



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO, brasileiro, casado, desempregado, portador do RG nº 347098-9 SSP/MA, inscrito no CPF sob o nº 005.771.602-14, residente e domiciliada na AV, Nazaré Filgueira nº 683 1, Senador Hélio campos, Boa Vista/RR.

OUTORGADO: DR. ADONILTON DA CONCEIÇÃO, brasileiro, un. estável, advogado, devidamente inscrito na OAB/RR 1987, com escritório profissional na Rua Pedro Aldemar Bantim, nº 3693, Jardim Tropical, Boa-Vista/RR.

PODERES: Aos quais confere plenos poderes "*ad judicium*", para defender os interesses do(s) outorgante(s) em qualquer Juízo, foro ou instância, inclusive Justiça do Trabalho e Justiça Militar, Repartições Públicas, ou Autarquias, propor ações, interpor recursos, transigirem livremente, desistir, confessar, emitir e receber recibos, propor e aceitar conciliações, receber Alvará Judicial e mais todos os poderes mencionados no art. 105 do Código de Processo Civil exceto de receber a primeira citação, e mais, ainda, podendo substabelecer, com ou sem reservas os poderes acima conferidos.

Boa Vista – RR, 20 de fevereiro de 2020.



JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

Outorgante

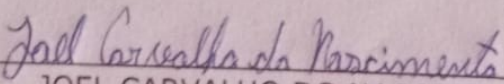
**Rua Poraquê, Nº 1693, Santa Tereza, CEP: 69.300-000
BOA VISTA-RR**

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

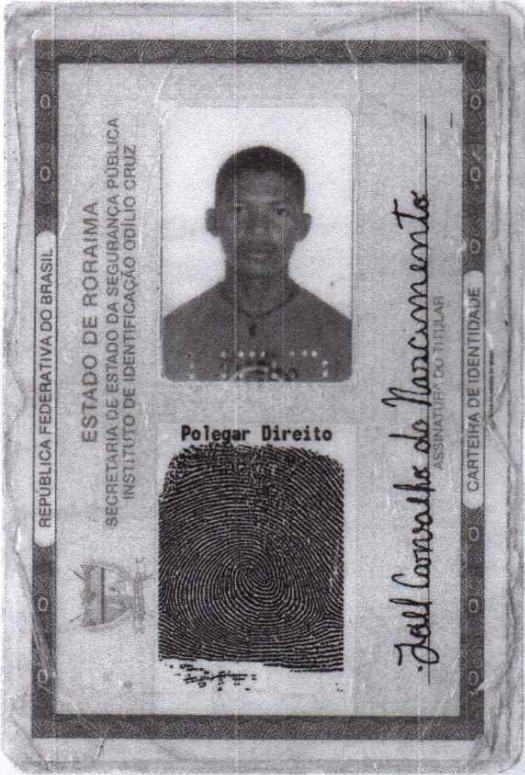
OUTORGANTE: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO, brasileiro, casado, desempregado, RG de nº 347098-9 SSP/MA, CPF de nº 005771602-14, residente e domiciliado na Av. Nazaré Filgueira, nº 6831, CEP: 69.316-398, BOA VISTA-R, vem por meio de seu advogado e procurador, devidamente inscrito na OAB/RR 1987 conforme procuração em anexo, tendo seu escritório profissional localizado na Rua: Pedro Aldemar Bantim, nº3693 nesta capital.

DECLARAR, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Boa Vista/RR, 17 de julho 2020.


JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

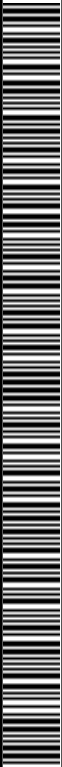
REGISTRO GERAL	347098-9	DATA DE EXPEDIÇÃO	22/05/2006
NOME	JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO		
FILIAÇÃO	MILTON LIMA DO NASCIMENTO MARIA DO PERPÉTUO SOCORRO DA SILVA CARVALHO		
NATURALIDADE	PIO XII - MA	DATA DE NASCIMENTO	28/07/1989
DOC ORIGEM	CERTD NASC 27257 FLS 167 LIV A-52		
CPI	PIO XII - MA		

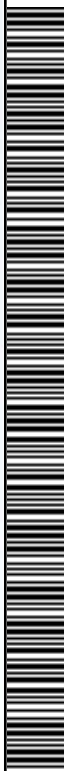
1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do IIIC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 7





RORAIMA ENERGIA

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

Nº da Nota Fiscal: 4595025

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

SEU CÓDIGO

0140559-4

CONTA MÊS

FEVEREIRO/2020

VENCIMENTO

01/03/2020

CONSUMO (kWh)

315

TOTAL A PAGAR (R\$)

287,19

MARIA DO PERPETUO SOCORRO DA SILVA CARVA CPF: 00051234483220

AV NAZARE FILGUEIRAS 683 1 - SENADOR HELIO CAMPOS

CEP: 69.316-396 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA (KWH)		DATAS DA LEITURA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Atual:	8954	Atual:	11/02/2020	Grupo/Subgrupo:	11112
Anterior:	8639	Anterior:	14/01/2020	Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Dias de consumo:	28	Próxima leitura:	11/03/2020	Ligação:	BIFÁSICA
Constante de Multiplicação:	1,000	Emissão:	10/02/2020	Número Medidor:	16TD604694
Consumo medido:	315	Apresentação:	11/02/2020	Forma de Faturamento:	NORMAL
Consumo Faturado:	315			Modalidade:	M 1420322

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	315 A R\$ 0,765725 =	241,20
CORREÇÃO MONETARIA DA 12/19-00		0,37
CORREÇÃO MONETARIA IG 12/19-00		4,86
MULTA POR ATRASO DE I 12/19-00		1,91
JUROS DE MORA POR ATR 12/19-00		0,35
MULTA POR ATRASO 12/19-00		4,60
JUROS DE MORA DE IMPO 12/19-00		2,53
ILUMINACAO PUBLICA		31,37

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 315 - 0,617770

Média 12 meses: 321

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
FEV/19	139
MAR/19	169
ABR/19	167
MAY/19	185
JUN/19	146
JUL/19	163
AGO/19	135
SET/19	134
OUT/19	410
NOV/19	338
DEZ/19	303
JAN/20	365
FEV/20	315

Unitade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 26/02/2020. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na CERASA.

Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

Mes/Ano Valor R\$

01/2020 319,16

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

RESERVADO AO FISCO 8104.CC9C.7638.D213.711E.F214.4727.F6A9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$				
Energia:	130,20	Encargos:	7,37	Base de Cálculo:	241,20	ICMS:	17,00%	41,00
Distribuição:	57,03	Tributos:	46,60			PIS:	0,41%	0,99
Transmissão:	0,00					COFINS:	1,51%	4,61

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82	
Realizado	0,00			0,00			0,00	

Conjunta DISTRITO Período de apuração: 12/2019 EUSD: 91,32

ROT: 28.001.26.25.109703

RORAIMA ENERGIA

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0140559-4

MÊS FATURADO

02/2020

Nº da Nota Fiscal: 4595025

TOTAL A PAGAR - R\$

287,19

VENCIMENTO

01/03/2020

FCAM*

83690000002 4 87190075000 5 00000000140 4 55940220008 8

SEQ.: 0025 UC: 0140559-4 DT.LEIT.: 11/02/2020 T.ENTR.: 07

LEITURA: 8954 NORMAL TOTAL: 287,19 CARGA: A01

DT.VENC.: 01/03/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4261





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 027250/2016

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 28/08/2016 06:14

Data/Hora Fim: 28/08/2016 06:25

Origem: Polícia Militar Nº do Documento: J 805654 Data: 27/08/2016

Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 27/08/2016 20:03

Local do Fato

Município: Boa Vista

Logradouro: Rua Solon Roderigues c/ Camelo

Bairro: Nova Canaã

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)	Lei Maria da Penha
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve	Não

ENVOLVIDO(S)

Nome: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 27

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av: Nazare Filgueira

Bairro: Senador Hélio Campos

Nº: 683

Nome: HALYM ALIM RODRIGUES FERREIRA (CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 29

Estado Civil: Divorciado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua SB

Bairro: Dr. Silvio Botelho

Nº: 199

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

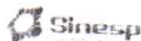
RELATO/HISTÓRICO

Senhor delegado, fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito com danos materiais e vítimas no endereço supracitado. No local, constatamos o sinistro e conforme relato dos envolvidos a dinâmica do acidente foi que: o item-1, condutor da motoneta BIZ, NAM-1134, PRETA trafegava pela Rua Carmelo no sentido Ataíde Teive/ bairro quando colidiu com motocicleta HONDA CG FAN, NAP-5405, VERMELHA conduzida pelo item-2, que trafegava em sentido oposto da mesma rua quando este tentou realizar manobra de ultrapassagem em outro veículo. O SAMU e o BOMBEIROS conduziram as vítimas ao PSE. O Perito EDUARDO esteve no local e fez o levantamento de sua competência. Com a anuência dos respectivos condutores os veículos foram entregues: a BIZ foi entregue ao Srº David Lima da Silva, CNH: 04485657547 e a TITAN entregue ao Srº Celisvaldo Santos de Castro, CNH: 05107926607 /Era o que tinha relatar.

ASSINATURAS

Manassés Costa de Oliveira
Responsável pelo Atendimento

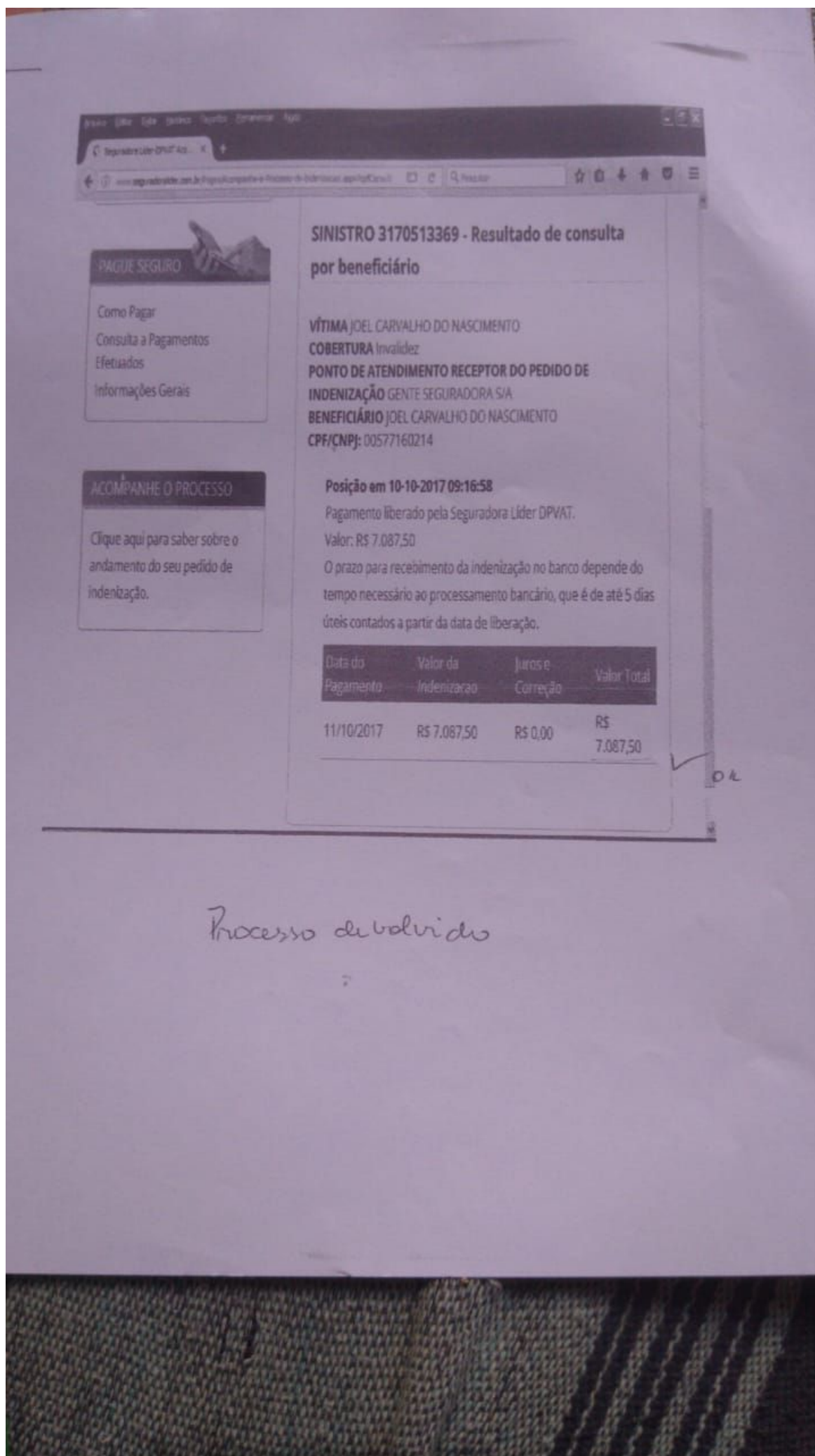
Polícia Militar do Estado de Roraima
Comunicante

