



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE TOBIAS BARRETO DA COMARCA DE TOBIAS BARRETO**  
**Av. José Davi dos Santos, Bairro Centro, Tobias Barreto/SE, CEP 49300000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202085501232 Distribuição: 13/07/2020  
Número Único: 0002457-06.2020.8.25.0075 Competência: 2ª Vara Cível e Criminal de Tobias Barreto  
Classe: Procedimento Comum Fase: POSTULACAO  
Situação: Andamento Processo Principal: \*\*\*\*\*  
Processo Origem: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Material - Acidente de Trânsito  
- DIREITO ADMINISTRATIVO E OUTRAS MATÉRIAS DE DIREITO PÚBLICO - Serviços - Concessão / Permissão / Autorização  
- Tabelionatos, Registros, Cartórios - Gratuidade

**Dados das Partes**

Requerente: Iradielson Lourenço dos Santos  
Endereço: RUA ACESIO DOS SANTOS CARDOSO  
Complemento:  
Bairro: SANTOS DUMONT  
Cidade: TOBIAS BARRETO - Estado: SE - CEP: 49300000  
Requerente: Advogado(a): DANILO SANTOS SANTANA 8119/SE  
Requerido: SEGURADORA LÍDER  
Endereço: RUA SENADOR DANTAS  
Complemento: 5 ANDAR  
Bairro: CENTRO  
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE TOBIAS BARRETO DA COMARCA DE TOBIAS BARRETO**

**Av. José Davi dos Santos, Bairro Centro, Tobias Barreto/SE, CEP 49300000**

**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenas:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE TOBIAS BARRETO DA COMARCA DE TOBIAS BARRETO**  
**Av. José Davi dos Santos, Bairro Centro, Tobias Barreto/SE, CEP 49300000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202085501232

**DATA:**

13/07/2020

**MOVIMENTO:**

Distribuição

**DESCRIÇÃO:**

Registro eletrônico de Processo Judicial sob nº 202085501232, referente ao protocolo nº 20200713192605065, do dia 13/07/2020, às 19h26min, denominado Procedimento Comum, de Acidente de Trânsito, Gratuidade.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim

**EXCELENTE SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DA COMARCA DE TOBIAS BARRETO-SE**

**IRADIELSON LOURENÇO DOS SANTOS**, brasileiro, costureiro, solteiro, maior e capaz, portador do RG nº 1.567.903 SSP/SE e CPF nº 028.699.155-19, residente e domiciliada na Rua João Jeremias Filho, nº 99, Centro, Tobias Barreto/SE, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seus advogados in fine assinado, conforme procuraçāo em anexo, com fulcro no artigo 3º da Lei 6.194/74 e demais disposições aplicáveis à matéria, propor a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT** - em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S.A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar - Centro - , Cep: 20.031-205, Rio de Janeiro - RJ., pelas razões de fato e de Direito a seguir articuladas:

**DA GRATUIDADE JUDICIARIA**

Inicialmente, requer lhe seja deferido os benefícios da justiça gratuita, com fulcro no disposto ao inciso LXXIV, do artigo 5º da CF e na Lei nº 1.060/50, em virtude de ser pessoa pobre na acepção jurídica da palavra e sem condições de arcar com os encargos decorrentes do processo, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família, haja vista a autora não possuir qualquer renda financeira, conforme comprovante de renda em anexo, indicando que o mesmo é um simples costureiro, auferindo a quantia mensal de apenas 01 (um) salário mínimo vigente.

## DOS FATOS

Em 02/04/2020, em via pública, o requerente foi vítima de acidente de trânsito enquanto estava pilotando sua motocicleta e necessitou desviar de um buraco existente na estrada, conforme boletim de ocorrência em anexo.

Registra-se, que o veículo que o autor se encontrava é licenciado em seu nome, com o licenciamento adimplente à época do acidente, sendo que o requerente é devidamente habilitado, conforme provas documentais em anexo.

No mais, o veículo em questão obedece à motocicleta POP 110 HONDA, cor vermelha, placa QMC 2599, chassi 9C2JB0100HR513091, número do motor JB01E0H513100, RENAVAM 01137236547, licenciado em nome do autor IRADIELSON LOURENÇO DOS SANTOS, conforme boletim de ocorrência em anexo.

Assim, conforme algumas fotografias, boletim de ocorrência e alguns relatórios médico em anexo, comprovam que o autor em virtude do acidente automobilístico sofreu múltiplas faturas em sua perna direita, fraturou o fêmur direito, com fratura exposta e quebrou o joelho em vários lugares, se fazendo necessários a intervenção cirúrgica e tratamento de recuperação por tempo indeterminado.

É certo que em razão de acidente que envolva veículos automotores terrestres, como carros particulares, táxis, motocicletas, caminhões, ônibus urbanos, intermunicipais, rurais e interestaduais, até mesmo veículos de terraplanagem, a vítima ou seus familiares passam a ter direito ao recebimento de uma indenização, referente ao seguro obrigatório DPVAT, criado pela Lei de n.º 6.194, de 19.12.1974.

As indenizações do DPVAT são pagas independentemente de apuração de culpa, da identificação do veículo ou de outras apurações, desde que haja vítimas, transportadas ou não, bem com será correspondente ao valor das respectivas despesas, até o limite definido em tabela de ampla aceitação no mercado, tendo como teto máximo o valor vigente na data de ocorrência do sinistro, consoante o disposto na Medida Provisória n.º 340/06.

Entretanto, a Autora até o momento não recebeu o pagamento referente à indenização do seguro DPVAT a que tem direito. Excelência, segundo o dispositivo contido no art. 5º, da Lei 6.194/74, a doutrina e a jurisprudência majoritária, para o recebimento da indenização do seguro obrigatório basta simples prova do acidente e do dano decorrente, devendo, então, a Seguradora participante do Consórcio, efetivar o pagamento do seguro devido a requerente, uma vez já preenchidos os requisitos legais.

## DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS

A Autora tem sua pretensão respaldada na Lei nº 6.194/74 que regula o pagamento das indenizações decorrentes de seguro obrigatório. Assevera o art. 3º: *Art. 3º- Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:*

O Requerente requer a procedência do pedido de indenização, considerados a época da liquidação do sinistro. Como suscitado anteriormente a *questio debeatur* pode ser sintetizada na discussão sobre a possibilidade da fixação do valor de indenização do seguro obrigatório resultar de vontade das partes, em desacordo com o estabelecido legalmente. Para tanto, mister analisar a natureza do seguro obrigatório. De fato e como ensina Elcir Castello Branco o seguro obrigatório é uma garantia de que o Governo exige para proteger as vítimas, em razão do número crescente de eventos danosos, cf. "Seguro Obrigatório de Responsabilidade Civil".

Assim, os veículos no momento do licenciamento anual, ficam obrigados a recolher o valor do seguro obrigatório de responsabilidade civil. É, aliás, condição para que os veículos possam trafegar, como aponta Rui Stocco in *Responsabilidade Civil e sua Interpretação Jurisprudencial*, RT., p. 205. E continua o ilustre doutrinador sobre o tema: "É caracterizado como uma interferência do Poder Público na liberdade das pessoas, com o objetivo de proteger as vítimas de acidente, nas atividades que considerou de extremo perigo como *ad exemplum*, a condução de veículos automotores".

Com efeito, o seguro obrigatório - ao contrário dos demais contratos desta natureza - é regulamentado por legislação específica, sendo a indenização tarifada e insuscetível de transação. Correto, então, afirmar que as partes não podem deliberar sobre os valores especificados em lei. A rigidez da norma legal, pela especificidade do seguro em análise, tem por objetivo a proteção da parte mais fraca da relação contratual, no caso o segurado.

