 bpm

SÂQRS: 60°

Conclusão: Taquicardia sinusal

Dr. Luiz Cesar D. Nascimento
Cardiologia – CRM 3445

Assinatura Eletrônica

Salvador/Bahia, 29 Janeiro 2019

ECG de Repouso

Exame: 1240

Nome: DAIANE BISPO DOS SANTOS

FC 113 bpm

Reg. Clín.: V. TRAUMA

29.01.2019

Filtros: 60Hz Muscular

Data: 29/01/2019

Nasc.: 09/01/1997

Vel.: 25 mm/s

DI 10

DII 10

DIII 10



aVR 10

aVL 10

aVF 10



V1 10

V2 10

V3 10



V4 10

V5 10

V6 10



DII 10



PRÉ- OPERATÓRIO ORTOPEDICO

ORTO *pedia*
C.B.N.F. ! *Neuro*

S/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1850966
CNS:

DATA: 29/01/2019
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 08:19

USUARIO: TRSANTOS

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
PROCEDENCIA...: ITAPORANGA D'AJUDA
ATENDIMENTO...: VITIMA DE ATROPELAMENTO
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] TC
[] LIQUOR [] ECG

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

DADOS CLINICOS: Alérgica a Dipirona DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 29/01/19

Pct vítima de atropelamento há 2h(?) em Itaporanga, trazida pelo SAMU em protocolo. Neg. perda de consciência.
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: em MSE e clavícula. Queixa-se de dor em maxila e em MSE e clavícula.

EF: A- VA perviás cervicig. B- Muta 47/na 54-99
DIAGNOSTICO: K= Bmf 40 SP FC=117Bpm D= ECG=45
E= tetura? em MSE e dor a pto em clavícula e maxila ABD e pelve ndn

Radiográfica de torax (PA) e clavícula (2).
MSE (ombro, braço e antebraço 2inc)
Prolenid 100mg + 100ml SFO.97 EL (feita pelo SAMU)
LA SUSPENSA
AVANÇADA DO BME

DATA DA SAIDA: / / DATA DA SAIDA: / /
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
EXAMINADO E ENFERMAGEM NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

REALIZADO EM 29/01/19
AS TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE [] APOS []
TÉCNICO EM RADIOLOGIA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL: BUE: [assinatura]
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO: [assinatura]
p. 81

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Saiane Bispo de Santa Matrícula: 1073805
Enfermaria: _____ Convênio: Su
Diagnóstico: Fratura distal de ulna com deslocamento
Procedimento realizado: Red. cir. p/ fixação
Data da utilização: 08/02/19

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Antonio E. Lara Arce CRM: _____
Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2831 - DET 6824

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

| Código INSS / SIMPRO | Quantidade Utilizada | Descrição dos produtos |
|----------------------|----------------------|--------------------------|
| | 01 | Placa 3/3 tubular 3.5. |
| | 05 | Parafusos aut. cort 3.5. |
| | 01 | Parafuso especial 4.0. |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: PTT CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____
Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Guilherme B. P. de S. S. Matrícula: 73805
Enfermaria: _____ Convênio: Su
Diagnóstico: Fratura de fêmur
Procedimento realizado: Fixação com placa e parafusos
Data da utilização: 08/02/19

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Antonio E. Lara Aze
CRM: 10000 *(Assinatura)* **Dr. Antonio E. Lara Aze**
Ortopedia - Traumatologia
CRM-2808 - TEOT 6824

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

| Código INSS / SIMPRO | Quantidade Utilizada | Descrição dos produtos |
|----------------------|----------------------|------------------------|
| | 01 | Placa 1/3 tubular 3.0 |
| | 05 | Parafusos 3.0 |
| | 01 | Parafuso 5.0 3.0 4.0 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: _____ CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

COPIAS DA FARMÁCIA

Data do recebimento: _____
Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor

3ª via - Farmácia

PACIENTE:

F B M C
Marlene Bispo de Santa

Nº DAAIH:

PRONTUÁRIO Nº

08-02-19
1073505

DATA DA CIRURGIA:

CONVÊNIO:

08-02-19
Sus

CIRURGIÃO:

PROCEDIMENTO:

Dr. Antonio Para

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 020124

| | MATERIAL | REF. | QUANT. | MATERIAL | REF. | QUANT. |
|--------------------|--|------|----------------|--|------|--------|
| Peq. Fragmentos | Arruela p/ Parafuso 3,5 | | | Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Umero | | |
| | 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 | | <i>05 E 01</i> | 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 Tubo <input type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Fêmur | | |
| | Placa A/ C Estreita 4,5 | | | Fixador Linear (Antebraço) | | |
| | 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° | | | Lamina de Cartilagem | | |
| | Parafuso Deslizante | | | Lamina de Osso | | |
| | Parafuso de Compressão | | | Equipo p/ Bomba Infusão | | |
| Quadril | Prótese Thompson | | | Equip. Multivias | | |
| | Parafuso p/ Acetabulo | | | Ponteira de Radiofrequência (Ablator) | | |
| | Acetábulo Bipolar | | | Parafuso Transverso | | |
| | Acetábulo N/ Cimentado | | | Parafuso de Interferência | | |
| | Acetábulo Cimentado | | | Agrafe | | |
| | Inserto do Acetábulo | | | Âncora Femural (Endoboton) | | |
| | Cabeça Intercambiável | | | Âncora | | |
| | Haste | | | Cânula | | |
| | Restritor de Cimento | | | Fio de Kirschner | | |
| | Componente Femoral | | | Fio de Steinmann | | |
| Joelho | Inserto Tibial | | | Fio de Cercagem | | |
| | Base Tibial | | | Grampo de Blount | | |
| | Componente Patelar | | | Placa Bloqueada 3,5 () | | |
| OPSITE | | | | Placa Bloqueada 4,5 () | | |
| Cimento Ortopédico | | | | Placa Titânio () () | | |
| Kit Cimentação | | | | Placa Pedus | | |
| Campo Cirúrgico | | | | | | |