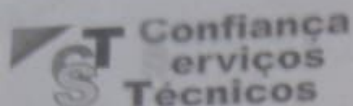


Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 21/08/2017 12:05
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos





CNPJ: 04.205.355/0001-78

8 CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

De um lado **Confiância Serviços Técnicos (CST)**, comprometendo-se em desenvolver um excelente serviço dentro das Normas Legais, responsabilizando pela Resolução do Seguro **DPVAT** Sr (a) **JOEL CARVALO DO NASCIMENTO** Do outro lado representado pelo o Sr. **JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO** responsabilizando-se em pagar os serviços referentes à resolução do seguro citado, no ato de sua conclusão, sendo que a quantia a ser paga é de **25% (Vinte Cinco por Cento)** do valor total a ser recebido pelo Beneficiário. As despesas efetuadas referente ao laudo médico e abertura de conta bancária são de inteira responsabilidade do beneficiário. Caso não haja cumprimento do acordo de pagamento, a Confiância Serviços Técnicos estará no direito de exigir judicialmente o valor combinado, ficando as despesas do processo por conta do contratante. Estando ciente do contrato, assino.

TEL: (95) 9132-6266 3015-6120

DATA DO ACIDENTE 27/08/2016

LOCAL DO ACIDENTE RUA CARMELO BAIRRO SILVIO BOTELHO

BOMBEIRO () RESGATE () ROP (X) SAMU (X) OUTROS:

ENDEREÇO: AV NAZARE FILGUEIRA N 683 - SENADOR HELIO CAMPOS

INDICADOR: TEREZINHA

Boa Vista-RR, 07 de dezembro de 2016.

JOEL CARVALHO DE OLIVEIRA

RG N° 3470989

CPF 005.771.600

1° TESTEMUNHA

2° TESTEMUNHA

TELMA SANTIAGO GUEDES

RG: 5.398.875 SSP/MG

CPF: 739.248.066-91

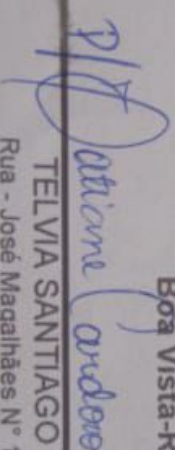
CONTRATADO

Av. Bento Brasil, n° 248 - Centro

CEP: 69.301-050

Tel: (95) 3624-4407/ 99113-1179

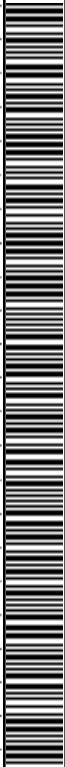
Boa Vista / Roraima

RECIBO	ST Confiança	R\$
3170/513369	Serviços Técnicos	1.783,65
Recebemos do (a) Sr.(a)	Joel Carvalho do Nascimento	
A importância de:	Hum mil setecentos e oitenta e tres reais e sessenta e cinco centavos	
Referente ao:	Resolução do seguro DPVAT n° 3170/513369 + despesas com cartório	
		
TEL VIA SANTIAGO GUEDES		
Rua - José Magalhães N° 151 H / Centro		
e-mail: confiancact@hotmail.com		
CNPJ: 04.205.355/0001-78		
Boa Vista-RR 11 de outubro de 2017.		



FLUXOGRAMA - EXAMES LABORATORIAIS

Paciente:	Ped. <i>carvalho da macedo</i>									
Data	24.12.19									
Hora	02:08									
Hemácias	3,3									
Ht / Hb	28,1 / 9,1									
Leucócitos	12.250									
Mie / Meta	0,0 / 0,0									
Bast / Seg	50 / 80									
Linf / Mon	0,0 / 7,0									
Eos / Bas	2,0 / 0,0									
Plaquetas	161.000									
JVR	5,66									
TP / AP	19,70 / 50,70									
TS / TC										
TTPA										
TAP										
Glicose										
Ur / Cr										
Na / K										
Cap / P										
Mg / Cl										
Proteínas										
Alb / Glob										
Bilirrubina										
Bd / Bi										
TGO (AST)										
TGP (ALT)										
F. Alcalina										
Gama GT										
Amilase / Lipase										
DLH										
Lactato										
GASIMETRIA										
pH										
pO2										
pCO2										
BE										
HCO2										
Co2										
SpO2										
PTT <i>resultado</i>	38,1									
<i>plasma normal</i>	30,0									
<i>relação</i>	1,3									





Laboratório de Análises Clínicas Biolac Ltda
C.N.P.J.: 10.999.381/0001-18

Pag 1/1

Sr(a)....: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO
Dr(a)....: ELMA DE OLIVEIRA SOARES
Convênio.: HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
Data Nasc: 28/07/1989

O.S. N°.: 037-65370-358
Cadastro: 23/12/2019 - 19:39:15
Coleta.: HOSP. UNIMED PRIMAVERA
Cód.....: 293938

HEMATOCRITO

Material: Sangue
Coleta : 23/12/2019 - 20:40:51

26,3 %
Método : Microhematocrito
Liberação: 23/12/2019 - 20:41:40

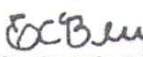
Valores de Referência:
38 a 50%

HEMOGLOBINA

Material: Sangue total (EDTA)
Coleta : 23/12/2019 - 20:40:51

8,3 g/dL
Método : cianometahemoglobina
Liberação: 23/12/2019 - 20:41:31

Valores de Referência:
Homens : 13,0 a 17,5 g/dL


Dra Thalita Castelo B. de Andrade
BIOMÉDICA - CRBM: 2718 / 2ª Região
ASSINATURA DIGITAL
5E064D20315C20312C

HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA





Laboratório de Análises Clínicas Biolac Ltda

Rua. Des. Pires de Castro 265, Centro Sul, Teresina-PI, (86) 3223-9700

Site: www.lablife.com.br - Dúvidas: atendimento@laboratoriolablac.com.br

Pag 1/2

Sr(a).....: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO
Dr(a).....: Viviane dos Santos Silva
Convênio.: HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
Data Nasc: 28/07/1989

O.S. N°.: 037-65371-24
Cadastro: 24/12/2019 - 02:08:22
Coleta...: HOSP. UNIMED PRIMAVERA
Cód.....: 293938

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue total (EDTA)
Coleta : 24/12/2019 - 02:08:22

Método : Automação XT-1800i - SYSMEX
Liberação: 24/12/2019 - 02:14:24

ERITROGRAMA

	Valores Encontrados	Valores de Referência
HEMÁCIAS:	3,3 milhões/mm ³	4,5 - 6,1 milhões/mm ³
HEMOGLOBINA:	9,1 g/dL	12,8 - 17,8 milhões/mm ³
HEMATÓCRITO:	28,1 %	39,0 - 53,0 %
VOL. GLOB. MEDIA:	84,4 fL	80,0 - 100,0 fL
HEM. GLOB. MEDIA (HEM)	27,3 pg	27,0 - 33,0 pg
C.H. GLOB. MEDIA (HEM)	32,4 g/dL	32,0 - 36,0 g/dL
RDW:	14,0 %	11,5 - 14,5 %
OBS:	Discreta hipocromia.	

LEUCOGRAMA

	Valores Encontrados	Valores de Referência
LEUCÓCITOS:	12.250 mm ³	3.600 - 11.000 mm ³
	%	/mm ³
NEUTRÓFILOS:	85,0	45 - 70 % 1500 - 11000 /mm ³
PROMIELÓCITOS:	0,0	0 % 0 /mm ³
MIELÓCITOS:	0,0	0 % 0 /mm ³
METAMIELÓCITOS:	0,0	0 % 0 /mm ³
BASTONETES:	5,0	0 - 5 % 0 - 550 /mm ³
SEGMENTADOS:	80,0	45 - 70 % 1500 - 8000 /mm ³
EOSINÓFILOS:	2,0	0 - 7 % 0 - 500 /mm ³
BASÓFILOS:	0,0	0 - 3 % 0 - 200 /mm ³
LINFÓCITOS:	6,0	20 - 50 % 1.000 - 4.500 /mm ³
LINFÓCITOS REATIVOS:	0	0 /mm ³ 0 /mm ³
MONÓCITOS:	7,0	2 - 10 % 100 - 1000 /mm ³
OBS:	Neutrofilia e linfopenia evidentes. Presença de alguns neutrófilos com granulações tóxicas.	

PLAQUETÁRIO

PLAQUETAS:	161.000 /mm ³	140.000 - 400.000 mil/mm ³
VPM:	9,2 fL	
OBS:	Plaquetas normais em número e morfologia com presença de agregados plaquetários.	

NOTA: Novos valores de referência e nomenclatura a partir do dia 01/08/2019.

Referências:

Failace, R. R. Hemograma: manual de interpretação. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

Palmer L, Briggs C, McPadden S, Zini G, Burthem J, Rozenberg G, Proytcheva M, Machin SJ. ICSH recommendations for the standardization nomenclature and grading of peripheral blood cell morphological features. Int J Lab Hematol. 2015 Jun;37(3):287-303.