### **DAS PROVAS e DA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO/MEDIAÇÃO**

O autor pretende demonstrar a verdade sobre os fatos elencados na inicial, através dos documentos juntados em conjunto com a peça inaugural, **pugnando desde já pelo exame pericial, na forma da súmula 474 do STJ**, nos termos do inciso VI, do art. 319 do Código de Processo Civil de 2015.

O autor **dispensa** a audiência de conciliação e/ou mediação, nos termos do inciso do VII, do art. 319 do Código de Processo Civil de 2015, **bem como em razão da PANDEMIA COVID-19.**

**DOS PEDIDOS**

**ANTE AO EXPOSTO**, requerer a Vossa Excelência que:

- a) a citação da requerida para apresentar resposta aos termos da presente, nos termos da lei, sob pena de decretação de revelia e incidência de seus efeitos;
- b) a dispensa da audiência de conciliação e/ou mediação, nos termos do inciso do VII, do art. 319 do Código de Processo Civil de 2015, bem como em razão da COVID-19;
- c) seja julgado procedente o pedido, para condenar a Demandada em reparar os danos físicos sofridos pela autora, em razão do acidente acima mencionado e de acordo com o exame pericial, na forma da súmula 474 do STJ, tudo a ser acrescido da correção monetária e juros legais, tal como vem se posicionando larga jurisprudência;
- d) o deferimento dos benefícios da justiça gratuita, na forma da lei;
- e) a condenação do pagamento dos honorários advocatícios e custas processuais.

Protesta pela produção de todos os meios de provas em direito admitidas.

Dá-se à causa o valor de considerado R\$ 1.045,00 (mil e quarenta e cinco reais).

Pede Deferimento, Tobias Barreto/SE, 13 de julho de 2018.

---

**DANILO SANTOS SANTANA**  
**OAB/SE 8.119**



**Ds**  
**Danilo Santos**  
AVOCACIA & ASSESSORIA JURÍDICA  
**PROCURAÇÃO**

OUTORANTE: IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS, brasileiro, menor, rapaz, portador do RG 1.567.903-nº2º via SSP/SE e CPF nº 028.699.155-19, residente e domiciliado na Rua João Jerônimo Filho, nº 29, Centro, CEP 49.300-000, Tobias Barreto/SE.

OUTORADO: DANILo SANTOS SANTANA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de Sergipe, sob o nº 8.119, e-mail danilosadv@hotmail.com e fone (79) 9999-9100, com domicílio profissional na Rua Joaquim Serafim Meneses, nº 130, Santa Rita, na cidade de Tobias Barreto, Estado de Sergipe, CEP Nº 49.300-000.

**NOMEAÇÃO E PÓDERES.** Pelo presente instrumento particular de Procuração, o Outorante nomeia como seu bastante procurador e advogado o Outorgado, conferindo-lhe amplos e ilimitados poderes, mais os de cláusula ad judicata extra para o fim em geral, podendo propor contra quem de direito(s) ação(s) competente(s) e defendê-lo(s) na(s) contrariedade(s), segundo unica(s) e outra(s), até final(s) decisão(s); conferindo-lhe, ainda, amplos e ilimitados poderes, por mais especiais que o sejam, e, mais, os da parte final de art. 105, do Código de Processo Civil, inclusive os poderes de confessar, desistir, transigir, firmar compromissos(s) ou assentos(s), receber e dar quitação(s), podendo, ainda, substancializar così a outrem, com os seus reservas dos poderes aqui expressamente outorgados, se que todo será dito por hum, firme e valioso na ação de cobrança contra o segredo DPVAT.

Tobias Barreto/SE, 13/07/2020.

*IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS*  
IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Rua Joaquim Serafim de Meneses, 130 - Santa Rita  
Cep: 49300-000 - Tobias Barreto/SE  
79-99999-9100  
danilosadv@hotmail.com

## GENILDA ROSA DOS SANTOS

R. JOÃO JEREMIAS FILHO, 89  
TOBIAS BARRETO - Tobias Barreto/SE - 49.300-000

Medidor: 950553486 - M

| Mês de Referência | Consumo kWh | Vencimento | Valor R\$ |
|-------------------|-------------|------------|-----------|
| 04/2019           | 113         | 07/05/2019 | 76,93     |

## DADOS CADASTRAIS

Unif. Convenção  
CNPJ/CPF: 004.938.005-19  
Grupo/Subgrupo: 5-B11 Lige. & Manufásico  
Class: RESIDENCIAL - BATTA RENDA - NIS: 16206445527  
SEEE criada pela nr 10-438 de 26/04/2002  
Anexo de Fornecimento (V): 127  
Unidades autorizadas de Tensão (V): 117 a 133  
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME  
ANEXO 1 DO MÓDULO 8 DO PRODIST

## CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 084643

## HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

| Mês/Ano | Consumo | Data     | Operação | Valor R\$ |
|---------|---------|----------|----------|-----------|
| 04/2019 | 113     | 01/04/19 | Entrada  |           |
| 05/2019 | 105     | 01/05/19 |          | 76,93     |
| 02/2019 | 104     | 19/02/19 |          |           |
| 01/2019 | 113     | 19/03/19 |          |           |
| 12/2018 | 103     | 18/02/18 |          |           |
| 11/2018 | 25      | 20/12/18 |          |           |
| 10/2018 | 29      | 05/12/18 |          |           |
| 09/2018 | 103     | 19/11/18 |          |           |
| 08/2018 | 103     | 15/10/18 |          |           |
| 07/2018 | 106     | 17/09/18 |          |           |
| 06/2018 | 67      | 14/08/18 |          |           |
| 05/2018 | 85      | 17/07/18 |          |           |
| 04/2018 | 87      | 18/06/18 |          |           |
|         | 92      | 15/05/18 |          |           |

## ITENS FATURADOS

| Descrição | Qtd. | VL. Unit.   | Valor(R\$) |
|-----------|------|-------------|------------|
| CONSUMO   | 35   | x 0,21833 = | 7,65       |
| CONSUMO   | 70   | x 0,37430 = | 26,17      |
| CONSUMO   | 13   | x 0,56145 = | 7,29       |
| ICMS      |      |             | 26,05      |
| PIS       |      |             | 9,66       |
| COFINS    |      |             | 7,01       |

## Outras cobranças

|                      | 03/2018 | 03/2019 |
|----------------------|---------|---------|
| JUROS E CORRÉCAO     |         |         |
| MULTA P/ ATRASO PAGO |         | 0,20    |

## DADOS DE FATURAMENTO

|                            |                   |
|----------------------------|-------------------|
| Emissão                    | 23/04/2019        |
| Mês/Ano Faturamento        | 04/2019           |
| Lectura atual              | (22/04/2019) 4199 |
| Lectura anterior           | (20/03/2019) 4086 |
| Prox. leitura              | 23/05/2019        |
| Consumo Medido (kWh)       | 113               |
| Consumo Diário (kWh)       | 3,42              |
| Dias de Consumo            | 33                |
| Occorrência do Mês         | Liq.              |
| Média kWh últimos 12 meses | 96                |

## IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Sena: 01.407.665 / B  
13.077.7310.012988.09  
Local de Entrega: 1

## COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

|                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| (Art.31, RESOLUÇÃO 166/2005 - ANEEL) |              |
| Energia                              | 34,20%       |
| Distribuição                         | 26,30%       |
| Transmissão                          | 7,30%        |
| Encargos Sistóricos                  | 7,40%        |
| Tributos                             | 24,60%       |
| Outros                               | 7,18         |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>76,93</b> |