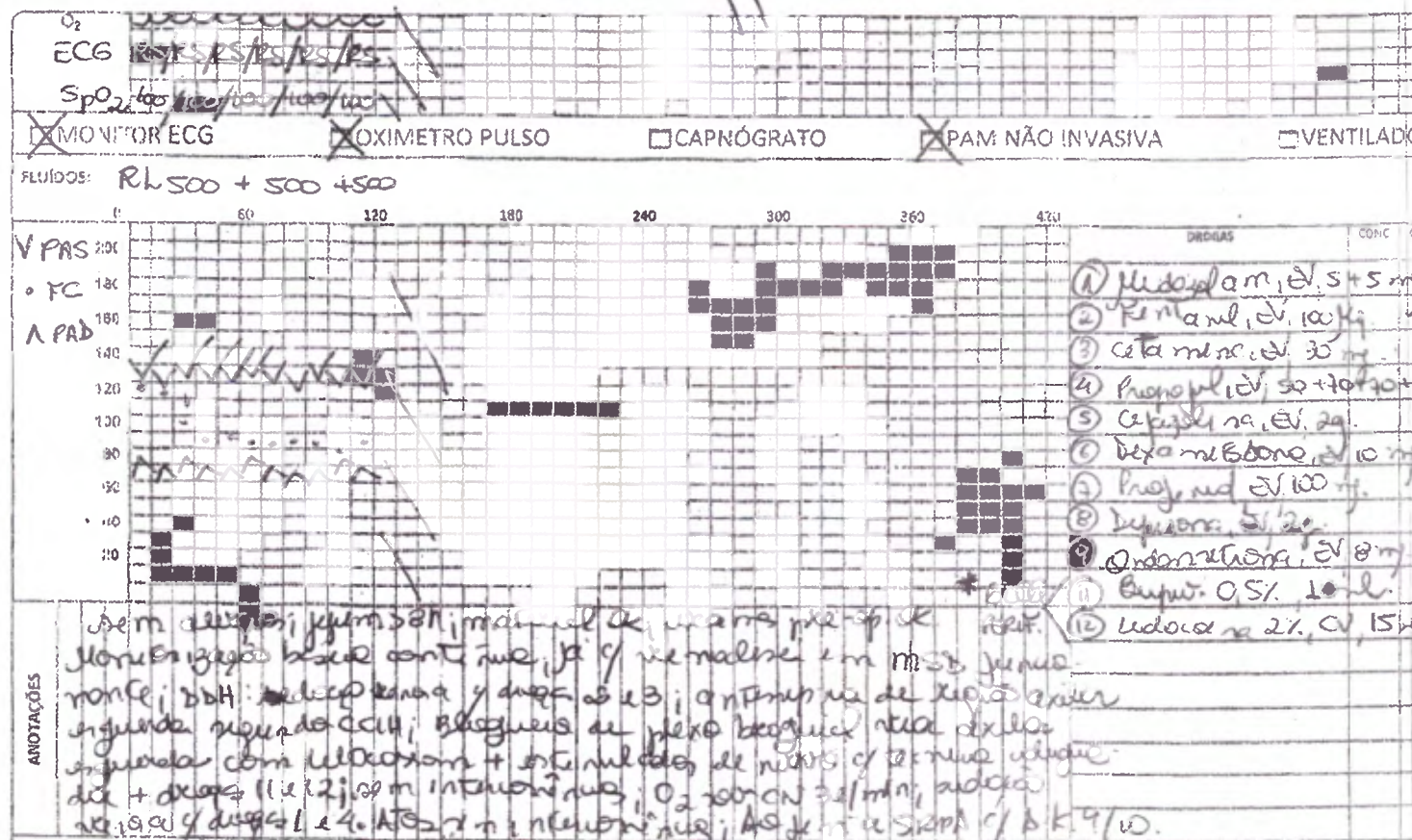
ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

| | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----|-----------|-----------|-----------|--|---|-----|--|--|--|--|--|--|
| PARAFUSO CORTICAL ____MM | Nº | | | | | PARAFUSO TITANIO CORTICAL ____MM | Nº | | | | | | |
| | QTD | | | | | | QTD | | | | | | |
| PARAFUSO CORTICAL 3,5MM | Nº | <i>22</i> | <i>24</i> | <i>40</i> | | PARAFUSO TITANIO CORTICAL ____MM | Nº | | | | | | |
| | QTD | <i>02</i> | <i>03</i> | <i>02</i> | | | QTD | | | | | | |
| PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM | Nº | <i>50</i> | | | | PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____MM | Nº | | | | | | |
| | QTD | <i>01</i> | | | | | QTD | | | | | | |
| PARAFUSO CORTICAL 4,5MM | Nº | | | | | PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO ____MM | Nº | | | | | | |
| | QTD | | | | | | QTD | | | | | | |
| PARAFUSO MALEOLAR 4,5MM | Nº | | | | | PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 3,5 | Nº | | | | | | |
| | QTD | | | | | | QTD | | | | | | |
| PARAFUSO ESPONJ. R/16 CURTA | Nº | | | | | PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT CANULADO 4,5 | Nº | | | | | | |
| | QTD | | | | | | QTD | | | | | | |
| PARAFUSO ESPONJ. | Nº | | | | | PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT | Nº | | | | | | |
| | QTD | | | | | | QTD | | | | | | |

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 08/02/19

| | | | | | | | |
|--|----------------|----------------------------------|---------------|---|--------|----------------------------------|-------------------------------------|
| PACIENTE: <u>Douane Basso dos Santos</u> | | | | MATRICULA: <u>1073905</u> | | CONVENIO: <u>SUS</u> | |
| IDADE: <u>22a</u> | SEXO: <u>F</u> | COR: | ENF: <u>X</u> | QUARTO: | LEITO: | APTO: | |
| CIRURGAO: <u>Antonio Lara</u> | | | | ANESTESISTA: <u>Fabrizio Dias Antunes</u> | | | |
| 1º AUXILIAR: <u>Maxela (Int.)</u> | | | | 2º AUXILIAR: | | | |
| DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATORIO: <u>Fratura supracondiliana de umero esquerdo</u> | | | | | | | |
| DIAGNOSTICO PÓS-OPERATORIO: <u>O mesmo</u> | | | | | | | |
| CIRURGIA PROPOSTA: <u>Redução cirurgica com fixação</u> | | | | | | | |
| CIRURGIA REALIZADA: <u>A proposta</u> | | | | | | | |
| PRÉ-MEDICAÇÃO: | | | | | | HORA: | RESULTADO: <u>1-2-3-4-5-6</u> |
| INÍCIO DA ANESTESIA: <u>09:00</u> | | INÍCIO DA OPERAÇÃO: <u>09:20</u> | | ALT DA ANESTESIA: | | RISCO OPERATORIO: <u>1-2-3-4</u> | ESTADO FÍSICO: <u>1-2-3-4-5-6-7</u> |



| | | | |
|---|---------------------|--|-------------------|
| TÉCNICA: <u>Bidoro // Bloqueio de plexo braquial via axilar</u> | | | |
| INDUÇÃO: | POSICÃO: <u>DDH</u> | LOCAL PUNÇÃO: <u>axilar</u> (<u>bloq. periferico</u>) | LÍQUIDO RETIRADO: |
| TÉCNICA: | POSICÃO APÓS: | POSICÃO OPERATORIA: | RESULTADO B.R.M. |
| DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: | | DURAÇÃO DA ANESTESIA: | CONSCIÊNCIA: |
| PÓS-OPERATORIO: <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> SRPA | | DESTINO DA SRPA: <input type="checkbox"/> LEITO <input type="checkbox"/> ALTA HOSPITALAR | CONDIÇÕES: |

p. 85 OBSERVAÇÕES: sem intercorrências

Fabrizio Dias Antunes
 ANESTESISTA



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

PAINE BISPO DOS SANTOS

MATRÍCULA:

1078905

IDADE:

22

CONVÊNIO:

PLU

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

+ TUMOR SUPRACONDILAR UMBILICAL

CIRURGIA REALIZADA:

RESECTOMIA GASTROCECÍLICA

CIRURGIÃO:

DR. ANTONIO LARA

ANESTESIOLOGISTA:

DR. FABRICIO

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

TUMOR SUPRACONDILAR UMBILICAL

EQUIPAMENTOS

☒ B. E. / BIPOLAR

☒ TRÉPANO ELÉTRICO

☐ SERRA ELÉTRICA

☐ MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

☐ FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

1. ANESTESIA - ENDOTRACHEAL
2. COLOCAÇÃO DE CAMPOS
3. INCISÃO POSTERIOR COLOMBO
4. LIGATURA E PROTEÇÃO DO UMBILICO
5. OSTIOTOMIA OBLÍQUA
6. RESECTOMIA GASTROCECÍLICA
7. FIXAÇÃO DO PLEDO E PAREDE DA
8. RESECTOMIA E FIXAÇÃO OSTIOTOMIA

08/02/19

DATA

MOD. 042-HCAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

Dr. Antonio F. Lameiro
Oncopeda - Traumatologia



HOSPITAL DE CLÍNICAS "DR. AUGUSTO LEITE"
RELATÓRIO DO ATO CIRÚRGICO

UNIDADE:

PACIENTE:

PAINE BISPO DOS SANTOS

MATRÍCULA:

1078905

IDADE:

22

CONVÊNIO:

PLU

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

+ TUMOR SUPRACONDILAR UTERO 2º

CIRURGIA REALIZADA:

RESECTOMIA GASTROCECILESTOMIA

CIRURGIÃO:

DR. ANTONIO LARA

ANESTESIOLOGISTA:

DR. FABRICIO

AUXILIAR:

AUXILIAR:

AUXILIAR:

ANESTESIA UTILIZADA:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

+ TUMOR SUPRACONDILAR UTERO 1º

EQUIPAMENTOS

☒ B. E. / BIPOLAR

☒ TRÉPANO ELÉTRICO

☐ SERRA ELÉTRICA

☐ MICROSCÓPIO CIRÚRGICO

☐ FONTE DE LUZ / FIBRA ÓTICA

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO:

1. ANESTESIA - ENDOTRACHEAL
2. COLOCAÇÃO COMPAS
3. INCISÃO POSTERIOR COLOMBO
4. LIGATURA E PROTEÇÃO DO UTERO
5. OSTIOMIA OBLICUA
6. RESECTOMIA GASTROCECILESTOMIA
7. FIXAÇÃO DO PLOID E PROTEÇÃO DA
8. RESECTOMIA E FIXAÇÃO OSTIOMIA OBLICUA

08/02/19

DATA

MOD. 042-HCAL

ASSINATURA DO CIRURGIÃO

Dr. Antonio F. Lameiro
Oncopeda - Traumatologia

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DE SERGIPE

NOME DO PACIENTE: Diagene Bezerra do Santos

RECEITUÁRIO

Reclusão Medicinal

Exame de urina com re-
sultado de número 5, grande
proteína, e presença de
sangue nas urinas de 7 dias, com
a presença de hematuria em
distinção com o glóculo de urina
de 7 e 8 dias. Realizando
diagnóstico mais provavelmente
apresentando sinais de infecção em
cistite e uretrite.

Cit. 10-15

20/04/09

[Assinatura]

NOME:

Juliana Bispo dos Santos

IDADE:

22

LEITO:

B4

UNIDADE:

Gato - 2

SEG

TER

QUA

QUI

SEX

SAB

D1

Risco de quedas relacionado à mobilidade física prejudicada.

D2

Risco de infecção relacionado à procedimentos invasivos.

D3

Dor aguda relacionada à agentes lesivos 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 relacionado 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

OBSERVAÇÕES:

NM: NÃO APLICÁVEL

MANHÃ

TARDE

N1

N2

N3

ENF. 1 RFF

ENF. 2 RFF

ENF. 3 RFF

ENF. 4 RFF

ENF. 5 RFF

ENF. 6 RFF

ENF. 7 RFF

Sérgia Rodrigues de Oliveira
CORENSE 583.170-ENF

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

SEGUNDA TERÇA QUARTA QUINTA SEXTA SÁBADO DOMINGO

1 Realizar mudança de decúbito se restrito 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

OBSERVAÇÕES:

MANHÃ

TARDE

N1

N2

N3



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL D. RURGIA
FICHA DE CONSUMO SALA CIRURGICA

PACIENTE: Luizine Bispo da Santa MATRÍCULA: 1073905 CONVÊNIO: SUS
CIRURGIA REALIZADA: cat vmeio DATA: 08/02/19 CIRURGIÃO: Dr. Antonio Lou
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
ANESTESIA: alveio + neocais ANESTESIOLOGISTA: Dr. Fernando Auloras
CIRGULANTE: _____

| MEDICAMENTOS | QNT | |
|---|-----|--|
| ÁCIDO TRANEXÂMICO (TRANSAMIN) 150MG\3ML | | NORADRENALINA 8MG\4ML |
| ÁGUA DESTILADA 10ML | | OXIDO DE ZINCO + VIT. A e D (HIPOGLOS) 30G |
| AMINOFILINA 240MG\10ML | | OMEPAZOL 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 | | PENINSULINA 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. INJETAVEL | 01 | TERBUTALINA (BRICANIL) 0.5MG\1ML |
| CEFTRIAXONA 1G SOL. INJETAVEL | | VANCOMICINA 50MG\ML |
| CETOPROFENO (PROFENID) 100MG PÓ UOFILO | 01 | EQUIPAMENTOS |
| CIPROFLOXACINO 200MG\100ML | | APARELHO DE AMESTESIA ✓ |
| CISATRACURIO (NIMBIUM) 10MG\5ML | | BISTURI ELETRICO / BIPOLAR ✓ |
| CLINDAMICINA (DALACIM) 600MH\4ML | | CAPNÓGRAFO |
| CLONIDINA SOL. INJETAVEL | | DESFIBILADOR |
| 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 | 02 | MONITOR CARDIACO ✓ |
| DOBUTAMINA 250MG\20ML | | 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 | | OXIGÊNIO ✓ |
| IOXITALAMATO DE MEGLUMINA (TELBRIX) | | PROTÓXIDO DE AZOTO |
| LIDOCAÍNA (S\VASO) 1% () 2% () | | VÁCUO |
| LIDOCAÍNA 10% SPRAY 50ML | | SOLUÇÕES PARENTERAIS DE GRANDE VOLUME |
| LIDOCAÍNA GELEIA (BISNAGA) 30G | | ÁGUA DESTILADA 1000ML |
| LIDOCAÍNA + EPINEFRINA (C\VASO) 20ML - 1% () 2% () | | SOLUÇÃO SORBITOL + MANITOL 1000ML |
| METOPROLOL 25MG COMP. | | SORO RINGER + LACTATO 500ML |
| METOPROLOL 50MG COMP. | | SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500ML |
| METRONIDAZOL 500MG\100ML | | SORO GLICOSADO 5% 500ML |
| METOCLOPRAMIDA (PLASIL) 10MG\2ML | | SORO GLICOFISIOLÓGICO 5% 500ML |
| NEOSTIGMINA 0.5MG\ML | | FIOS CIRURGICOS |
| ALGODÃO C\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () | | AÇO MONOFILAMENTO Nº 0 () 1 () 2 () 4 () 5 |
| ALGODÃO S\AG. Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () | | EQUIPO MICROGOTAS-QNT () EQUIPO P\ TRANSFUSÃO-QNT () |
| CATGUT CROM. 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 () INFANTIL () |
| | | IRRIGAFIX 4 VIAS |