Dra Thalita Castelo B. de Andrade
BIOMÉDICA - CRBM: 2718 / 2ª Região

ASSINATURA DIGITAL

B0A6A7D7916565728AA9BBBAA465F2F465F7688AF866A1F91662C95A8F8B59D915C4EA64D7278



Laboratório de Análises Clínicas Biolac Ltda

Rua. Des. Pires de Castro, 265, Centro Sul, Teresina-PI, (86) 3223-9700

Site: www.lablife.com.br - Dúvidas: atendimento@laboratoriolablif.com.br

Pag 2

Sr(a).....: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO
Dr(a).....: Viviane dos Santos Silva
Convênio.: HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
Data Nasc: 28/07/1989

O.S. N°.: 037-65371-24
Cadastro: 24/12/2019 - 02:00
Coleta.: HOSP. UNIMED PRIMAVERA
Cód.....: 293938

TAP - TEMPO E ATIVIDADE DE PROTROMBINA

Material: Plasma Citrato
Coleta : 24/12/2019 - 02:08:22

Método : Quick
Liberação: 24/12/2019 - 02:26:43

TEMPO DE PROTROMBINA

19,70 seg.
Valor de referência: 12,7

ATIVIDADE ENZIMÁTICA

50,70 %
Valor de referência: 70 a 100 %

I.N.R - INDICE INTERNACIONAL NORMALIZADO

1,66
Valor de referência: 0,9 a 1,2

Alteração no Valor de Referência a partir de 28/12/2018.

FABRICANTE: TCOAG

LOTE: K253164

ISI: 1,15

PTT - TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL

Material: Plasma Citrato
Coleta : 24/12/2019 - 02:08:22

Método : Quick
Liberação: 24/12/2019 - 02:26:52

Resultado:

38,1

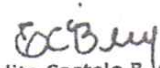
Plasma normal:

30,0

Relação:

1,3

Valores de Referência:
Relação (Tempo da amostra do paciente/tempo de plasma normal): 0,86 a 1,25


Dra Thalita Castelo B. de Andrade
BIOMÉDICA - CRM: 2718 / 2ª Região

ASSINATURA DIGITAL

BOA6A7D7916565728AA9BBBAA465F2F465F7688AF866A1F91662C95A8F8B59D915C4EA64D7278

Hospital		BANCO DE SANGUE	
Unimed Teresina		REQUISIÇÃO DE SERVIÇOS	
Nome Completo: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO			
Atendimento: 821138	Sexo: Masculino	Idade: 30 - ANOS	Peso:
Mãe: MARIA DO PERPETUO SOCORRO DA SILVA CARVALHO		Convênio: PLANO ECONOMICO	Data de Nascimento: 28/07/19
Leito: UTI01_02			
Dados da carteira:			
☐ Urgente (dentro de 3h) ☒ Urgente (dentro de 6h) ☐ Rotina (dentro de 24h)			
☐ Programada Data e Hora:			
☐ Emergência - Risco iminente de morte - Eu, médico solicitante, dispenso a realização das provas Pré-Transfusionais conforme a legislação vigente.			
Cirurgia:			
Hemocomponentes			
☒ Concentrado de Hemácias - Hb. 7,0 g/100ml /Ht %	Qtd: 02	☐ Plasma Fresco Congelado - TP-INR:	TTP A:
☐ Concentrado de Plaquetas - Plaquetas	Qtd:	☐ Crioprecipitado	Qtd:
☐ Concentrado de Plaquetas por Aférese	Qtd:	☐ Outros	Qtd:
O Hemocomponente solicitado deve ser:			
☒ Filtrado	☐ Irradiado	☐ Lavado	☐ Fenotipado
G.B.	Outros:		
Procedimentos Especiais			
☐ Recup. Intra Oper. de Sangue p/ dia:	Qtd:	☐ Aférese Terapêutica Qual?	Qtd:
☐ Sangria Terapêutica	Qtd:	☐ Outros	Qtd:
☐ Reserva cirúrgica	Qtd:		
Diagnóstico(s): D464 - ANEMIA REFRATÁRIA NE			
Indicação da transfusão: CHOQUE HIPOVOLEMICO			
CID 10:			
Paciente tem Neoplasia?	☐ Sim ☒ Não	Em Quimioterapia?	☐ Sim ☐ Não
Já foi transfundido:	☒ Sim ☐ Não	Candidato a Transplante?	☐ Sim ☐ Não
Gestações anteriores?	☐ Sim ☐ Não	Uso de Daratumumabe?	☐ Sim ☐ Não
Reação transfusional prévia?	☐ Sim ☒ Não Qual?		
Local: Teresina-PI, 24 de Dezembro de 2019 as 01:46			
Médico - CRM: VIVIANE DOS SANTOS SILVA - CRM 4971			
Assinatura e carimbo (Preenchimento Obrigatório)			
Dra. Viviane dos Santos Silva CLINICA MEDICA E PNEUMATOLOGIA CRM-PI 4971 CRM-MA 9929			

OBS.: PARA QUE A REQUISIÇÃO SEJA ATENDIDA, É NECESSÁRIO O PREENCHIMENTO CORRETO DOS DADOS

Recebido pelo BANCO DE SANGUE em ____/____/____ às ____ por ____

OBS.: amostra verida

PROVA CRUZADA COMPATIVEL

Nome JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO		Data Nascimento 28/07/1989	
Matricula 7141681	ABO/Rh Receptor O+	Instituicao HUPT	Local de Internacao 1/2
Bolsa B30681901829001	ABO/Rh Bolsa O+	Volume 319 ml	Transf. Ats 4 horas
Responsavel pelo Exame KAROLENE MATOS BRANDAO PASSOS		Data e Hora do Exame 24/12/2019 02:26	
Responsavel pela Transfusao KAROLENE		Data e Hora da Transfusao 24/12/2019 03:00	
RUA TERRITORIO FERNANDO DE NORONHA, 2568			



B3068 19 018290 9 v CH



4700

HEMATO SERVICOS DE HEMOTERAPIA
AVENIDA LINS PETIT, 204
CEP - 50070-230 - RECIFE - PE

- * Nao adicionar medicamentos
- * Identifique corretamente o receptor
- * Utilizar somente com prescricao medica
- * Transfundir hemacias somente apos prova compatibilidade
- * Utilizar equipos com filtro da transfusao.

DOACAO NORMAL

Rh POSITIVO

Hemoglobina: N.Inf.
PAI: NEGATIVO
Sorologia Negativa para:
NAT HCV, NAT HIV, NAT HBV
CHAGAS, SIFILIS, HBSAG, ANTI H
ANTI HIV 1/2, ANTI HTLV I/II, ANTI

Reserva

PROVA CRUZADA COMPATIVEL

Nome JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO		Data Nascimento 28/07/1989	
Matricula 7141681	ABO/Rh Receptor O+	Instituicao HUPT	Local de Internacao 1/2
Bolsa B30681901869301	ABO/Rh Bolsa O+	Volume 391 ml	Transf. Ats 4 horas
Responsavel pelo Exame KAROLENE MATOS BRANDAO PASSOS		Data e Hora do Exame 24/12/2019 02:27	
Responsavel pela Transfusao		Data e Hora da Transfusao / /	
RUA TERRITORIO FERNANDO DE NORONHA, 2568			



www.grupogsh.com

www.doesanquedoevida.com.br



NOME PACIENTE: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVAS TÉCNICAS

UTILIZAÇÃO DE FILTRO

- ☐ 1 - Politransfundido
- ☐ 1.1 - Gestante
- ☐ 1.2 - Recém-nascido e de baixo peso (até 4 meses)
- ☐ 1.3 - Portador de doença neoplásica em tratamento quimioterápico
- ☐ 1.4 - Portador de imunodeficiência adquirida (HIV)
- ☐ 1.5 - Transplantado de medula óssea
- ☐ 1.6 - Apresentou reação febril não hemolítica previamente
- ☐ 1.7 - Portador de Insuficiência Renal Crônica em hemodiálise
- ☐ 1.8 - Pós-transplantado de medula óssea
- ☐ 1.9 - Hemocomponente leucorreduzido durante processo de coleta
- ☒ 1.10 - Solicitação médica
- ☐ Hemácias/Plaquetas 100% filtradas

IRRADIAÇÃO

- ☐ 3 - Transplantado de medula óssea
- ☐ 3.1 - Portador de neoplasia e está em tratamento quimioterápico
- ☐ 3.2 - Portador de imunodeficiência adquirida (HIV)
- ☐ 3.3 - Recém-nascido e de baixo peso (até 4 meses)
- ☐ 3.4 - Pós-transplantado de medula óssea
- ☐ 3.5 - Solicitação médica

REALIZAÇÃO DE FENOTIPAGEM

- ☐ 2 - Gestante
- ☐ 2.1 - Portador de alo ou auto anticorpo
- ☐ 2.2 - Portador de neoplasia e está em tratamento quimioterápico
- ☐ 2.3 - Portador de imunodeficiência adquirida (HIV)
- ☐ 2.4 - Pré-transplantado de medula óssea
- ☐ 2.5 - Pós-transplantado de medula óssea
- ☐ 2.6 - Portador de Rh Negativo
- ☐ 2.7 - Portador de Insuficiência Renal Crônica em tratamento de hemodiálise
- ☐ 2.8 - Solicitação médica
- ☐ 2.9 - Anemia falciforme

OUTROS

- ☐ 4 - Cobrança de plasma descongelado e não utilizado
- ☐ 5 - Cobrança de hemocomponente aberto durante preparo e posterior cancelamento da solicitação médica
- ☐ 6 - Troca de plaquetas randomicas por plaqueta por aférese
- ☐ 7 - Positividade para o exame de coombs direto (TAD)
- ☐ 8 - Positividade para o exame de coombs direto (TAD) com expansão para o Eluato
- ☐ 9 - Positividade para PAI
- ☐ 10 - Cobrança para solicitação de transfusão de emergência e não utilizado
- ☐ 11 - Cobrança de tipagem em recém-nascido

Assinatura:

Karoline Matos B. Passos
Técnica de Hematologia
CPF: 039.505.213-89

*Esses procedimentos são realizados conforme determinação do Ministério da Saúde (Portaria 158 de 4 de fevereiro de 2016) e do Comitê Transfusional Multidisciplinar do Hospital, sendo realizados e indicados pelo Serviço de Hemoterapia.