## REAVISO DE FATURA VENCIDA

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE TOBIAS BARRETO - TOBIAS BARRETO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00060763/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/07/2020 10:34:27 Data/Hora Fim: 13/07/2020 10:34:27  
Delegado da Polícia: Fabio Alan Pinto Pimentel

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Regional de Tobias Barreto

Data/Hora da Fato: 03/07/2020 12:10

Lado: Rio São

Município: Tobias Barreto (SE)

Ligeiramente: RODOVIA TOBIAS BARRETO X LAGARTO

Local: Distrito Industrial

AP: 59

CEP: 49.300-000

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO HOTEL TRINCADE

Tipo de Local: Via Pública

Motivo: Empresarial

Natureza:

Vítima:

100% AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

ENVOLVIDO(S)

Nome: Izaias (IRACELSON LOURENCO DOS SANTOS) VITIMA, COMUNICANTE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| Nome/Identificação            | Qualificação | Subgrupo            | Descrição                                                                                      | Vias/ruas |
|-------------------------------|--------------|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| IRACELSON LOURENCO DOS SANTOS | Vítima       | RESIDENTE/Visitante | Placa: CMC-2544, Chassi: PR-2283100-07513691<br>Num. Motor: 880164H01200, Placa: PR-1137038847 |           |

RELATO HISTÓRICO

O comunicante informa que no dia 02/07/2020, por volta das 10h da manhã, realizou um passeio de moto (PLACA: PR-1137038847) com o seu irmão e irmã (Izaias) rumo ao bairro Trinca Barreto e Lagarto, e na imediação do Hotel Trinca Barreto, ao chegar ao local, o seu irmão (Izaias) bateu a moto contra a mureta de concreto, e que não teve lesões e saiu de imediato. Informa que trouxe o irmão de volta, com lesões expostas e queimadas e queira que esteja em casa, informa que foi necessário para o hospital São Vicente de Paula, conforme protocolo médico. Esta é a 1ª vez que se prendeu sua bicicleta, foi levada para o hospital Universitário de Lagarto, conforme documento apresentado neste ato.

ASSINATURAS

*Junior*  
Ricardo Henrique Junior  
Efetivo de Polícia  
Chefe do Cânone

Elcio Wasthene Junior  
Assessor de Recursos

*Iracelson Lourenco dos Santos*  
IRACELSON LOURENCO DOS SANTOS  
Vítima, Comunicante

Para fins de identificação da autenticidade da assinatura, o documento pode ser comparado com o original ou com o documento que o originou. Caso exista alguma dúvida, o documento deve ser encaminhado ao Conselho de Contabilidade Pública.



Presidente: Elcio Wasthene Junior  
Data da assinatura: 13/07/2020 10:34:44

Página 1 de 1  
PPI - Procedimento Policial Eletrônico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CENTRAL

CONTENTS

|                                                    |             |                      |           |                    |
|----------------------------------------------------|-------------|----------------------|-----------|--------------------|
| DETAN - SE                                         |             | Nº 015214435677      |           |                    |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |             |                      |           |                    |
| VIA                                                | OD. RENAVAM | PLA. TRLC            | EXERCÍCIO |                    |
| 1                                                  | 01137225547 | SI                   | 2019      |                    |
| NOME                                               |             |                      |           |                    |
| WALFREDO LOPES DA SILVA                            |             |                      |           |                    |
| ENDERECO                                           |             |                      |           |                    |
| RUA 2000, 12345678901234                           |             |                      |           |                    |
| BAIRRO: CENTRO - ANGICO/PE                         |             |                      |           |                    |
| CEP: 58000-000 - CEP: 58000-000                    |             |                      |           |                    |
| CPF / CNPJ                                         |             | PLACA                |           |                    |
| 028.809.100-19                                     |             | 01NC2599             |           |                    |
| PLACA ANT. / UF                                    |             | CHASSI               |           |                    |
| 01NC259999/PE                                      |             | PE2008V1005H 313693  |           |                    |
| ESPECIE TIPO                                       |             | COMBUSTIVEL          |           |                    |
| PASSEIO/VEIC.                                      |             | GASOLINA             |           |                    |
| MARCA / MODELO                                     |             | ANO FAB.             |           |                    |
| HONDA/CRV 1.6                                      |             | 2017                 |           |                    |
| CAP / POT / GIL                                    |             | ANO MOD.             |           |                    |
| 2000/1600                                          |             | 2017                 |           |                    |
| CATEGORIA                                          |             | COR PREDOMINANTE     |           |                    |
| PRATIC                                             |             | VERMELHO             |           |                    |
| ODA UNICA                                          |             | VENC. ODA UNICA      |           |                    |
| F500                                               |             | 2023/09/03           |           |                    |
| FAIXA LIVEL                                        |             | PARCELAMENTO / OCTAV |           |                    |
| 2000/2020                                          |             | 2023/09/03           |           |                    |
| PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)                             |             | IDF (R\$)            |           | PRÉMIO TOTAL (R\$) |
| 11.000,00                                          |             | 100,00               |           | 11.100,00          |
| DATA DE PAGAMENTO                                  |             | 11/08/2019           |           |                    |
| OBSERVAÇÕES                                        |             |                      |           |                    |
| SOLICITANTE                                        |             |                      |           |                    |
| MOTOR: 0101000100                                  |             |                      |           |                    |
| LOCAL                                              |             | DATA                 |           |                    |
| RECIFE, 11/08/2019                                 |             | 11/08/2019           |           |                    |

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE N° 015214435677 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoraalidar.com.br](http://www.seguradoraalidar.com.br)

SAC DPWAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO — DATA EMISSÃO —

| PRÊMIO TARIFÁRIO               |                          |                                            |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|
| PREÇO (R\$)<br>26,04           | DEBITO/MON (R\$)<br>2,00 | CUSTO DO SÉGURO (R\$)<br>40,00             |
| CUSTO DO RIAHETE (R\$)<br>1,15 | ICP (R\$)<br>1,32        | VALOR DO PRÉMIO (R\$) (VALORES DE<br>0,15) |
| PAGAMENTO                      |                          | DATA DE QUITAÇÃO<br>30/03/2019             |
| COTA ÚNICA                     | PARCELADO                |                                            |

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNMI 00.000.000.0001.2-2

## PEDIDO

Nome: Indústria

End.:

Código:

Data:

13/06/20

| Quant. | DESCRIMINAÇÃO      | Unit. | Total |
|--------|--------------------|-------|-------|
| 01     | Tableira de avelas | 16,00 |       |
| 01     | monete fio         | 20,00 |       |
| 01     | Slybro             | 59,00 |       |
| 01     | Petronilhos        | 25,00 |       |
| 01     | Sereios            | 30,00 |       |
| 01     | Caixa blanca       | 60,00 |       |

~~oxi com brochura  
de empresa~~

TOTAL R\$ 345,00

Assinatura

**Recibo de Pagamento**  
( Folha de Pagamento )

Empregador  
D e W INDUSTRIA E COMERCIO LTDA EPP

Data e Assinatura

Inscrição  
CNPJ: 05 725 200/0001-25

Admissão  
01/11/2014

Competência  
Abril de 2020

Funcionário  
IRACELSON LOURENCO DOS SANTOS

Cargo:  
COSTUREIRO EM GERAL

Lotação  
GERAL

FIC  
16221351937

Banco

Agência

Conta

Valor de Conta

**Discriminação das Verbas**

| Cod. | Descrição       | Referência | Provento | Desconto |
|------|-----------------|------------|----------|----------|
| 004  | Triênio         | 7,96       | 41,45    |          |
| 010  | Salário-Família | 1 Cota     | 27,55    |          |
| 011  | Salário-Base    | 17 dia(s)  | 613,70   |          |
| 310  | INSS            | 7,5%       |          | 49,13    |