PACIENTE: _____ MATRÍCULA: _____ CONVÊNIO: _____
 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. 7.0CM | LATEX 204 AMARELO () SILICONE () | |
| MONONYLON Nº 0 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 () | LUVA ESTERIL 7.0 | 03 |
| 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 () | PLACA DE BISTURI ELETRICO | |
| 7 () | SCALP Nº 19 () 21 () 23 () 25 () 27 () | |
| POLYCRYL Nº 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 8 () | SERINGA DESCARTAVEL 1ML () 60ML () | |
| | SERINGA DESCARTAVEL 3 ML () 5ML () | 01 |
| VICRYL Nº 0 5\AG. | SERINGA DESCARTAVEL 10ML | 02 |
| CATGUT. SIMPLES C\AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () | SERINGA DESCARTAVEL 20 ML | 02 |
| 4 () 5 () | SERRA DE GIGLI | |
| CATGUT. SIMPLES S\AG. Nº () 0 () 1 () 2 () 3 () | SONDA ASPIRAÇÃO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () | |
| 4 () 5 () | 16 () 18 () 20 () | |
| CERA P\ OSSEO | SONDA CATETER P\ OXIGÊNIO Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () | |
| ELETRODO DESCARTAVEL P\ MARCAPASSO | 16 () | |
| FITA CARDIACA FC 500 | SONDA DE FOLLEY 2 VIAS Nº 0 () 12 () 14 () 16 () 18 () | 20 () |
| KIT CATARATA 3\8 6.5MM REF KB5510 | 22 () | |
| LIGA CLIP 100 | SONDA DE FOLLEY 3 VIAS Nº 16 () 18 () 20 () 22 () 24 () | |
| LIGA CLIP 300 | | |
| MONOCRYL 0 REF Y967H 3.5CM | SONDA ENDOTRAQUEAL ARAMADA C\ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () | |
| MONOCRYL 3 REF Y305 1.5CM | 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () | |
| MONOCRYL 3.0 REF 8450-30 | | |
| MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR | QNT Sonda ENDOTRAQUEAL C\ BALÃO Nº 3.0 () 3.5 () 4.0 () 4.5 () | |
| ALGODÃO HIDROFILO | 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () 9.0 () 9.5 () | |
| A CATH Nº () 14 () 16 () 18 () 20 () 22 () 24 | | |
| ABAIXADOR DE LINGUA (ESPATULA) | SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () 3.5 () | |
| AGULHA DESCARTAVEL Nº () 13X0.45 () 30 X0.70 () | 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () | |
| 30X0.80 () 40X0.12 | | |
| AGULHA PERIDURAL Nº () 16 () 18 () 19 () 20 | SONDA ENDOTRAQUEAL S\ BALÃO Nº 2.0 () 2.5 () 3.0 () | |
| AGULHA DE RAQUI Nº () 25 () 27 | 3.5 () 4.0 () 4.5 () 5.0 () 5.5 () 6.0 () 6.5 () | |
| ATADURA ALGODÃO ORTOPEDICO 10CM () | | |
| 15CM () 20CM () | SONDA GASTRICA Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () | |
| ATADURA CREPOM 10CM | 20 () 22 () | |
| ATADURA CREPOM 15CM | SONDA RETAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () | |
| ATADURA CREPOM 20CM | 20 () | |
| ATADURA GESSADA 10CM () 15CM () 20CM () | SONDA URETRAL Nº 4 () 6 () 8 () 10 () 12 () 14 () 16 () 18 () | |
| BOLSA DE COLOSTOMIA | 20 () | |
| CÂNULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7.0 () 7.5 () 8.0 () 8.5 () | SONDA CATETER TIPO OCULOS | 01 |
| 9.0 () | TORNEIRA PLASTICA 3 VIAS | |
| CAPA P\ MICROSCÓPIO () CAPA P VÍDEO () | FRACIONADOS | QNT |
| COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO | CAL SOLDADA | |
| DRENO DE KERH EM T Nº 12 () 4 () 5 () 6 () | ESPARADRAPO COMUM | 10cm |
| DRENO DE SUÇÃO Nº 3.2 () 4.8 () 6.4 () | ESPARADRAPO ANTIALERGICO | |
| DRENO DE TORAX Nº 28 () 36 () | ETER SULFURICO | 02/05 |
| DRENO PETIOSE Nº 1 () 2 () 3 () 4 () | FORMOL 10% | 02/05 |
| ELETRODO DESCARTAVEL | GORRO TURBANTE | 02 |
| EQUIPO MACROGOTAS C\ INJETOR LATERAL | MÁSCARA DESCARTAVEL | 02 |
| ESCOVA PVPI | POLVIDINE TÓPICO | 12/05 |
| ESPONJA GELFOAM MEDICINAL | POLVIDINE DEGERMANTE | 5cm |