Serviços de Hematologia e Hemoterapia
Rua Quintino Bocaiuva, 895 - Vila Selvas
CEP: 14015 - 160 - Ribeirão Preto / SP
Tel.: (16) 3610 - 1515

Serviço de Hemoterapia Madre Regina
Rua Macedo Sobrinho, 21 - 3º Andar - Humaitá
CEP: 22271 - 080 - Rio de Janeiro / RJ
Tel.: (21) 2286 - 0993

Serviço de Hemoterapia Norte Fluminense
Rua Teixeira de Gouveia, 789 - Sala 220
CEP: 27916 - 000 - Macaé / RJ
Tel.: (22) 2762 - 9711

Serviços de Hematologia e Hemoterapia Alta Noroeste
Av. Gaspar Lemos, 02 - Jd. Alvorada
CEP: 16013 - 800 - Araçatuba / SP



Desde 1968

CLINICA SANTO ANTONIO
JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO
ID: 251180
DATA 20200127
CONT:

W/L: 4096 2048
ZOOM: 89.32%
No IMGS: 1
IMG.ATUAL: 1
AQUIS.: 1

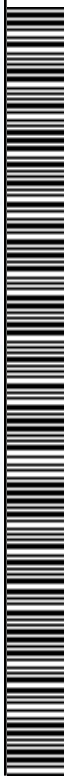


D

KV:
MAS:
Classic CR

PERFIL

THIC
MATRIZ: 2500 x20
FOV: 344 mm x 420 mm





Desde 1968

CLINICA SANTO ANTONIO
JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO
ID: 251180
DATA 20200127
CONT:

W/L: 4096 2048
ZOOM: 89.32%
No IMGS: 1
IMG.ATUAL: 1
AQUIS.: 1

D

AP

KV:
MAS:

Classic CR

THICK:
MATRIZ: 2500 x2048
FOV: 344 mm x 420 mm





LAUDO RADIOLÓGICO

No. Atend: 252441 Data: 27/01/2020

Paciente: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

Solicitante: ALCIDES V DA SILVA FILHO

Convênio: PARTICULAR

Exame: 0020-RX JOELHO "D" EM 2 PLANOS

CONCLUSÃO:

- 1- DIMINUIÇÃO DA DENSIDADE OSSEA
- 2- FRATURA CUMINUTIVA DO TERÇO DISTAL-
DO FEMUR E FFIIXADA COM PLACA E PARAFUSOS

Teresina(PI), 28 de Janeiro de 2020

Dr. Carlos Augusto Moura Fé
Radiologista
CRM 1341-PI





E-mail: spinemedical@spinemedical03.com

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: P3V4J K4VZ5 U4V



HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
SOULMV - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Gastos da Cirurgia

Página: 1 / 1
Emitido por: MBANDEIRA
Em: 02/01/2020 15:32

Gastos da Cirurgia

Aviso de Cirurgia : 00044602 Sala : 0025 SALA 08
Paciente : 00157458 JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO
Convênio : 496 PLANO ECONOMICO Atendimento : 821138
Leito : 0550 APARTAMENTO_61 Carteira :
Data : 23/12/2019 Hora de Início : 15:00 Hora de Término : 17:50

Cirurgia

30725127 FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO Anestesia(s): 109 ANESTESIA COMBINADA RAQUE/SEDACAO
CIRURGICO

Equipe Médica

CIRURGIAO 00000646 ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
ANESTESISTA 00000042 LAURINDO RAULINO FILHO

Materiais e Equipamentos Utilizados na Cirurgia

Materiais Utilizados :

		Unidade	Qt.
MATERIAL HOSPITALAR	00019798 ATADURA CREPOM 20CM X 1,25M (CREMER CYSNE)	UND	004
MATERIAL HOSPITALAR	00021447 CAPA INTENSIFICADOR IMAGENS 80X120CM (A. INSTRUME	UND	001
MATERIAL HOSPITALAR	00000626 CERA P/ OSSO 2,5G W31G CO	ENV	002
MATERIAL HOSPITALAR	00019813 DRENO DE SUCCAO POS OPERATORIO 4.8 (ZAMMI)	UND	001
MATERIAL HOSPITALAR	00000672 FIO MONONYLON 2-0 1215T	ENV	007
MATERIAL HOSPITALAR	00000676 FIO MONONYLON 4-0 (14502T)	ENV	002
MATERIAL HOSPITALAR	00012893 FIO VICRYL 0 PLUS (XYVCP 352H)	ENV	002
MATERIAL HOSPITALAR	00000724 FIO VICRYL 1 PLUS (VCP371H)	ENV	005
MATERIAL HOSPITALAR	00020360 FIO VICRYL 2-0 PLUS (VCP339H)	ENV	002
MATERIAL HOSPITALAR	00020174 GAZE ESTERIL 7,5CM X 7,5CM - ENVELOPES (13FIOS)	UND	015
MATERIAL HOSPITALAR	00020199 LAMINA BISTURI CARBONADA N°15 (FEATHER)	UND	001
MATERIAL HOSPITALAR	00020201 LAMINA BISTURI CARBONADA N°24 (FEATHER)	UND	001
MATERIAL HOSPITALAR	00019723 LUVA ESTÉRIL CIRÚRGICA N° 7,0 (MAXITEX/SURGICARE)	PAR	003
MATERIAL HOSPITALAR	00019724 LUVA ESTÉRIL CIRÚRGICA N° 7,5 (MAXITEX/SURGICARE)	PAR	009
MATERIAL HOSPITALAR	00019725 LUVA ESTÉRIL CIRÚRGICA N° 8,0 (MAXITEX/SURGICARE)	PAR	003
MATERIAL HOSPITALAR	00000540 TRANSOFIX (DISPOSITIVO P/ TRANSFERÊNCIA DE SOLUÇÃO	UND	001
MEDICAMENTOS	00002010 SORO FISIOLÓGICO - 1000ML	FR	002
MEDICAMENTOS	00000718 SORO FISIOLÓGICO - 500ML	FR	003

Equipamentos Utilizados:

	Qt. Utilizada.	Data/Hora Início	Data/Hora Fim
0007 BISTURI ELETRICO MONO SIM	001		
0047 MONITOR CARDIACO (HORA)	001		
0051 MONITOR DE PRESSAO NAO INVASIVA	001		
0053 MONITOR PARA ECG (USO)	001		
0056 OXIMETRO DE PULSO (USO)	001		
0115 BISTURI ELETRICO BIPOLAR (USO)	001		
0122 INTENSIFICADOR DE IMAGEM	001		

UNIMED PRIMAVERA

Clínica de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 1 / 1
Emitido por: AVILARINHO
Em: 23/12/2019 17:

Ficha de Cirurgia Descritiva

Ator Clínico :

Aviso de Cirurgia :44602

Sala :0025

Paciente :157458

Convênio Atend. :496

Leito :0588

Dt. Início :23/12/ 2019 15:30 Dt. Fim:

Cid Pré-Operatório:

Cid Pós-Operatório:

Anestesia: ANESTESIA COMBINADA RAQUE/SEDACAO

SALA 08

JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

PLANO ECONOMICO

APARTAMENTO_86

Código da Descrição: 37766

Atendimento : 821138

Carteira :

Idade : 30 Anos 4 Meses 25 D

Procedimentos e Equipe Médica

Procedimento	Convênio	Plano
30725127 FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO	496 PLANO ECONOMICO	001 PLANO ECONOMICO

Equipe

CIRURGIAO

1976 ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

ANESTESISTA

474 LAURINDO RAULINO FILHO

Descrição

Detalhamento

- 1 PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
- 2-ASSEPSIA E ANTISSEPAIS
- 3-RETIRADO ENXERTO DO ILIACO D
- 4-FEITO INCISAO DE 16 CM FACE LATERAL DIO FEMUR D
- 5-FEITO DESBERIDAMENTO RTECIDOS NECROTICOS
- 6-FEITO FIXAÇÃO COM PLACA DCS + ENXERTO ELIACO + CERCLAGEM
- 7-FECJHAMENTO POR PALNOS
- 80=SUTURA DA PELE + MCURATIVO + TALA GESSADA

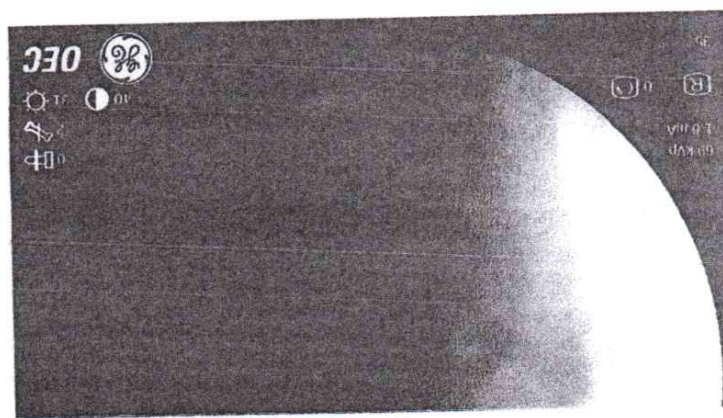
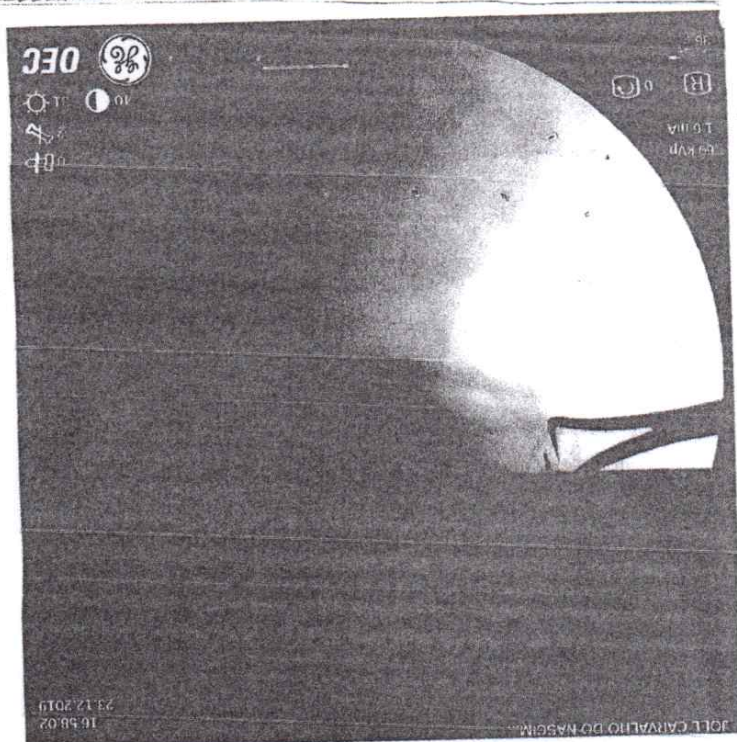
Dr. Alcido Vilarinho da S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MA: 2828 / CRM-PI: 1976

MEDICO(A):

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

CRM:

1976



MEDICO(A):
CRM:

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
1976

Pág: a:
Emitido por: AVI
Em: 23/1

Descritiva

Código da Descrição: 37766
Atendimento : 821138
Carteira :
Idade : 30 Anos 4 M

Plano Médico

Plano
PLANO ECONOMICO 001 PLANO ECON

HO

[Signature]
Medico Anestesiologista
CRM/PI 474 CPF: 068.972.903-00

Alcides Vilarinho da S. Filho
Ortopedia / Traumatologia
M-MA: 2828 / CRM-PI: 1976



mento: 821138

Paciente: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

Dt. de Nasc.: 28/07/1989 30 Anos

Altura:

Peso:

Leito: UTI01 02

o(a) Assistente: 646 ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Data de Realização do Balanço: 23/12/2019

Unidade: UTI 01

dor Responsável: CLAUDIANA LOPES DE CARVALHO RENOVATO

Iho / Nr Cons.: COREN - PI - 411035

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

Bo Balanço			BALANÇO HÍDRICO																												
JS	UNID	FA	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	T. 1	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	T. 2	Total		
CAO EV		IV																					10.0				100.0	110.0	110.0		
XTRA		IV																				500.0	500.0					1000.0	1000.0		
ACAO 1		IV																						63.0	63.0	63.0	63.0	252.0	252.0		
a Ganhos (mL)																						500.0	510.0	63.0	63.0	63.0	163.0	1362.0	1362.0		
JS	UNID	FA	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	T. 1	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00	T. 2	Total		
PORTOVACK																						300.0					100.0	400.0	400.0		
E (Volume/ml)																						200.0	200.0	0.0	200.0		300.0	900.0	900.0		
URINÁRIO																												75.0			
e Perdas (mL)																						-500.0	-200.0	0.0	-200.0		-400.0	-1300.0	-1300.0		
or hora (mL)																						0.0	310.0	63.0	-137.0	63.0	-237.0	62.0	62.0		
IÇÃO (Ganhos-Perdas)																						0.0	310.0	373.0	236.0	299.0	62.0		62.0		

de Sinais Vitais - Unidade	SINAIS VITAIS																							
	07:00	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00	21:00	22:00	23:00	00:00	01:00	02:00	03:00	04:00	05:00	06:00
TEMPERATURA(C) - °C																			37.0		37.1	37.3	36.4	
FREQUÊNCIA CARDÍACA - BPM																			128.0		120.0	120.0	120.0	
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA -																			19.0		19.0	19.0	19.0	
Pressão SÍSTOLICA - MMHG																			100.0		104.0	99.0	126.0	
Pressão DIASTÓLICA - MMHG																			51.0		51.0	49.0	64.0	
SpO2																			97.0		100.0	100.0	100.0	
GLICOSE - MG/DL																			159.0					

USUÁRIOS

insável

Conselho / Nr Cons.