Total de Proventos  
682,70

Total de Descontos  
49,13

Líquido a Receber  
633,57

|                                |                                   |                                   |               |                          |                         |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-------------------------|
| Salário Contratual<br>1.083,00 | Base de Cálculo do INSS<br>655,15 | Base de Cálculo do FGTS<br>655,15 | FGTS<br>52,41 | FGTS Contribuição Social | Base de Cálculo do IRRF |
|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-------------------------|

ENCO DOS SANTOS (MEMBROS INFERIORES)



MURENCO DOS SANTOS (MEMBROS INFERIORES)



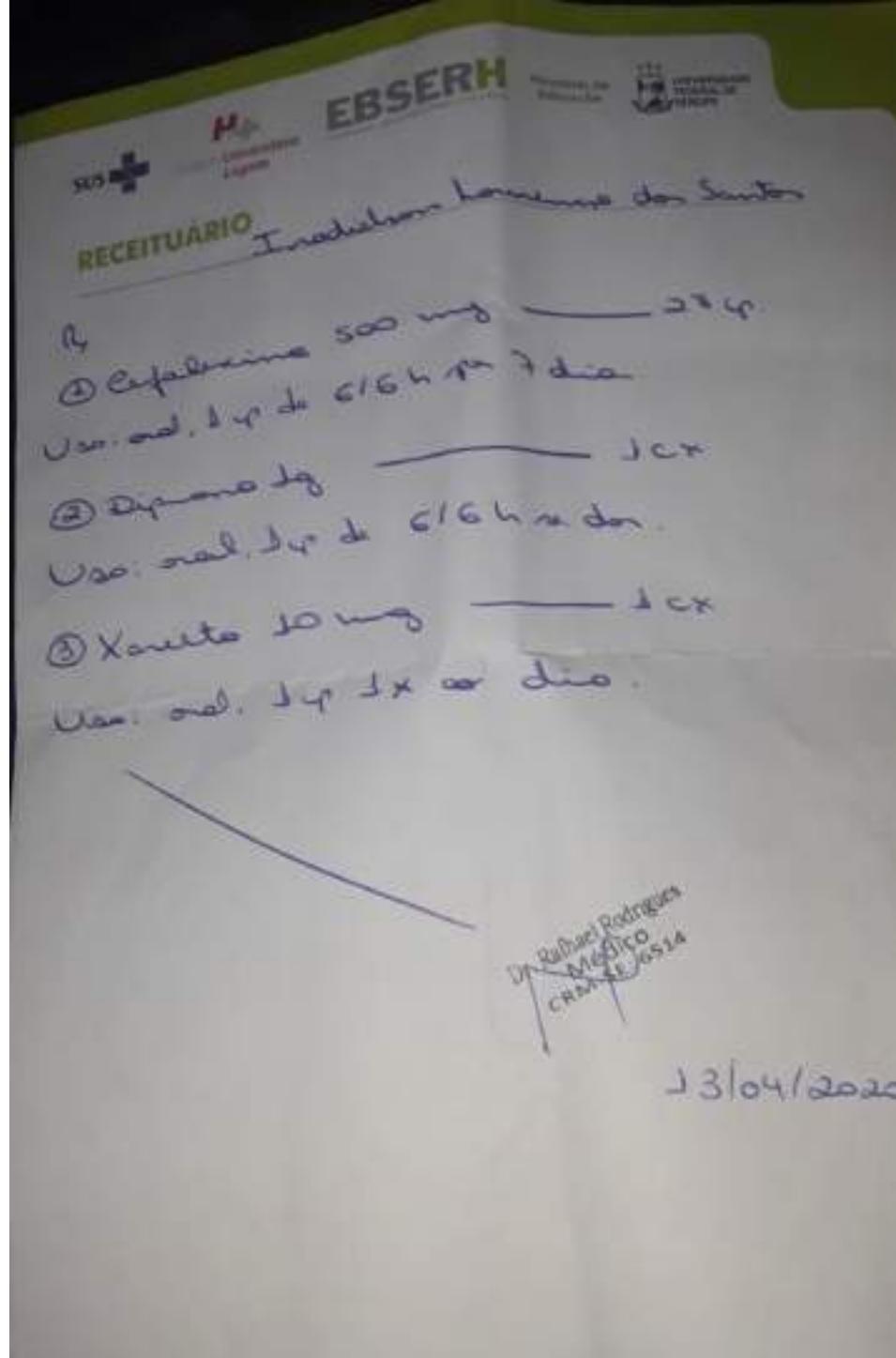














| PRONTUÁRIO                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Nº                                                                                                                                                                                                                        | 8064 9                                                                                | Data                                                     | 21/04/2020                        | Hora da Entrada                        | 13:29                                                                           |
| Identificação                                                                                                                                                                                                             |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| Nome                                                                                                                                                                                                                      | Drauzielen Laranjeira dos Santos                                                      |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| RG                                                                                                                                                                                                                        | 2507 903                                                                              | Cartão SUS                                               |                                   |                                        |                                                                                 |
| Data de Nascimento                                                                                                                                                                                                        | 26/11/1975                                                                            | Idade                                                    | 44 anos                           | Sexo                                   | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| Estado Civil                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Solteiro(a)                                                  | <input type="checkbox"/> Casado(a)                       | <input type="checkbox"/> Viúvo(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) |                                                                                 |
| Profissão                                                                                                                                                                                                                 | Técnico de Enfermagem                                                                 |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| Endereço (Mae)                                                                                                                                                                                                            | Maria Lúcia Laranjeira dos Santos                                                     |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                  | Cra 1003 Jardim das Flores, 90                                                        |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| Bairro                                                                                                                                                                                                                    | Tobias Barreto                                                                        |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| Observações:                                                                                                                                                                                                              | Não apresenta documentos. Prontuário preenchido por: Drauzielen Laranjeira dos Santos |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| Assinatura de Enfermagem                                                                                                                                                                                                  |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| Hora:                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| <p>Passo 1: Entrar no sistema e inserir a data e hora da consulta. Passo 2: Clique no botão "Pronto para Consulta". Passo 3: Clique no botão "Pronto para Consulta". Passo 4: Clique no botão "Pronto para Consulta".</p> |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| Armação Medicamentos                                                                                                                                                                                                      | 15m                                                                                   | 17480   <input checked="" type="checkbox"/> Sobe e Desce |                                   |                                        |                                                                                 |
| Peso                                                                                                                                                                                                                      | 52                                                                                    | SA 123456 34                                             | medida P / 102                    | T: 26,6 °C                             |                                                                                 |
| Classificação do Atendimento                                                                                                                                                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatorial                                      | <input type="checkbox"/> Urgência/Emergência             | Carteira e Assinatura             |                                        |                                                                                 |
| 1. Anamnese e Exame Físico:                                                                                                                                                                                               | Atendimento Médico                                                                    |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| <p>Passo 1: Entrar no sistema e inserir a data e hora da consulta. Passo 2: Clique no botão "Pronto para Consulta". Passo 3: Clique no botão "Pronto para Consulta". Passo 4: Clique no botão "Pronto para Consulta".</p> |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| 2. Consulta Presencial:                                                                                                                                                                                                   | Horário: 14:00                                                                        |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| <p>Passo 1: Entrar no sistema e inserir a data e hora da consulta. Passo 2: Clique no botão "Pronto para Consulta". Passo 3: Clique no botão "Pronto para Consulta". Passo 4: Clique no botão "Pronto para Consulta".</p> |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| 3. Consulta à distância:                                                                                                                                                                                                  | Horário: 14:00                                                                        |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| <p>Passo 1: Entrar no sistema e inserir a data e hora da consulta. Passo 2: Clique no botão "Pronto para Consulta". Passo 3: Clique no botão "Pronto para Consulta". Passo 4: Clique no botão "Pronto para Consulta".</p> |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| 4. Exames:                                                                                                                                                                                                                |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| <p>Passo 1: Entrar no sistema e inserir a data e hora da consulta. Passo 2: Clique no botão "Pronto para Consulta". Passo 3: Clique no botão "Pronto para Consulta". Passo 4: Clique no botão "Pronto para Consulta".</p> |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| <p><i>Drauzielen Laranjeira dos Santos</i></p>                                                                                                                                                                            |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| <p>Assinatura do(a) Cliente / Responsável</p>                                                                                                                                                                             |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |
| <p>Carteira e Assinatura do(a) Médico(a)</p>                                                                                                                                                                              |                                                                                       |                                                          |                                   |                                        |                                                                                 |