| | | |
|---|--|--|
| 1-PO: <input type="checkbox"/> 2-Químico <input type="checkbox"/> 3-Eutrofico <input type="checkbox"/> 4-Obeso | 5-COMPANHIA: <input type="checkbox"/> Desacompanhado <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> Profissional | 6-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado |
| 7-SCIENTIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Doloroso | 8-ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Inacessível | 9-6-LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| 10-7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero | 11-8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético | |
| 12-9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero | 13-vezes / vezes Alterações nas fezes: | |
| 14-10-DIURESE: Ausente: _____ horas <input type="checkbox"/> Presente: _____ vezes | 15-11-Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade | 16-12-Alterações na urina: |

Paciente no leito em decúbito dorsal, calma, Orientada, Consciente
 e respondera em 100% de GCS, hidratado.
 Paciente no leito sem queixas até o momento.
 Paciente recebeu o banho Osecuro pela equipe de enfermagem.
 Administração, Letelatina 100 mg + 100 ml, SK 0,4% IV, conforme prescrição.
 Administração, Letelatina 1g IV, conforme prescrição.
 Paciente dormindo no leito.
 Administração, Letelatina 1g IV, conforme prescrição.
 Sinais vitais dentro de parâmetros normais.

[illegible][illegible]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Darione Design de Souto

22

51

0000070

570

20. Pq. intona o canto singelo, em voz, acompanhado de magreir e jucois
a do alto, redondo R, e, colina, suplica, aguil, ois vira
paga bem os caridos da equipe de infançoa

| | | | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|---|--|
| 13:00 as 19:00 h | | BIOTIPO: <input type="checkbox"/> Caquético <input checked="" type="checkbox"/> Eutrófico <input type="checkbox"/> Ohezo | | 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 | |
| CONSCÊNCIA: <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"/> Anoréxico | | | | | |
| 9-EVAQUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero | | Alterações nas fezes: | | | | | |
| 10-DILUIRESE: Ausente: _____ horas <input checked="" type="checkbox"/> Presente: _____ vezes | | <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade | | Alterações na urina: | | | |

Paula Roberta de Jesus Santos

Paula Tainan
Assinatura e identificação
Téc. em Enfermagem
mo42/SE 1000046

HOSPITAL

CIRURGIA

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME:

Quiane Bispo dos Santos

IDADE:

22

LEITO:

07

REGISTRO:

1043905

UNIDADE:

Interno I

1-BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambulante ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVAQUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 10-DIURESE: Ausente: ☐ horas ☒ Presente: ☐ vezes ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade Alterações na urina:

00 - Paciente no leito, sem queixas até o momento, em uso de AUP no NSD

00 - Aceitou o café da manhã, oferecido pela nutrição

00 - Realizou banho no leito + esfrega do leito + troca a limpeza do curativo

00 - Aceitou o suco, oferecido pela nutrição

00 - Paciente em uso de soro, conforme prescrição médica

00 - Aceitou o almoço, oferecido pela nutrição

00 - Realizou IV de glicose 5% de perdura, conforme prescrição médica

00 - Paciente bem nos cuidados da equipe de enfermagem

00 - Paciente bem, sem queixas

00 - Paciente se deambulando pela enfermagem

00 - Aceitou o suco, oferecido pela nutrição

00 - Aceitou o almoço, oferecido pela nutrição

00 - Paciente bem, sem queixas

19:00 h

BIOTIPO: ☐ Caquético ☒ Eutrófico ☐ Obeso 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional 3-LOCOMOÇÃO: ☒ Deambulante ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado

CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☒ Verbal ☐ Doloroso 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☒ Não

7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico

9-EVAQUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero 10-DIURESE: Ausente: ☐ horas ☒ Presente: ☐ vezes ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade Alterações na urina:

00 - Paciente bem, sem queixas

00 - Paciente se deambulando pela enfermagem

PÓS-OPERATORIO 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 GÁSTRICA/ENTERAL () OSTOMIA
 () FRALDA () DRENO SUÇÃO: ____ () DRENO PENROSE: ____ () DRENO TORÁCICO: ____ () DRENO TORÁCICO

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

30/05/2019

| | | | | | | |
|-----|--------------|---------------------------|--------------|------------------------|----------------|-----------|
| 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 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 | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| IAK | TOTAL | | | | | | |

HORARIO DE ALTA - SRPA: ____ h.