N 411035

COREN 411035

FECHAMENTO TOTAL



HOSPITAL UNIMED TERESINA
MV PER Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 2
Emitido por: CBARROS
Em: 25/12/2019 09:25

Paciente....: 157458 - JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO
Prescrição.: 1138859 Data: 25/12/2019 08:38
Atendimento: 821138 Dt Nasc: 28/07/1989 (30a 4m 28d)
Convênio....: PLANO ECONOMICO
Internação.: 23/12/2019 14:18 2 Dias(s) int
Médico.....: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO - CRM 1976
FUNÇÃO: MEDICO(A)
Unid. Int.: POSTO 04 Leito.: APARTAMENTO_61 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid.....: S723 FRAT DA DIAFISE DO FEMUR Diagnóstico:

2ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA BRANDA					4/4 H	[25/12] 08:38 12:38 16:38 20:38 [26/12] 00:38 04:38 08:38 12:38

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 SORO FISIOLÓGICO-1000ML	1	FR		IV	CONTINUA	[25/12] 08:38 [26/12] 08:38
3 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2 -> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1 1	ML FR		IV	8/8 H	[25/12] 14:22 [26/12] 08:14
4 ACIDO TRANEXAMICO 50MG/ML-5ML -> SORO FISIOLÓGICO - 100ML -> SERINGA DESCARTAVEL 10ML -> AGULHA DESC. C/ DISP. 18GX1(40X12) -> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML -> SERINGA DESC. 5CC G/BICO S/AGULHA	1 1 1 1 1 1	MG FR UND UND AMPOLA UND		IV	12/12 H	[25/12] 18:06 [26/12] 08:06
5 CETOPROFENO IV PO SOL.INJ.100MG -> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1 1	FA FR		IV	12/12 H	[25/12] 10:22 [26/12] 10:10
6 DIPIRONA SOL.INJ. 500MG/ML-2ML	1	AMPOLA		IV	8/8 H	[25/12] 16:00 [26/12] 00:00
7 (D1/1) CEFAZOLINA PO SOL.INJ. 1G Justificativa: POS OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR D	1	G		IV	12/12 H	[25/12] 14:02 [26/12] 02:14

MEDICINA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
8 RETIRADA DRENO SUCCAO Justificativa: CURATIVO BAIXO DEBITO					1 X AO DIA	[25/12] 08:38 [26/12] 08:38
9 CURATIVO Justificativa: 2 PO + RETIRADA DO DRENO DE SUCCAO					1 X AO DIA	[25/12] 08:38 [26/12] 08:38

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
CRM 1976

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1

Emitido por: SOUSA

Em: 24/12/2019 11:02

Paciente...: 157458 - JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO
Prescrição.: 1138364 Data: 24/12/2019 14:00
Atendimento: 821138 Dt Nasc: 28/07/1989 (30a 4m 27d)
Convênio...: PLANO ECONOMICO
Internação.: 23/12/2019 14:18 1 Dias(s) int
Médico.....: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
Unid. Int.: UTI 01 Leito...: LEITO_UTI_02 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid.....: S723 FRAT DA DIAFISE DO FEMUR Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: ITAPUAN DAMASIO DE SOUSA - CRM - PI - 2902
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Respons



PRESCRIÇÃO UTI

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
37 RINGER COM LACTATO SOL. INJ 500ML	1	FR		IV	12/12 H	[24/12] 08 [25/12] 08
38 TRAMADOL SOL. INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2	1	AMPOLA		IV	8/8 H	[24/12] 08 [25/12] 08
-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1	FR				
39 DIPIRONA SOL. INJ. 1G-2ML	1	AMPOLA		IV	4/4 H	[24/12] 14.18.22 [25/12] 02.06.19
-> AGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML	1	AMPOLA				
-> SERINGA DESC. 10CC C/BICO S/AGULHA	1	UND				
-> AGULHA DESC. C/DISP.18GX1(40X12)	1	UND				
SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML	4	FR		IV	8/8 H	Suspensão dia.: 24/12 Prescrição.....: 1138142
TRAMADOL SOL. INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2	4	ML		IV	6/6 H	Suspensão dia.: 24/12 Prescrição.....: 1138142
-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	4	FR				
DIPIRONA SODICA SOL. ORAL 50MG/ML - 100ML	4	ML		IV	6/6 H	Suspensão dia.: 24/12 Prescrição.....: 1138142

ITAPUAN DAMASIO DE SOUSA
CRM 2902

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 3

Emitido por: CCARDOSO

Em: 24/12/2019 02:16

Paciente...: 157458 - JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO
Prescrição.: 1138142 Data: 24/12/2019 01:44
Atendimento: 821138 Dt Nasc: 28/07/1989 (30a 4m 27d)
Convênio...: PLANO ECONOMICO
Internação.: 23/12/2019 14:18 1 Dias(s) int
Médico...: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
Unid. Int.: UTI 01 Leito.: LEITO_UTI_02 Cobertura: APARTAMENTO STANDARD
Cid...: S723 FRAT DA DIAFISE DO FEMUR Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: VIVIANE DOS SANTOS SILVA - CRM - PI - 4971
FUNÇÃO: MEDICO(A)

2ª VIA

Rubrica do Responsável



PRESCRIÇÃO UTI

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DIETA BRANDA					4/4 H	[24/12] 15:19 19:19 23:19 [25/12] 03:19 07:19 11:19
MEDICAMENTOS						
	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML (Modificação)	1	FR		IV	8/8 H	[24/12] 02:10:10 [25/12] 02:10:10
3 SORO FISIOLÓGICO-1000ML	1	FR		IV	ACM	01:40
4 TRAMADOL SOL.INJ. 50MG/ML - 2ML (*)A2 I-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML (Modificação)	1 1	ML FR		IV	6/6 H	[24/12] 14:00 [25/12] 02:08
5 ÁCIDO TRANEXÂMICO 50MG/ML-5ML I-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML I-> SERINGA DESCARTÁVEL 10ML I-> AGULHA DESC. C/DISP.18GX1(40X12) I-> ÁGUA DESTILADA SOL. INJ 10ML I-> SERINGA DESC. 5CC C/BICO S/AGULHA	1 1 1 1 1 1	AMPOLA FR UND UND AMPOLA UND		IV	8/8 H	[24/12] 14:00 [25/12] 06:00
6 CETOPROFENO IV PO SOL.INJ.100MG I-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1 1	FA FR		IV	12/12 H	[24/12] 06:18
7 DAPIRONA SODICA SOL.ORAL 50MG/ML - 100ML (Modificação)	1	ML		IV	6/6 H	[24/12] 10:16:22 [25/12] 06:00
8 NAUSEDRON SOL.INJ. 4MG - 2ML I-> SORO FISIOLÓGICO - 100ML	1 1	ML FR		IV	12/12 H	[24/12] 14:00 [25/12] 02:08
RANITIDINA IV SOL. INJ. 50MG - 2ML I-> KIT EV 10ML	1 1	AMPOLA KIT		IV	8/8 H	[24/12] 02:10:48 [25/12] 02:10:48
GLICOSE 50% SOL. INJ. - 10ML I-> FITA P/ GLICEMIA CAPILAR I-> LANCETA P/ GLICEMIA CAPILAR	4 1 1	AMPOLA UND UND		IV	ACM	

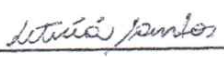
Hospital Unimed Teresina	HOSPITAL UNIMED TERESINA Rua Território Fernando de Noronha, 2566 Fone: (86) 2107 - 1616	Data: 23/12/2019 14:18:52
Ficha de Atendimento Internação / Adulto		 821138

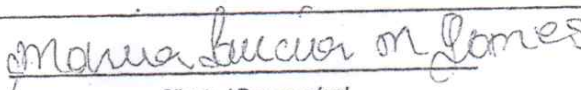
DADOS DO PACIENTE		
Nome: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO CPF: 00577160214 Mãe: MARIA DO PERPETUO SOCORRO DA SILVA Carteirinha: Convênio: PLANO ECONOMICO Endereço: RUA JOAQUIM NELSON DE 2 A 99C CEP: 64078225	Idade: 30 Identidade / RG: 3470989 Pai: MILTON LIMA DO NASCIMENTO Senha Aut: Plano: PLANO ECONOMICO Bairro: ITARARE Cidade: TERESINA	Dt. Nascimento: 28/07/1989 02:00:00 Sexo: M Telefone: 998246364 Gula: Validade: Complemento: Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO		
Atendimento: 821138 Origem do Atendimento: INTERNAÇÃO Médico: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO Procedimento: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO Unidade de Internação: POSTO 05	Prontuario: 157458 Usuario: LCSSANTOS	Data: 23/12/2019 Leito: VIRTUAL_P05_02

DADOS DO RESPONSÁVEL		
Nome: Endereço:	Telefone: Bairro:	Complemento:

Termo de Responsabilidade 1º - Autorizo o corpo clínico deste Hospital a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico (operação, anestesia, transfusão ou outros) que for julgado necessário ou prudente no paciente acima identificado, assim como transferi-lo para outra unidade hospitalar desde que os médicos achem necessário. 2º - Tratando-se de cirurgia, estou ciente e consciente dos riscos cirurgicos e das complicações que podem advir, em consequência do ato cirurgico e anestésico. 3º - Declaro que me responsabilizo pela retirada do paciente após a sua alta e estou ciente que o Hospital tomará as medidas legais para o seu encaminhamento caso o mesmo não seja retirado após a alta. 4º No caso de falecimento, caso a família não tome as providências necessárias, elas serão tomadas pelo Hospital de acordo com as normas legais.
--


Hospital Unimed - Setor Internação


Cliente / Responsável

Hospital Unimed (TERESINA)		TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		23/12/2019 14:18:50
DADOS DO PACIENTE:				
Nome: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO	Endereço: RUA JOAQUIM NELSON DE 2 A 99998	Atendimento: 821138		
CPF: 00577160214	Bairro: ITARARE	Prontuário: 157458		
RG: 3470989	Cidade: TERESINA	Convênio: PLANO ECONOMICO		
Data Nasc.: 28/07/1989 02:00:00	Estado: PIAUI			
Sexo: M	Telefone: 998246364			
DADOS DO RESPONSÁVEL:				
Nome: <i>Brimar da Silva Carvalho</i>	Endereço:			
CPF: <i>52403637220</i>	Bairro:			
RG: <i>196744</i>	Estado: PI			
Grau de Parentesco: <i>tia</i>	Telefone: <i>95-991507215</i>			
DADOS DO ATENDIMENTO / PROCEDIMENTO				
Nome do Médico:	CRM:			
Data do Procedimento:	Especialidade Médica:			
Nome do Procedimento:				

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do HOSPITAL UNIMED TERESINA - UNIDADE PRIMAVERA.