| EXAMES SOLICITADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <p>12:20 Fim hora e hora para o<br/>-&gt; Apresentou dor no tórax e no abd.<br/>nao conseguia respirar com<br/>dificuldade de respirar, com dor<br/>intensa na respiração, dor no tórax<br/>intensa e náuseas fortes,<br/>dor no abd. e dor no tórax</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <p>14:00H paciente deu entrada na estabe-<br/>lização, FZ=20 R, vítima de colisão<br/>motor X moto. Fratura de clavícula direita<br/>cont. fr. exp. direito, PAB=13,5x9,5<br/>MMHG Sat.=95%, T=37,5°C, PR=72 Resspira<br/>14:16H DM=Hélio Matheus constata com Exames<br/>de Marca o ortopedista do Hospital U.<br/>de Laranjeiras que vai receber o paciente CORON/SE -<br/>14:22H TELEFO-ESTA MARCA constata com<br/>LARANJEIRAS CENTRAL DE AMBULÂNCIA DETE-<br/>BRAO O paciente informa a vítima VLB<br/>deixa marcas de motorista<br/>14:35H Paciente foi da unidade de<br/>UT com condutor levado em campo<br/>dele de fermeiros</p> |  |
| <p>02/04/2020<br/>09:28</p> <p>Assinatura do(a) Clínico(a) Responsável<br/>Assinatura do(a) Médico(a)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |

TARIA DE  
JO DA SAÚDE

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
SÃO VICENTE DE PAULO  
AV. JOSÉ ALVES FILHO, 69 - TM. 1763941-0001  
CEP 49.300-000 - TORRES BARRETO



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

Unidade de Origem: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SÃO VICENTE DE PAULO (UPA) TORRES BARRETO

Unidade para Referência:

*Pronto atendimento Dr. Marcus*

Endereço da Unidade de Referência:

ESTAMOS ENCAMPINHANDO O SEGUINTE PACIENTE, QUIN PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO  
QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE

Nome: Radialdoen L da Santos

Sexo:

Homem (01) sim

Paciente:

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente V. tive de acidente  
neste escoi que da e seguido  
de fratura 2 de Peito e  
com fraturas no esterno  
de Peito e escoa, no Rx;  
- ft = 130 x 80 mm  
- CV = BPNP >  
- P - expira e ABD VDL

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E ODIROTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS  
ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMPIMENTO)

MOTIVO DO ENCAMPIMENTO

*Pv. e coadjuvante  
do ortopedista*

Data do Encaminhamento:

02/04/2020

Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a)

Unidade de Origem:

Paciente:

Leito:

Matriúla:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Idade:

Cirurgia Realizada:

Cirurgião:

Anestesiologista:

Drag. Pós-Operatório:

Auxiliar:

Anestesia:

## Tipo de Cirurgia

 Cirurgia Limpa Cirurgia Contaminada Cirurgia Potencialmente Contaminada Cirurgia Infectada

## Infecção presente à admissão

 Sim Não

## Topologia desta infecção

/Vias ativas superiores

/Gastro Intestinal

/Urinária

/Sistema Cardio-Vascular

/Pulmonar

/Sist. Nerv. Central

/Cerebral

/

/

/

/

## Descrição do ato cirúrgico

① Depressão e anel de retenção  
② Suturas de grande tipo e fibras  
superior ③ 10 mm de comprimento  
④ Fibras e fibras fibras fibras  
Suturas de grande tipo e fibras  
fibras

Data:

Dr. Henrique Batista de Carvalho Dautro  
Dr. Geraldo Oliveira Lameira

07 ABR 2008

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

Hospital Universitário de Lagarto - Monsenhor João Batista de Carvalho Dautro  
Avenida Brasília S/N - Centro - Lagarto/SE  
Tel. (79) 3632-2000

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA GERAL E  
ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS**

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos (benefícios, riscos, complicações) 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 Universitário de Taguatinga.

**DIAGNÓSTICO:****PROCEDIMENTO PROPOSTO:****COMPlicações POSSÍVEIS DO PROCEDIMENTO**

1. Risco de hemorragia com necessidade de transfusão;
2. Infecção;
3. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica pós-operatória;
4. Óbito;
5. Outras complicações inerentes ao procedimento.

**Dados do Paciente:**

|                   |                            |                  |            |
|-------------------|----------------------------|------------------|------------|
| Nome do paciente: | Indulce Lamenfo dos Santos | Data nascimento: | 26/11/1985 |
| Nome da mãe:      |                            |                  |            |
| CPF:              |                            |                  |            |

**Identificação do Responsável:** (No caso de pacientes menores de idade, incapacitado do discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)

**Nome do responsável:**

|                          |
|--------------------------|
| Edmundo Pires dos Santos |
| CPF: 0 014 938 865-19    |

Eu, acima identificado, na condição de paciente do Hospital, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e/ou diagnósticos referentes ao meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.

# Termo de Consentimento Esclarecido para Anestesia

Nome do paciente: Isac Lider Rosa dos Seus Data de nascimento: 06/12/1985 Data: 02/04/2010  
Hora: 17:15

Autorizo a realização do procedimento anestésico abaixo no procedimento proposto:

Proposta: realizar meu procedimento júgar necessário ou possível técnica alternativa: me fui oriente da Medicina e o anestesiologista que  
Técnica que o anestesiologista que realizou exame pré-anestésico (ou avaliação pré-anestésica) realizar, necessariamente, o mesmo a realizar a anestesia para o procedimento proposto.

Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento anestésico a que sou submetido quanto as indicações, riscos, possíveis complicações e/ou efeitos adversos e colaterais, bem como, sobre possíveis alternativas anestésicas. Na ocasião de aplicação deste termo, tive a oportunidade de esclarecer todos os pontos duvidas existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a medicina não é uma ciência exata e há a garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de outros procedimentos, exames, tratamentos e/ou cirurgias incluindo a transfusão sanguínea e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes dos inicialmente propostos.

Declaro que, por ocasião desse consentimento, respondi ao médico anestesiologista sobre todas as informações concernentes ao exame pré-anestésico, que possam trazer prejuízos ao procedimento anestésico ao qual sou submetido (no Hospital Universitário de Lagarto (HUL)).