ASSINATURA - ANESTESIOLOGISTA/CRM:

ASSINATURA - ENFERMEIRO (A)/COREN:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Daiane Rêgo dos Santos Procedência: _____ Matrícula: 1073905
Idade: 22 Sexo: () M () F Data de admissão: ____/____/____ Leito: _____

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 dipirona e Dexamet
- 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): calmonte, remédio de estômago

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)

HORÁRIO: 05:05 h. paciente adm no SRPA para submeter-se a procedimento cirúrgico, veio em maca em companhia da equipe de enfermagem, calma, amigável, atenciosa, concordando com a realização respondendo a solicitações de enfermagem.
A mesma relata alergia a medicamento dipirona e Dexamet, faz uso de medicamento p/ estômago, calmonte. Como laboratório não da medicamento, faz uso de AYP em 150ml titulizada.

ASSINATURA: Bilacourt Santo

COR-152/1358734-TF

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: _____
- Instrumentador: _____
- Anestesiologista: _____
- Circulante: _____

SERVIÇO DE APOIO

- Hemotransfusão com SO () SIM () NÃO
- () 1ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- () 2ª Infusão: Volume: _____ Horas: _____
- () 3ª 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)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: ____:____ h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: ____:____ h.

ASSINATURA:

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

DISPOSITIVOS EM USO

() CATETER O₂: _____ L/MIN () MÁSCARA O₂ - FIO₂: _____ % () VMI/TOT - Modo: _____ e FIO₂: _____ % () VMI/TQT - Modo: _____ e FIO₂: _____ % () MARCAPASSO
 () CATETER VENOSO PERIFÉRICO () CATETER VENOSO CENTRAL () CATETER PERITONEAL () Sonda Vesical () Sonda Gástrica/Enteral () OSTOMIA
 () FRALDA () DRENO SUÇÃO: _____ () DRENO PENROSE: _____ () DRENO TORÁCICO: _____ () DRENO TORÁXICO

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

| | | | | | | |
|-----|---------------|----------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------|
| 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. *paciente adm na SRPA, após ato cirúrgico, está calma em efeito analgésico + AVP em USD + sedoterapia. FC 92, SpO₂ 98% PA segue aos cuidados da enfermagem*

ASSINATURA: *Cátia Bitencourt Santos*
 COREN/SE 1358734-TE

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

HORARIO: _____ h. *Paciente recebe alta SRPA para sua unidade de origem*

DESTINO/UNIDADE:

ASSINATURA: *Simone Santos Pinheiro*
 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 | | | | | |
| | 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 | | | | | |
| IAK | TOTAL | | | | | | |

HORARIO DE ALTA: _____

ASSINATURA: ANESTESIOLOGISTA _____

11:30h Pela BIC, 150ml hemodinamíamora

Dra. Isabella *Santos*
 Anestesiologista
 2347

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Davina Bruno dos Santos Procedência: União Matrícula: 1073905
Idade: 22 Sexo: () M () F Data de admissão: 07/04/19 Leito: 1307

TRANS-OPERATÓRIO (Admissão no Centro Cirúrgico)

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

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Estado clínico do paciente)



HORÁRIO: _____ h.
Paciente admitido na SAEP acordando, consciente, verbalizando em uso de gelco local, fixado.

ASSINATURA:

Pro. Cleia Torres Costa

INTRA-OPERATÓRIO (Admissão na Sala Operatória - SO)

EQUIPE CIRÚRGICA

- Cirurgião: Dr. Antonio Lora
- Instrumentador: Marcos
- Anestesiologista: Dr. Fabiano
- Circulante: Leandro

SERVIÇO DE APOIO

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

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

- Proposto: _____ Realizado: _____
- Horário - Início: _____ h e Termina: _____ h.
- Monitoração: () ECG () Oximetria () PANI () Pressão invasiva
- Técnicas Anestésicas: () Geral venosa () Geral Intravenosa () Geral combinada () Peridural com cateter Peridural sem cateter () Raqui-anestesia () Bloqueio () Sedação () Local
- Posição Cirúrgica: () Dorsal () Ventral () Ginecológica () Lateral D () Lateral E () Outras
- Local da placa dispersiva: p. esquerdo
- Incisão Cirúrgica - local: _____
- Curativo - Tipo e local: Curativo

REGISTRO DE ENFERMAGEM (Ocorrências e Intercorrelações)

HORÁRIO DE ENTRADA NA SO: _____ h. HORÁRIO DE ENCAMINHAMENTO PARA SRPA: _____ h.

Paciente admitido na SO para procedimento cirúrgico, como, ce, cliente orientado, monitorado PA, 106x65 mmHg, Fe 79 bpm, SpO2 100%. Realizado anestesia e do cirúrgico. Paciente encaminhado para SRPA que usou o protocolo e se manteve monitorado e hidratado após o cirúrgico.