NA CONDIÇÃO DE PACIENTE E/OU RESPONSÁVEL, DECLARO QUE:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, razão pela qual foi indicada realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
2. Recebi todas as informações pertinentes em relação aos riscos cirúrgicos inerentes ao procedimento, benefícios e alternativas ao tratamento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram satisfatoriamente respondidas.
3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente de que em procedimentos médicos invasivos como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
4. Estou ciente de que para a realização do procedimento proposto será necessário o emprego de anestesia cujos métodos, técnicas e fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista, estando também ciente dos riscos, benefícios e alternativas.
5. Autorizo a realização de qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e/ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diversos daqueles inicialmente propostos.
6. Estou ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura e que a evolução da doença e o tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a adotar as providências necessárias destinadas à solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.
7. Autorizo a destinação de qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente para exames histopatológicos, microbiológicos pertinentes.
8. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordo pelo que autorizo a realização do procedimento proposto.

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLHJ CG8FW KGQVQ XLFAU

Fornecimento de Sangue e Componentes



Comprovante de Expedição

Impressão: 24/12/2019 às 02:37

Solicitante
Instituição: **HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA - TERESINA** Responsável: **KAROLENE MATOS BRANDAO PASSOS** Documento:
Endereço: **Rua Território Fernando de Noronha - 2300 - Primavera - TERESINA - (86) 9-8105-5127**

Paciente
Matrícula: **7141681** Nome: **JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO**
Telefone: Dt. Nascimento: **28/07/1989**
Tipo Sanguíneo: **O** Fator Rh: **Positivo** PAI: **Negativo**

Tenho ciência das normas técnicas de Hemoterapia publicadas na Portaria MS nº 158 de 4 de fevereiro de 2016, e me responsabilizo pelo transporte, estocagem, pro de compatibilidade e aplicação dos produtos abaixo solicitados.

Inst. Origem	Cód. ISBT	Cód. Doação	Hemocomponente	Dt. Expedição	Vol.	ABO/Rh	Validade
AGENCIA TRANSFUSIONAL	E7425V00	B306819018290	CONCENTRADO DE HEMACIAS	24/12/2019 02:36	319,16	O+	14/01/2020 23:
HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA -							

OS HEMOCOMPONENTES PRESENTES NESTA PLANILHA APRESENTAM RESULTADOS NEGATIVOS PARA: HEPATITE B, HEPATITE C, AIDS/SIDA, DOEN CHAGAS, SIFILIS E HTLV I/II

Expedido por: **KAROLENE MATOS BRANDAO PASSOS** Temperatura: **36** °C
Recebido por: **Divisão de Hematologia** em: **24/12/2019** às **02:37** hs Temperatura: **36** °C
Temperatura Mínima: **20** °C Máxima **60** °C
Transportado por: **Karoline**
Observação:

Fornecedor GRUPO GSH Ligado à vida.	Transfusão - Conc. Hemácias Data: 24.12.2019 Hospital: HUPT	Sector/Leito: 013/12 Registro/Prontuário: 7141681
Paciente: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO	Data Nasc.: 28/07/1989	Compativel: ☒ Sim ☐ Não
Acesso: ABO/Rh: O+ PAI: NEG	Irradiado: ☐ Sim ☒ Não	Horário: 02:51
Número bolsa: B306819018290	Filtrado: ☒ Sim ☐ Não	Horário: 02:31
1ª Checagem: Divisão de Hematologia		
2ª Checagem: Karoline		
Acompanhamento Transfusional		
Horário	Início	10 minutos
Temperatura	37.1	37.3
Pulso	117	120
PA	104/51	99/49
FR	-	-
Responsável	Karol	Karol

PROVA CRUZADA COMPATIVEL

Nome: **JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO** Data Nascimento: **28/07/1989**

Matrícula: **7141681** ABO/Rh Receptor: **O+** Instituição: **HUPT** Local de Internação: **1/2**

Bolsa: **B30681901829001** ABO/Rh Bolsa: **O+** Volume: **319 ml** Transf. At: **03/12/2019** Data e Hora do Exame: **24/12/2019 02:25**

Responsável pela Transfusão: **Karoline** Rua Território Fernando de Noronha, 2595

Carimbo e assinatura: **Karoline Matos B. Passos** Transfusionista CPF: 038.505.213-89



B3068 19 018290 3 V CH



4700

HEMATO SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA
AVENIDA LINH PETIT, 264
CEP - 50070-230 - RECIFE - PE

Rh POSITIVO

 BANCO DE SANGUE	GRUPO GESTOR DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES	 GSH GRUPO GESTOR DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA Ligação vital
--	---	--

O presente termo tem o dever ético de comprovar as informações prestadas ao paciente e/ou responsável, pelo médico (a) assistente, dos principais aspectos relacionados à transfusão sanguínea ao (s) qual (is) será submetido.

Na ausência da etiqueta é obrigatório o preenchimento dos dados abaixo

Paciente: André Carvalho do Nascimento
Endereço: R. Joaquim Nelson de 2 a 949
Data de Nascimento: 28/07/1989 CPF: 00577160211
RG: 3470989 órgão Expedidor: _____

Obs: No caso de o responsável não ser o paciente, preencher também os dados no espaço abaixo:

Nome Completo: André Carvalho do Nascimento
Data de Nascimento: 28/07/1989 CPF: 00577160211 RG: 3470989 órgão Expedidor: _____

Pelo presente termo, considerando a necessidade de transfusão sanguínea:

- ☒ **AUTORIZO** a realização da transfusão.
☐ **NÃO AUTORIZO** a realização do procedimento transfusional.

Motivo: fratura de fêmur

Declaro que:

1. Tive acesso à política de direitos do paciente e familiares do Hospital.
2. Nas informações que forneci, nada omiti em relação à minha saúde e hábitos.
3. Recebi todas as informações quanto à(s) transfusão(ões) de hemocomponentes a que serei submetido (a), incluindo seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, considerando inclusive minhas condições pessoais, tendo sido esclarecido ainda que:
 - a) A transfusão de sangue é usada para tratamento de diversas doenças. Sangramento em acidentes, cirurgias, defeitos na coagulação do sangue, anemia, neoplasias, etc.;
 - b) Embora seja muito pouco frequente, a transfusão pode causar complicações (efeitos indesejáveis), por exemplo:
 - b.1) Reação febril (benigna) não hemolítica;
 - b.2) Reação alérgica;
 - b.3) Aloimunização: semanas após receber transfusão contendo glóbulos vermelhos, o paciente pode vir a fabricar anticorpos contra esses glóbulos vermelhos recebidos;
 - b.4) Hematoma no local da punção da veia;
 - b.5) Transmissão de doenças infecciosas: Hoje em dia, com os cuidados (procedimentos, controles da qualidade, testes sorológicos de última geração) realizados pelos Bancos de Sangue, a chance de contaminação por transfusão existe, porém, é extremamente baixa.
 - c) Tenho ciência que as amostras de sangue coletadas antes das transfusões poderão ser encaminhadas para realização de testes para detecção de algumas doenças infecto-contagiosas, como AIDS, Hepatite "B" e Hepatite "C".
4. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que foram integralmente respondidas, bem como a opção pelo cancelamento do procedimento de transfusão.
5. Entendo que não exista garantia absoluta quanto aos resultados a serem obtidos.
6. Estou ciente e consinto que o serviço de hemoterapia entre em contato comigo ou com familiares para falar sobre eventual necessidade de repor o estoque do sangue transfundido, visto que a doação é a única maneira do serviço de hemoterapia conseguir atender a demanda de transfusões.

Confirmo que recebi, li e compreendi todas as explicações prestadas, que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressão sobre os pontos com os quais não concordasse, tendo ciência de que, a qualquer momento, poderei revogar o presente consentimento, desde que antes da data da realização do procedimento proposto.

Data: 28/12/19

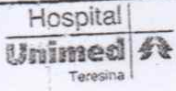
Hora: 19:35

Assinatura do Paciente ou Responsável

PELO MÉDICO:

- ☒ Atesto que expliquei todo o procedimento de transfusão a que o paciente acima referido está sujeito a (o) próprio (a) paciente e/ou seu responsável, informando sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(s) mesmo(s). Entendo que o paciente e/ou seu responsável compreendeu o que lhe (s) foi informado.
- ☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento Informado por tratar-se de situação de urgência.

Assinatura do Médico Responsável
CRM 2348

	FISIOTERAPIA - EVOLUÇÃO	CONVENIO: PLANO ECONOMICO PRONTUÁRIO: 157458 DATA: 24/12/2019
---	--------------------------------	---

NOME: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

CONVENIO: PLANO ECONOMICO

FISIOTERAPIA: ☒ MOTORA
☒ REPIRATÓRIA

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA:

☐ CPAP
☐ BIPAP

02

02

Turno: ☒ MANHÃ
☐ Tarde
☐ Noite

PACIENTE NO 1PO DE CORREÇÃO DE FRATURA DE FÊMUR D SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADO E FASICO. HDN ESTAVEL SEM DVA. EM RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, RETIRADO APORTE DE O2, AP: SP+ SEM RA. ATIVO NO LEITO, COM QUEIXAS DE DOR NO MID, SEM DEFICIT MOTOR.

CONDUTA:

FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: PADRÕES VENTILATORIOS

FISIOTERAPIA MOTORA: POSICIONAMENTO + CINESIOTERAPIA ASSISTIDA

FERNANDA VANESSA CARVALHO DUARTE

Fernanda Vanessa Carvalho Duarte
Fisioterapeuta
CREFITO 131620F
FERNANDA VANESSA
CARVALHO DUARTE CREFITO:
131620F

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE
ASSISTÊNCIA MÉDICA / HOSPITALAR**

23/12/2019 14:18:51

Nome: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

CPF: 00577160214

RG: 3470989

Data Nasc.: 28/07/1989 02:00:00

Sexo: M

Endereço: RUA JOAQUIM NELSON DE 2 A 99998

Bairro: ITARARE

Cidade: TERESINA

Estado: PIAUI

Telefone: 998246364

Atendimento: 821138

Prontuário: 157458

Convênio: PLANO ECONOMICO

I - CONTRATADO: HOSPITAL UNIMED TERESINA - UNIDADE PRIMAVERA, Pessoa Jurídica de Direito Privado regularmente inscrita no CNPJ sob o nº 06.555.031/0002-76, sediada na Rua Território Fernando de Noronha, 2566, Primavera, Teresina/PI, CEP 64007-250, representada por seu diretor geral, Dr. Paulo Matheus Pereira Nunes, doravante denominada Hospital Unimed Teresina - Unidade Primavera;

II - CONTRATANTE RESPONSÁVEL:

Nome _____
Nacionalidade _____, Estado Civil _____
Profissão _____, portador do R.G. n.º _____, órgão emissor _____
CPF n.º _____, residente e domiciliado na _____, Bairro _____
_____, Cidade _____, Estado _____
_____, CEP _____, telefone residencial _____
_____ e telefone comercial _____, doravante denominado

Responsável;

1 - OBJETO

1.1. Prestação de serviços médicos/hospitalares ao Paciente internado nas dependências do Hospital Unimed Teresina - Unidade Primavera, por determinação do médico responsável, ficando o referido hospital expressamente autorizado a executar, por si ou por terceiros especializados, todos os procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, clínicos e/ou cirúrgicos, exames laboratoriais, que sejam indicados pelo médico responsável ou pela equipe médica de atendimento, desde que necessários e indispensáveis à salvaguarda da vida do paciente.