Deve ser preenchido pelo paciente em momento futuro após análise e reflexão:

Confirmo que recebi explicações, e, comovendo e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco. Parágrafos ou palavras com as quais não concordei:

Paciente

Responsável

Nome:

Isac Lider Rosa dos Seus

RG: 1521-465

Grau de parentesco:

Pai

Assinatura: Isac Lider Rosa dos Seus

Data da Assinatura:

03/04/2010

Hora da Assinatura:

Deve ser preenchido pelo médico:

Declaro que expliquei ao paciente e/ou responsável todo o procedimento anestésico a que o(a) paciente acima referido(a) está(a) sujeito(a), sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelo(a) mesmo(a). De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou responsável está em condições

não foi possível obter o consentimento por se tratar de emergência

Nome do médico:

CRM:

Assinatura:

the following terms in full. D

81905

• *other un-processed or derived products*



Centro Universitario  
Lagarto

**FOLHA DE CONSUMO - MEDICO - DIURNO**

NAME: bradley leon scott DOB: 06/06/00 Premium: F190317 Date: 07-09-05  
 Adm. Saline: 0.9% 500 ml PA: 129 x 90 TC: 12.3 SP02: 100%  
 RTG Anesthesia: None 211.00 Initial An. Critique: 21.00 Type Anesthesia: Regional 12.30  
 Film Adm. Charge: 22.00 PA: 129 x 91 TC: 10.1 SP02: 100%

Spokane Aug 6 19

CONTROLE DE RASTREABILIDADE

PACIENTE: Indulcine Lourdes da Cunha DATA: 02/04/2020

CIRURGICO: Dr. Sérgio Roberto N° 174 FRONTUÁRIO: 0419-0752 D.N.: 26/11/1975

PROCEDIMENTOS: Fixação flâncas e Testes D. CIRCULANTE/COREN: Thierry A. C. Costa  
Preparo anelíptico de fráscula flâncas + Testes D. CIRCULANTE/COREN: Thierry A. C. Costa

THIERRY A. C. COSTA  
CIRURGICO DE VASOS 16  
CIRURGICO DE VASOS 16

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| <p><b>EBSERH</b> MATERIAL ESTERILIZADO</p> <p>Descrição do material: <u>Clip de Biópsia</u><br/>Total de peças: <u>02</u> Lote: <u>1001</u><br/>Data de Programação: <u>01/04/20</u> Admissível: <u>11/02</u><br/>Validade: <u>01/06/20</u> Responsável: <u>Thierry A. C. Costa</u><br/>Responsável (Ass. e COREN): <u>Indulcine 023463-TE</u></p>        | <p>Patente</p>        |
| <p><b>EBSERH</b> MATERIAL ESTERILIZADO</p> <p>Descrição do material: <u>Clip = 10 cmx10 mm</u><br/>Total de peças: <u>01</u> Lote: <u>1002</u><br/>Data de Programação: <u>01/04/20</u> Admissível: <u>11/02</u><br/>Validade: <u>01/06/20</u> Responsável: <u>Thierry A. C. Costa</u><br/>Responsável (Ass. e COREN): <u>Indulcine 023463-TE</u></p>     | <p>Clip</p>           |
| <p><b>EBSERH</b> MATERIAL ESTERILIZADO</p> <p>Descrição do material: <u>Biópsico (sem mandril)</u><br/>Total de peças: <u>01</u> Lote: <u>1000</u><br/>Data de Programação: <u>01/04/20</u> Admissível: <u>11/02</u><br/>Validade: <u>01/06/20</u> Responsável: <u>Thierry A. C. Costa</u><br/>Responsável (Ass. e COREN): <u>Indulcine 023463-TE</u></p> | <p>Biópsico</p>       |
| <p><b>EBSERH</b> MATERIAL ESTERILIZADO</p> <p>Descrição do material: <u>Biópsico pre. parte</u><br/>Total de peças: <u>01</u> Lote: <u>1001</u><br/>Data de Programação: <u>01/04/20</u> Admissível: <u>11/02</u><br/>Validade: <u>01/06/20</u> Responsável: <u>Thierry A. C. Costa</u><br/>Responsável (Ass. e COREN): <u>Indulcine 023463-TE</u></p>    | <p>Biópsico parte</p> |

20 CONVERSATIONS WITH HENRY WADDELL

(X) ACETI/UFSCar transbordos de larga e/ou curta distância.

( ) NÃO ACETI/UFSCar recomendação de saque alto seu componentes e docentes estar dentro das regras documentadas

Ubatuba - São Paulo - Santa Catarina  
Asentando de maneira suave e suave no Hespéridas em Ubatuba

Asimetria e Cambio de Medio

Ludovis - São Paulo - Santa Catarina

10/04/2010

**Circunstância de Emergência: Consentimento Informado não obtido**  
Devido ao estado clínico do paciente, de a emergência clínico de vida, não foi possível fornecer ao paciente as informações necessárias para obtenção desse Consentimento Informado. Eu solicitei transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua condição clínica.

**CHECK LIST OF CINERAMA SCREENS**



**Alta de Alta**  
Alta frete  
Recomendação de Alta  
Encaminhamento ao Arquivamento de Imóveis  
Ajustamento financeiro por RG 1000  
Alta super-encarregada por de sempre  
Carga zero imposto sobre  
Correção de valor constatado  
Fazenda não desconsiderada  
Retorno de 20% de imposto no 3º no 2ºmento no seu novo endereço  
Retorno no sistema encarregada de maior referência

**E. ESTADO DO TRIBUNTE NA ALTA**

ALTA MELHORADO (12)

13/06/2020, 19:22:56

D. AUTOMATIZADA  
O documento que consta neste anexo é gerado e vinculado no Sistema Único de Saúde (SUS).

**SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO  
HOSPITALAR**

|                                                     |                    |                                                                   |        |
|-----------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------|--------|
| Residente                                           | Affiliamento       | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO<br>DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |        |
| SUBS                                                | Orçado de<br>Saúde | p. 1                                                              |        |
| SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |                    |                                                                   |        |
| HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LISBOA                    |                    | LUGAR                                                             | ANEXOS |
| HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LISBOA                    |                    | L. 100                                                            | 1.000  |
| HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE LISBOA                    |                    | L. 100                                                            | 1.000  |
| Assinatura e Data: 12/01/2012                       |                    |                                                                   |        |