ASSINATURA:

Pro. Cleia Torres Costa 10/14/09 Coren Carval
 Maria M. Oliveira Carval
 Secretária Clínica
 1177750

| | | |
|---|--|---|
| 1-BIOTIPO: <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"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Impossibilitado |
| 4-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"/> Inacessível | 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 | vezes <input type="checkbox"/> 8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico | |
| 9-EVACUAÇÃO: <input checked="" 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: _____ vezes | <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade | Alterações na urina: |

[illegible]

| HORARIOS | 08 | 10 | 12 | 14 | 16 | 18 | 20 | 22 | 24 | 02 | 04 | 06 |
|------------|----|----|--------|----|--------|--------|----|----|----|----|----|----|
| ratura | | | 563 | | 760 | 360 | | | | | | |
| p Arterial | | | 900x70 | | 900x70 | 900x70 | | | | | | |
| faca | | | 93 | | 81 | 80 | | | | | | |
| iratória | | | 10 | | 13 | 18 | | | | | | |

[illegible]

Maxine Rappaport Hovav

Tel: 020 7700 7600
Fax: 020 7700 7601
E-mail: enquiries@bakerham.com
Web: www.bakerham.com

CONFIDENTIAL SF 81648

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME: Quana Bepo dos
 IDADE: 84 LEITO: 2073905 REGISTRO: 07/3905 UNIDADE: Obstetria

TIPO: ☐ Casuístico ☒ Eutófico ☐ Obeso
 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☒ Familiar ☐ Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 5-ORIENTAÇÃO: ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 7-NUTRIÇÃO: ☒ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☒ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 Alterações nas fezes:
 10-DIURESE: Ausente: horas ☐ Presente: vezes
☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade
 Alterações na urina:

2. Paciente admitido para pós-parto imediato da gravidez atendida durante o pré-natal. O parto ocorreu a termo, com parto normal, com o bebê em boas condições e com o placenta intacto. A mãe está bem, sem complicações.

Assinatura e identificação
 Helena Carla dos Santos
 Técnica de Enfermagem

1-PO: ☐ Casuístico ☐ Eutófico ☐ Obeso
 2-COMPANHIA: ☐ Desacompanhado ☐ Familiar ☐ Profissional
 3-LOCOMOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
 5-ORIENTAÇÃO: ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Confuso ☐ Inacessível
 6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
 7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
 8-INGESTÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anorético
 9-EVACUAÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
 Alterações nas fezes:
 10-DIURESE: Ausente: horas ☐ Presente: vezes
☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade
 Alterações na urina:

3. Paciente em pós-parto imediato, com o bebê em boas condições e com o placenta intacto. A mãe está bem, sem complicações. O parto ocorreu a termo, com parto normal, com o bebê em boas condições e com o placenta intacto. A mãe está bem, sem complicações.

| 1- NUTRIÇÃO: | | 2- COMPANHIA: | | 3- LOCOMOÇÃO: | | 4- DEAMBULAÇÃO: | | 5- ORIENTAÇÃO: | | 6- LESÃO POR PRESSÃO: | | 7- INGESTÃO: | | 8- INGESTÃO: | | 9- EVACUAÇÃO: | | 10- DIURSE: | |
|--|-----------|--|----------------|--|--------------|--|----------------------|----------------|-------------|-----------------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-----------|---------------|-----------------------|--------------------------------|--|
| Caquiético | Eutrófico | Obeso | Desacompanhado | Familiar | Profissional | Deambula | Deambula com auxílio | Acamado | Imobilizado | Orientado | Desorientado | Confuso | Inacessível | Normal | Diminuída | Acorético | Alterações nas fezes: | Alterações na urina: | |
| 7- NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero | | 8- INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero | | 9- EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero | | 10- DIURSE: Ausente: <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> | | 11- HORAS | | 12- DIAS | | 13- MES | | 14- ANO | | 15- DATA | | 16- ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO | |
| 17- NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero | | 18- INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero | | 19- EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero | | 20- DIURSE: Ausente: <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> | | 21- HORAS | | 22- DIAS | | 23- MES | | 24- ANO | | 25- DATA | | 26- ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO | |

[illegible]



**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:

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. Emidio 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 procuração, bem como prova da alegada hipossuficiência 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 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 **2019000976391-59**.



**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:

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 2ª 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.

Diante 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: DAIANE BISPO DOS SANTOS | |
| CPF: 078.684.745-05 | IDENTIDADE: 7.089.364-0 |
| Endereço: Rua ALTO DO COELHO, nº 153 | Pov. Campos |
| Bairro: AREA RURAL | Cidade: ITAPORANGA D'ASUDA |

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 adjudiciais 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, 24 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

RENDIA 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

Hatanga Angola 25/04/2019
Local e Data

DAIANE BISPO DOS SANTOS
Assinatura do Responsável pela Unidade Familiar(RF)

Assinatura do Entrevistador/Responsável pelo Cadastramento

Wagner Batista Alves
Assistente Social
RESS 2698 18ª Região / SE

Caso o RF não saiba assinar, o entrevistador registrará a expressão "A ROGO" e, a seguir, o nome do RF. (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. Emidio 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. Emidio 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. 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:

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 Felisbello 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 do 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**.