1.2. É facultado ao Paciente e/ou Responsável o direito de recusar algum item/etapa de seu tratamento ou procedimento, desde que tal decisão não implique risco de vida ou comprometimento significativo de sua evolução clínica, devendo a eventual recusa ser especificada através de documento formal. O

Hospital Unimed Teresina - Unidade Primavera avaliará e poderá se opor à recusa formalizada pelo paciente, caso entenda que ficará prejudicada a segurança do tratamento.

1.3. O Paciente e/ou Responsável tem o dever e a responsabilidade de fornecer informações confiáveis, a fim de proporcionar uma avaliação adequada de seu estado de saúde, como doenças preexistentes, hospitalizações, uso de medicamentos ou vícios. Nenhuma medicação além das prescritas durante a internação deverá ser utilizada pelos pacientes durante sua estadia no Hospital Unimed Teresina - Unidade Primavera sem que haja autorização do médico responsável pelo atendimento e que seja cumprida a rotina de verificação prévia do medicamento.

1.4. As internações não emergenciais estão condicionadas à prévia autorização formal pelo Convênio, com indicação do nome do Paciente, serviços, materiais, medicamentos, OPME e/ou procedimentos para os quais a autorização foi expedida, bem como a espécie/categoria de acomodação autorizada.

1.5. As internações não emergenciais na categoria particular estão condicionadas ao pagamento dos honorários profissionais e das despesas com os serviços, taxas, materiais, medicamentos, OPME e/ou procedimentos decorrentes do período de internação.

... em caso de emergência, ou caso seja essencial para salvaguardar a vida do Paciente, o

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Anotação de Enfermagem

Página 1 de
Emitido por: CLAUDIANA LOPES
CARVALHO RENOVA
Data da Emissão: 24/12/2019 05

Atendimento: 821138

Paciente: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

Data de Nascimento: 28/07/1989

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: CLAUDIANA LOPES DE CARVALHO

Conselho / Número COREN - PI - 411035

Idade: 30 Anos 4 Meses

Leito Atual: UTI01_02

Setor: UTI 1

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 24/12/2019

Data anotação: 24/12/2019

Hora anotação: 03:32

Responsável: CLAUDIANA LOPES DE CARVALHO RENOVA

Leito: LEITO_UTI_02

01:30h Paciente admitido nesta UTI procedente do C.C. em POI de Correção de Fratura de Femur. Chegou pouco sonolento porém com efeito anestésico, consciente, orientado fásico, respirando em aa, com padrão respiratório regular, e em seguida avaliado pela plantoni e instalado O₂ sob CN, e oximetria de pulso sat (100%), boa perfusão periférica. Afebril, taquicardio, e tendo hipotensão, sendo feito 1000ml de S.F0,9% (volume). Acesso venoso periférico no MSD e MSE ambos funcionantes. Hemodinâmica estável, sem drogas vasoativas no momento. Pele íntegra, hipocorado. F.O em MID com curativo oclusivo e enfaixado, e dreno suctor na F.O apresentando débito importante. Dieta v.o e zero no momento, diurese presente por SVD, e instalado monitorização cardíaca + oximetria de pulso + pressão não invasiva, e realizado teste glicêmico com valor de m159mg/dl, aguardando hemotransfusão, aos cuidados intensivos de enfermagem.

02:00h Paciente segue em POI de Correção de Fratura de Femur no MID, hemodinâmica estável, em uso de O₂ sob CN, com ssvv aferidos, administrado medicação de horário conforme prescrição médica.

02:10h Coletados sangue para exames laboratoriais.

02:55h Instalado 1 bolsa de concentrado de Hemácias O+, n° B30681901829001, 319ml de volume.

04:00h Paciente segue hemodinâmica estável, sono e repouso satisfatório, com ssvv aferidos, acesso venosos no MSD e MSE ambos funcionantes, em hemotransfusão, aos cuidados intensivos de enfermagem.

04:30h Término de Hemotransfusão sem reação no momento.

05:30h Realizado higiene facial + oral.

06:00h Paciente segue hemodinâmica estável, com ssvv aferidos, administrado medicação de horário, mantendo dieta zero no momento, diurese presente por SVD, aos cuidados intensivos de enfermagem.

Claudia Lopes
CLAUDIANA LOPES DE CARVALHO RENOVA
COREN 411035

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Anotação de Enfermagem

Página 1 de
Emitido por: WALLYSON WEND
EVANGELISTA ALVES
Data da Emissão: 26/12/2019 10:

Atendimento: 821138

Paciente: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

Data de Nascimento: 28/07/1989

Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Prestador Responsável: WALLYSON WENDEL EVANGELISTA ALVES

Conselho / Número COREN - PI - 1238647

Idade: 30 Anos 4 Meses

Leito Atual: APT_61

Sector: POSTO 4

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 26/12/2019

Data anotação: 26/12/2019

Hora anotação: 07:42

Responsável: WALLYSON WENDEL EVANGELISTA ALVES

Leito: APARTAMENTO_61

07H- PACIENTE PACIENTE DE ALTA NO LEITO NO 2° PO DE FRATURA DE FEMUR D,RESP ESPONTANEAMENTE EM AA,CONSCIENTE,ORIENTADO,FASICO, COM HV POR AVP EM MMSD 24/12/19,DIETA VO,DIURESE PRESENTE E ESPONTANEA SEGUE SEM QUEIXAS E AOS CUIDADOS.

08H- VERIFICADO SSVV:

PA: 120/80

T: 35.5°C

FC: 91

FR:17

SPO2: 96%

ESCALA DE MEWS- 2.

08H- ADMINISTRADO MEDICAÇÃO: (DIPIRONA IV).

09H- PACIENTE RECEBE VISITA MEDICA NO DIA 25/12/19,O MESMO SEGUE DE ALTA MEDICA HOJE 26/12/19,RETIRADO ACESSO PERIFERICO E ENTREGUE RESUMO DE ALTA.


WALLYSON WENDEL EVANGELISTA ALVES
COREN 1238647

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Anotação de Enfermagem

Página 1 de 1
Emitido por: ANA CAROLINE DE SOUSA
Data da Emissão: 24/12/2019 18:40

Atendimento: 821138
Paciente: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO Idade: 30 Anos 4 Meses
Data de Nascimento: 28/07/1989 Leito Atual: APT_61
Médico Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO Setor: POSTO 4
Prestador Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA
Conselho / Número COREN - PI - 1019887 Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

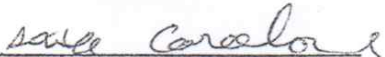
Data de Referência: 24/12/2019
Data anotação: 24/12/2019 Hora anotação: 18:40
Responsável: ANA CAROLINE DE SOUSA Leito: APARTAMENTO_61

14:00 - PACIENTE ADMITIDO NO POSTO 4, PROCEDENTE DA UTI, POI de Correção de Fratura de Femur, COM DRENO SUCTOR FUNCIONANTE, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS, DIABETES, SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADO, FASICO, AFEBRIL, EM H.V, DIURESE AUSENTE NO MOMENTO, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM, ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (ACIDO TRANEXAMICO, NAUSEDRON, CEFAZOLINA, DIPIRONA, TRAMAL), REALIZADO GLICEMIA CAPILAR 121mg/dl CPM;

T- 37° SAT- 95% FC- 110 FR- 18 PA- 120 X 80 GLI. -
121mg/dl

18:00 - ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (CETOPROFENO, RANITIDINA, DIPIRONA) CPM; DIURESE PRESENTE ESPONTANEA;

19:00 - ADMINISTRADA MEDICAÇÃO EV (HIDROCORTISONA), VO (DEXCLORFENIRAMINA) CPM, SEGUE SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM;


ANA CAROLINE DE SOUSA
COREN 1019887

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



**SALA DE RECUPERAÇÃO
PÓS-ANESTÉSICA**

DATA: 24-12-2019 01:57
CONVÊNIO: PLANO ECONOMICO
PRONTUÁRIO: 157458
ATENDIMENTO: 821138

Nome: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

Leito / Apto: UTI01_02

Início:

Cirurgia: FRATURA DE FEMUR

Anestesia: RAQUI E SEDAÇÃO

Término:

Admissão:

Hora: 01:30

PACIENTE NA SRPA COM P.A 90.50 MMHG, SPO2 93%, FC 132, EM HV POR AVP, SVD, DRENO DE SUÇÃO NA F.O COM DEBITO DE 250 ML, ANTERIORMENTE ESVAZIADO, O MESMO COM DEBITO DE 400 ML, ANESTESISTA CIENTE, COMUNICADO A ENFERMEIRA DO POSTO, E ENCAMINHADO PACIENTE PARA UTI, FAMILIA CIENTE.

Vias Aéreas		Gases O2	l/min	Alergias
☐ Cateter	☐ Cânula Guedel	Ligado		
☐ Entubado	☐	Desligado		
☐ Máscara				

Sinais Vitais

Horario	PA	P	F.R	T	SpO2	Diurese		
	90.50				93%	600ML		

Sinais Vitais

		Soros	Sangue	Soma
Ganhos (G)				
Perdas (P)	Diurese			

Balanço (G.P) =



Hospital
Unimed
Teresina



SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 24-12-2019 01:57

CONVÊNIO: PLANO ECONOMICO

PRONTUÁRIO: 157458

ATENDIMENTO: 821138

Acesso		Drenos	
☒ Periférico	☐ Flebotomia	☐ Tora = D	☒ Dreno a Vácuo
☐ Subclávia	☐	☐ Tora = F	☐ PCR
☐ SNG	☒ Sonda Vesical	Monotorização ☒ Monitor Cardíaco ☒ Oxímetro ☐ Capnógrafo ☐ PIC	
☐ Gastrostomia	☐ Arritmia		
☐ Traqueostomia	☐		
☐			
Peça (s) cirúrgica (s):			
☐ Sim		☒ Não	

Índices de Aldrete-Kroulik

		NOTA	ADM	40'	1H	2H	ALT
Atividade	Move 04 membros	2					
	Move 02 membros	1					
	Move 00 membros	0					
Respiração	Profunda	2					
	Limite dispnéia	1					
	Apnéia	0					
Consciência	Completamente consciente	2					
	Despertado ao chamado	1					
	Não responde ao chamado	0					
Circulação	PA:20% do nível pré-anestésico	2					
	PA:20% a 49% do nível pré-anestésico	1					
	PA:50% do nível pré-anestésico	0					
SpO2	Mantém SPO > 92% em ambiente	2					
	Mantém SPO > 90% em O2	1					
	Mantém SPO < 90% em O2	0					

ALTA DA RECUPERAÇÃO

ENCAMINHADO PARA UTI 1.

Adriana Nogueira de A. Oliveira
Tec. Enfermagem
COREN-PI 69077

Adriana

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MYPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Evolução

Página 1 de 1.
Emitido por: ITAPUAN DAMASIO DE SOUSA
Em 24/12/2019 11:13

Paciente: 157458 - JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

Idade: 30 Anos 4 Meses 26 Dias

Data de Nascimento: 28/07/1989

Prestador Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 1976

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO MEDICA

Atendimento 821138

Leito: LEITO_UTI_02

Admissão: 23/12/2019 14:18

Convênio: PLANO ECONOMICO

Plano: PLANO ECONOMICO

EVOLUÇÃO: 1138352 (FECHADO)

Responsável: ITAPUAN DAMASIO DE SOUSA - CRM 2902 /
CIRURGIA GERAL

Data de Referência: 24/12/2019

Data/Hora do Documento: 24/12/2019 10:54

EVOLUÇÃO UTI - PLANTÃO DIURNO

DIAGNÓSTICO/QUADRO ATUAL:

POI DE CORREÇÃO DE FRATURA DE FÊMUR

Paciente sem sedação, consciente, confuso em alguns momentos

Eupneico, em ventilação espontânea

Hemodinâmica estável, sem drogas vasoativas

Afebril

Diurese presente em bom volume.

Já avaliado por ortopedista assistente que mantém conduta

Apresenta placas elevadas pruriginosas eritematosas em MMSS e tronco

Hb 9.1, Leuco 12250, Bastões 613, INR 1.66

CD:

- Vigilância infecciosa
- BH positivo leve
- Ajuste de analgesia
- Corticoide e anti-histamínico

Itapuan Damásio de Sousa
Terapia Intensiva
Angiocorpus
CNPJ: 08.014.641/0001-07
CRM-PI 2902

ITAPUAN DAMASIO DE SOUSA
CRM 2902

HOSPITAL UNIMED TERESINA
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Evolução

Página 1 de 1
Emitido por: VIVIANE DOS SANTOS SILVA
Em 24/12/2019 01:43

Paciente: 157458 - JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

Idade: 30 Anos 4 Meses 25 Dias

Data de Nascimento: 28/07/1989

Prestador Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 1976

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO MEDICA

Atendimento 821138

Leito: LEITO_UTI_02

Admissão: 23/12/2019 14:18

Convênio: PLANO ECONOMICO

Plano: PLANO ECONOMICO

EVOLUÇÃO: 1138139 (FECHADO)

Responsável: VIVIANE DOS SANTOS SILVA - CRM 4971 /
REUMATOLOGIA

Data de Referência: 24/12/2019

Data/Hora do Documento: 24/12/2019 01:38

ADMISSÃO UTI

#POI DE CORREÇÃO DE FX DE FEMUR

PACIENTE ENCAMINHADO DO CC EM POS OPERATÓRIO DE CORREÇÃO DE FX DE F-EMUR ,EVOLUINDO COM
ALTO DÉBITO EM DRENO DE SUCÇÃO,HIPOTENSÃO
A ADMISSÃO
VIGIL,CONATCTUANTE,HIPOCORADO 2+/4+
ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE,TENDENDO A HIPOTENSÃO
EUPNEICO EM AR AMBIENTE
AFEBRIL
DIURESE NÃO AFERIDA

CD

- LAB DE ADMISSÃO
- CONTROLE HEMODINAMICO
- HEMOTRANSFUSÃO

Dr. Viviane dos Santos Silva
CLINICA MEDICA REUMATOLOGIA
CRM-PI 4971

VIVIANE DOS SANTOS SILVA
CRM 4971



HOSPITAL UNIMED TERESINA
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Evolução

Página 1 de 1
Emitido por: ITAPUAN DAMASIO DE SOUSA
Em 24/12/2019 11:14

Paciente: 157458 - JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

Idade: 30 Anos 4 Meses 26 Dias

Data de Nascimento: 28/07/1989

Prestador Assistente: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO

Conselho / Número Cons.: CRM - PI - 1976

Função: MEDICO(A)

EVOLUÇÃO INTENSIVISTA

Atendimento 821138

Leito: LEITO_UTI_02

Admissão: 23/12/2019 14:18

Convênio: PLANO ECONOMICO

Plano: PLANO ECONOMICO

EVOLUÇÃO: 1138383 (FECHADO)

Responsável: ITAPUAN DAMASIO DE SOUSA - CRM 2902 /
CIRURGIA GERAL

Data de Referência: 24/12/2019

Data/Hora do Documento: 24/12/2019 11:14

EVOLUÇÃO INTENSIVISTA - VISITA MÉDICO DIARISTA

DIAGNÓSTICO/QUADRO ATUAL:

POI DE CORREÇÃO DE FRATURA DE FÊMUR

Paciente sem sedação, consciente, confuso em alguns momentos

Eupneico, em ventilação espontânea

Hemodinâmica estável, sem drogas vasoativas

Afebril

Diurese presente em bom volume.

Já avaliado por ortopedista assistente que mantém conduta

Apresenta placas elevadas pruriginosas eritematosas em MMSS e tronco

Hb 9.1, Leuco 12250, Bastões 613, INR 1.66

CD:

- Vigilância infecciosa

- BH positivo leve

- Ajuste de analgesia

- Corticoide e anti-histamínico

Itapuan Damásio de Sousa
Terapia Intensiva
Angiocorpus
CNPJ: 08.014.641/0001-07
CRM-PI 2902

ITAPUAN DAMASIO DE SOUSA
CRM 2902



Hospital Unimed Primavera
Rua Território Fernando de Noronha, 2566. Fone: (86) 2107-1616
CNPJ: 065550310002-76
Teresina - Piauí

23.12.19

CONSUMO DE SALA

Paciente:	Joel C. do Nascimento	Atendimento:	821138
Convênio:	Plano Econômico	Cirurgião:	Alcides Vilas Boas
Cirurgia:	Ficat. Femur	Proc:	viloma nonata
01	capa de Intensi- ficação de Imagem.		
01	placa DCP de 12 furros		
01	parafusos destri- zante 70 MM.		
01	contra - pino		
09	parafusos corticais		
01	parafuso espinhal roscas 32.		
01	dreno de sucção 4x8 MM.		

Capa Protetora
Capa Protetora para Equipamentos

Tamanho: 80 x 120 cm
F 05 08 19 L 01 E
V 05 08 21 528

Registro ANVISA - 80251140047



TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA

- O horário destinado às visitas será das 11h às 12h, de Segunda-feira a Domingo;
- O visitante, ao adentrar a UTI, deverá realizar a higienização das mãos seguindo a vestimenta de gorro, máscara, avental e propés (fornecido pelo setor). Ao final da visita, lavar as mãos para saída da UTI. Todo o material será disponibilizado por um funcionário da UTI no horário da visita;
- Atentar para a vestimenta, a fim de evitar exposição a agentes biológicos. Uso preferencial de calças, camisas e sapatos fechados;
- **Será permitida a entrada de três visitas por paciente, um por vez. Visitantes com mais de 60 anos ou portadores de necessidades especiais poderão entrar acompanhados de outro familiar;**
- Ao final da visita será fornecido o boletim médico ao responsável eleito no ato da admissão, que será por ele repassado aos demais familiares;
- A visita poderá ser interrompida ou atrasada caso haja alguma intercorrência com algum dos pacientes;
- Exceções às normas supracitadas somente com prévia autorização da coordenação da UTI;
- Vetado entrada de criança com idade inferior a 14 anos;
- **Vetado o uso de aparelho celular e outros eletroeletrônicos no ambiente da UTI;**
- **Vetado tirar fotos ou realizar filmagens;**
- Vetado o uso de acessórios como bolsas e mochilas;
- Vetado sentar nos leitos ou colocar objetos sobre os mesmos;
- Vetado a entrada de alimentos, flores ou objetos na UTI;
- **Vetado o passeio dentro da UTI e/ou visitas a outros leitos. O visitante só poderá se aproximar do leito do seu familiar;**
- Manter o tom de voz suave;

OBS.: A visita deverá ser liberada na portaria, onde cada visitante deverá se identificar e identificar o paciente que deseja visitar.

NOME DO PACIENTE: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

FAMILIAR RESPONSÁVEL PELO BOLETIM MÉDICO

1. Erisman (Tia) (95) 99150-7212
2. (95) 9 9150-7212

X Erisman da Silva Carvalho

De acordo, Responsável.

Teresina, 24/12/2019

Cristina Gomes
Enfermeira do Plantão

Enfermeira do Plantão

HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1 / 1
Emitido por: WALVES
Em: 26/12/2019 12:22

Atendimento: 821138

Dt Atendimento: 23/12/2019 - 14:18

Dt Alta: 26/12/2019 - 12:22

Paciente: 157458 JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 496 PLANO ECONOMICO

Leito: 550 APARTAMENTO_61

Plano: 1 PLANO ECONOMICO

Motivo Alta: 52 ALTA APOS CURATIVO

Usuário: WALVES

Diretor Clínico:

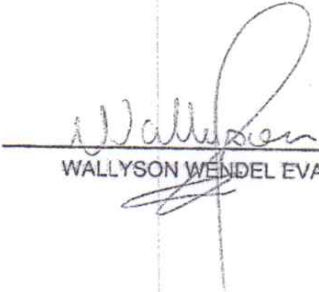
CID: S723

FRAT DA DIAFISE DO FEMUR

Procedimento de Alta 30733081 - FRATURA COM REDUCAO E/OU ESTABILIZACAO DA SUPERFICIE ARTICUL

Observação de Alta

APCIENTE 2 PO FRATURA DE FEMUR D
SEM INTERCORRENCIAS
ALTA PARA DIA 26 12


WALLYSON WENDEL EVANGELISTA ALVES



HOSPITAL UNIMED PRIMAVERA
MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico
Relatório de Resumo de Alta

PÁGINA 1 DE 1
Emitido por: ALCIDES
Em:25/12/2019 08:59

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 26/12/2019 08:55:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOEL CARVALHO DO NASCIMENTO RG: 3470989 PESO:
IDADE: 30 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:
Data de Nascimento: 28/07/1989
PRESTADOR ASSISTENTE: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
DATA DE ATENDIMENTO: 23/12/2019 14:18:35 ATENDIMENTO: 821138 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 3 Dia(s)
CONVÊNIO: PLANO ECONOMICO PLANO: PLANO ECONOMICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S723 - FRAT DA DIAFISE DO FEMUR
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):
DIAGNÓSTICO INICIAL: S722 - FRAT SUBTROCANTERICA
DIAGNÓSTICO DE ALTA: S723 - FRAT DA DIAFISE DO FEMUR

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO	DATA INICIAL	DATA FINAL
CEFAZOLINA PO SOL.INJ. 1G	23/12/2019	23/12/2019
CEFAZOLINA PO SOL.INJ. 1G	25/12/2019	25/12/2019

TRATAMENTO TERAPÊUTICO

PRESTADOR: ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO ÚLTIMA: 25/12/2019

EVOLUÇÃO

2 PO FRATURA DE FEMUR D
SEM INTERCORRENCIAS
ALTA PRA 26 12

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CURATIVO

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURA COM REDUCAO E/OU ESTABILIZACAO DA SUPERFICIE ARTICUL

OBSERVAÇÃO DE ALTA: APCIENTE 2 PO FRATURA DE FEMUR D
SEM INTERCORRENCIAS
ALTA PARA DIA 26 12

ALCIDES VILARINHO DA SILVA FILHO
CRM-1976