|                                                                                                                                                                                           |                                            |                  |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------|------------------|
| Nome                                                                                                                                                                                      | Nome Social                                |                  | Frontrão         |
| JOAQUIM LOURENÇO DOS SANTOS                                                                                                                                                               |                                            |                  | #180377          |
| Nome, Mai                                                                                                                                                                                 | Sexo:                                      | Estado Civil:    | DT. Nascimento   |
| MARIA SÔnia LOURENÇO DOS SANTOS                                                                                                                                                           | MALE                                       | SOCORRO          | 04/11/1997       |
| Nome, Pai                                                                                                                                                                                 | Data cadastro                              | Data recadastr.  | Pessoal, Família |
| JOAQUIM LOURENÇO DOS SANTOS                                                                                                                                                               | 02/04/2020                                 |                  |                  |
| RG                                                                                                                                                                                        | CPF                                        | Cartão SUS       |                  |
| 1547901                                                                                                                                                                                   | 020.899.195-18                             | 07602094521943   |                  |
| Nome Anterior:                                                                                                                                                                            | Cidade de nascimento:                      |                  |                  |
|                                                                                                                                                                                           | CORIAS NARUETO                             |                  |                  |
| Estado nascimento:                                                                                                                                                                        | Nacionalidade:                             |                  |                  |
| GOIAS                                                                                                                                                                                     | BRASILEIRO                                 |                  |                  |
| Profissão:                                                                                                                                                                                | Código da profissão: Cor: Pode ser Recado: |                  |                  |
|                                                                                                                                                                                           | Parda (09-3604347110)                      |                  |                  |
| Logradouro:                                                                                                                                                                               | Porto de Referência:                       |                  |                  |
| ROA GEREMES FILHO                                                                                                                                                                         |                                            |                  |                  |
| Número                                                                                                                                                                                    | Complemento                                | Bairro           |                  |
| 22                                                                                                                                                                                        | CASA                                       | CENTRO           |                  |
| Cidade                                                                                                                                                                                    | UF                                         | CEP              |                  |
| CORIAS NARUETO                                                                                                                                                                            | GO                                         | 49380-000        |                  |
| Identificação:                                                                                                                                                                            |                                            |                  |                  |
| ROSECLEIDE F. S. TORQUATO                                                                                                                                                                 |                                            |                  |                  |
| Área Cadastreadora                                                                                                                                                                        |                                            |                  |                  |
| CENTRO CÍRCO 1                                                                                                                                                                            |                                            |                  |                  |
| Observações:                                                                                                                                                                              |                                            |                  |                  |
| Declaro para todos os fins da direito e sob as penas da lei que as informações cadastrais contidas no boletim de identificação são verídicas.                                             |                                            |                  |                  |
| Assinatura: <u>Joaquim Lourenço Santos</u><br>Fazenda: <input checked="" type="checkbox"/> Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input checked="" type="checkbox"/> Depois assinatura legal |                                            |                  |                  |
| Hospital Univ Monsenhor José Batista<br>Boletim de Identificação de Paciente                                                                                                              |                                            |                  |                  |
| ABPR_BOLETIM_IDEN                                                                                                                                                                         |                                            | 02/04/2020 16:03 |                  |
|                                                                                                                                                                                           |                                            | Página: 1/1      |                  |

## Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Maricá/RS/BR

| Identificação do Paciente |                                                                                                                             |                                           |                                      |                                      |                                        |                     |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|---------------------|
| Nome:                     | IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS                                                                                              |                                           |                                      | Chegada:                             | 02/04/2020 15:55:38                    |                     |
| Sexo:                     | MASCULINO                                                                                                                   |                                           |                                      | Idade:                               | 34                                     |                     |
| Transporte:               | MEIOS PRÓPRIOS                                                                                                              |                                           |                                      | Data de Nascimento:                  | 26/11/1985                             |                     |
| Classificação de Risco    |                                                                                                                             |                                           |                                      |                                      |                                        |                     |
| Queixa Principal:         | dor em M2 apos colisão moto x moto - fratura exposta. lesão lacerante em supondo D. naga aerea medicamentosa e comorbidades |                                           |                                      |                                      |                                        |                     |
| Fluxograma:               | PROBLEMAS EM EXTREMIDADES                                                                                                   |                                           |                                      | Discriminador: natureza exposta      |                                        |                     |
| Parâmetros:               | Glicemia Capilar                                                                                                            |                                           | Escala de Coma de Glasgow:           |                                      |                                        |                     |
|                           | P脉搏:                                                                                                                        | 126                                       | Ritmo:                               | REGULAR                              | Sat O2 (%):                            | 98                  |
| Prioridade Clínica:       | Temperatura Timpânica                                                                                                       |                                           | Escala de Dor:                       | 7                                    | PA                                     | 121x87              |
|                           | EMERGENTE<br>VERMELHA<br>0 min                                                                                              | INTO URGENTE<br>LARANJA<br>Até 10 minutos | URGENTE<br>AMARELA<br>Até 30 minutos | POUCO<br>VERMELHO<br>Até 120 minutos | NÃO URGENTE<br>AZUL<br>Até 240 minutos | BRANCO              |
| Fluxo Interno:            | despacho                                                                                                                    |                                           |                                      |                                      |                                        |                     |
| Classificador:            | BRUNA MOREIRA CAMPOTTI DA                                                                                                   |                                           | COREN / CRM:                         | 277035 SE                            | Hora de Risco CR:                      | 2020/04/02 15:56:19 |
| Risco/Benefício           |                                                                                                                             |                                           |                                      |                                      |                                        |                     |
| Queixa Principal:         |                                                                                                                             |                                           |                                      |                                      |                                        |                     |
| Fluxograma:               |                                                                                                                             |                                           |                                      | Discriminado                         |                                        |                     |
| Parâmetros:               | Glicemia Capilar                                                                                                            |                                           | Escala de Coma de Glasgow:           |                                      |                                        |                     |
|                           | P脉搏:                                                                                                                        |                                           | Ritmo:                               |                                      | Sat O2 (%):                            |                     |
| Prioridade Clínica:       | Temperatura Timpânica                                                                                                       |                                           | Escala de Dor:                       |                                      | PA                                     |                     |
|                           | EMERGENTE<br>VERMELHA<br>0 min                                                                                              | INTO URGENTE<br>LARANJA<br>Até 10 minutos | URGENTE<br>AMARELA<br>Até 30 minutos | POUCO<br>VERMELHO<br>Até 120 minutos | NÃO URGENTE<br>AZUL<br>Até 240 minutos | BRANCO              |
| Fluxo Interno:            |                                                                                                                             |                                           |                                      |                                      |                                        |                     |
| Classificador:            |                                                                                                                             |                                           | COREN / CRM:                         |                                      | Hora de Risco CR:                      |                     |

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

Unidade de Origem: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO SÃO VICENTE DE PAULO (UPA TOBIAZ BARRETO)

Unidade para Referência: *Ricardo Lopes Dr. Marcus*

Endereço da Unidade de Referência:

ESTAMOS ENCARMANDO O SEGUINTE PACIENTE, CUI PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO  
QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE:

Nome: *Irã Wilson L. dos Santos*  
Sexo: \_\_\_\_\_  
Número da UPA: \_\_\_\_\_  
Prontuário: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente V. vítima de Acidente  
Moto com quebres de ombro e  
de fratura de Perna  
com fratura do festejado  
de Pernas operada pro RX;  
- R<sub>1</sub> = (30 a 80 m/s) pro RX;  
- ACV = BR NR >  
- PR = Expresso - ABD NOK.

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CÓMO FIZIDO (RESUMO DOS PRINCIPAIS  
ACHADOS DO EXAME GERAL E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCARMAMENTO):

MOTIVO DO ENCARMAMENTO

*Pv. e cocheiro  
do ortopedista*

Data do Encarmamento:

*7/04/2020*

*Heitor C. C. Oliveira*  
Carimbo e Assinatura do(a) Médico(a)

Identificação do Paciente -

Paciente: 1004891  
Emissão: 0081902/1  
Nome: ANDRÉS LIMA RODRIGO DOS SANTOS  
Nome 2º: MARIA SÔNIA ALVES DOS SANTOS  
Endereço: RUA SÉRGIO GIL  
Número: 94  
Complemento: CÁDIA  
Bairro: CENTRO  
Cidade: TORONÓPOLIS  
UF: PR  
CEP: 83.000-000  
Data nascimento: 26/11/1985  
Idade: 34  
Sexo: Masculino  
Caráter: Civil  
Profissão:  
Naturalidade: TORONÓPOLIS  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
UF Nascimento: PR

Identificação do Responsável -

Nome:  
Endereço:  
Cidade:  
UF:  
CEP:  
Pais:

Dados de Internação -

Data Intern.: 02/04/2020  
Procedimento/Diagnóstico: Local: Atendimento no próprio estabelecimento  
Modalidade Assistencial: Atend. à Urgência / Emergência  
CID Principal: 872.1  
CID Secundário: 871  
Descrição: PACIENTE TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM UM VÉHICULO A PESO -  
Procedimento: 410030012  
Clínica:  
Andar: 2  
Ala: 3  
Quarto:  
Dif. Classe: N  
Leito:  
Convênio: I/I SOS - INTERNACAO  
Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Caráter: De Internação: UNICRÍTICA  
Tabela: TABELA UNIFICADA  
Perí. SOS: 0 dia(s)  
Eco. Atendimento:  
Equipe Médica

Equipe:  
CRM: 14522  
CRM: 33136886102  
Chefe de Equipe:  
CRM: 123456 38  
CRM: 04059155063  
MARCOS FREIRE VIEIRA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA : AGUINEL

Funcionário que efetua a Internação

Nome: JAMILÉ DOS SANTOS SANTANA  
C. Ponto: 200-7500483  
Observações:

## PRESCRIÇÃO

+ FAZER RX +

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Data da prescrição: 07/04/2020

Pasta: 112

Validade: de 02/04/2020 23:24 h. a 03/04/2020 11:00 h.

| DIETA |        | Aprazamento |
|-------|--------|-------------|
| 1     | Branca |             |

| CUIDADOS |                                 | Aprazamento      |
|----------|---------------------------------|------------------|
| 2        | Curativo grande, de 24/24 horas |                  |
| 3        | Repouso no leito, contínuo      | I= T= <i>ACM</i> |

| MEDICAMENTOS                                           |                                                                                                                                                                                            |                           |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| POSOLOGIA                                              | DOSAGEM                                                                                                                                                                                    | APRAZAMENTO               |
| 4 BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                   | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs: SE NAUSEAS OU EMESE                                                                                                                              | <i>SN</i>                 |
| 5 CAPTOPRIL 25 MG 25 mg                                | Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs: SE PAS>160 E/OU PAD>100                                                                                                                     | A CRITERIO MÉDICO         |
| 6 CLORETO DE SÓDIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX | Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                  | <i>ACM</i>                |
| 7 DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL           | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                       | <i>500ml</i> <i>500ml</i> |
| 8 ENOKAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg                    | Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas,                                                                                                                                                     | <i>04</i> <i>100%</i>     |
| 9 GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                    | Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs: Se: HGT <60                                                                                                                                 | <i>300%</i>               |
| 10 INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL     | Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar | A CRITERIO MÉDICO         |
| 11 OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                           | Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                     | <i>ACM</i>                |
| 12 TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL              | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                       | <i>06</i>                 |
| 13 CEFAZOLINA 1 g                                      | Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                    | <i>98% <i>06</i></i>      |



Hospital Universitário  
Laguna  
PRESCRIÇÃO

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAGUNA

02600-0000

0000000000000000

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

Identificação

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS  
CRM-SC 5452  
MII Ortopedia e Traumatologia

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS  
CRM-SC 5452  
MII Ortopedia e Traumatologia  
0619037

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Folha 2/2

Data da impressão: 03/04/2020

Validade: de 02/04/2020 23:24 h. a 03/04/2020 11:00 h.

## MEDICAMENTOS

### POSOLOGIA

14. GENTAMICINA SULFATO, 40 MG/ML SOLUÇÃO  
(INJETÁVEL, 2 ML: 40 mg/ml)

### DOSAGEM

Administrar 80 mg, IV, de 8/8 horas,

### APRAZAMENTO

08/04/2020

15. Fisioterapia respiratória

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

02/04/2020 23:29h

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

Marco Freire Vieira  
CRM: SE 5452  
M.R. Ortopedia e Traumatologia

Marco Freire  
CRM: SE 5452  
M.R. Ortopedia e Traumatologia



IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Identificação

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

081903/7

**PRESCRIÇÃO**

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID : FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Data da Intervenção: 02/04/2020

Folha 1/2

Validade: de 03/04/2020 11:00 h. a 04/04/2020 11:00 h.

| DIETA    |  | Aprazamento |
|----------|--|-------------|
| 1 Blanda |  | SN          |

| CUIDADOS                          |  | Aprazamento |
|-----------------------------------|--|-------------|
| 2 Curativo grande, de 24/24 horas |  | Monte       |
| 3 Repouso no leito, contínuo      |  | I= T=       |

| MEDICAMENTOS                                           |                                                                                                                                                                                             |                   |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| POSOLOGIA                                              | DOSAGEM                                                                                                                                                                                     | APRAZAMENTO       |
| 4 BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                   | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE                                                                                                                              | SN                |
| 5 CAPTOPRIL 25 MG 25 mg                                | Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100                                                                                                                     | A CRITERIO MÉDICO |
| 6 CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX | Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                   | 9/44 II-          |
| 7 DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL           | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                        | 1/1/26 02 28      |
| 8 ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg                    | Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas,                                                                                                                                                      | 28                |
| 9 GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                    | Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60                                                                                                                                  | A CRITERIO MÉDICO |
| 10 INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL     | Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs.: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar | A CRITERIO MEDICO |
| 11 OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                           | Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                      | 16/04             |
| 12 TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL              | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                        | 16/04             |
| 13 CEFAZOLINA 1 g                                      | Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                     | 16/04             |



00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

Identificação  
IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS  
LEITO 403E

Adm na Noite  
CONFIRMADO  
Autógrafo

081903/7

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 1.1 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Data da Internação: 03/04/2020

Folha: 22

Validade: de 03/04/2020 11:00 h. a 04/04/2020 11:00 h.

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                                                             | DOSAGEM                              | APRAZAMENTO |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------|
| 14 GENTAMICINA SULFATO: 40 MG/ML SOLUÇÃO<br>INJETAVEL: 2 ML: 40 mg/ml | Administrar 80 mg. IV, de 8/8 horas. | <i>o/s</i>  |

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

|                              |
|------------------------------|
| 15 Fisioterapia respiratória |
|------------------------------|

Dr. RAFAELA DA COSTA RODRIGUES CRM: 24657

03/04/2020 10:03h

VF/SC

LAGARTO  
CONSELHO  
CRM-CE  
24657

LEIA  
CORONAVIRUS  
CONTAGIA TE



Hospital  
Universitário  
Lagoa  
PRESCRIÇÃO

000000000000

000000000000

000000000000

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Identificação

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

081903/7

## MOVIMENTAÇÕES DA PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

Edital: 1/1

Validade: de 03/04/2020 11:00 h. a 04/04/2020 11:00 h.

### MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA |                     | DOSAGEM                                                                                                                                                   | APRAZAMENTO      |
|-----------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Incluir   | CEFALOTINA 1.000 mg | Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs. Administração: EV<br>Direta de 3-5min; Intermitente 30min IM. Administrar em áreas de grande massa muscular. | 14/04/2020 06:00 |
| Excluir   | CEFAZOLINA 1 g      | Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                   | Excluído         |

Dr. RAFAEL DA COSTA RODRIGUES CRM 24657  
VP / SE

03/04/2020 12:34h

Licença Ativa dos Sistemas  
CORPO DE POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO

Marina Nogueira Góes  
CORPO DE POLÍCIA MILITAR DO RIO DE JANEIRO



Hospital  
Universitário  
Lages

PREScrição MÉDICA

03/04/2020 12:34:00

03/04/2020 12:34:00

03/04/2020 12:34:00

### Identificação

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Leito: 403E

0819037

## **PRESCRIÇÃO**

Unidade: 1.1 - CLINICA CIRURGICA

#### 910. FRATUBA DA DIÁRSE DIOUFAMU

1000 12

白俄罗斯语词典

Verlengde de periodes van 11.00 h. a 00.00 h. 2020-11-00 h.

| DIETA    | Aprazamento |
|----------|-------------|
| 1 Branda |             |

| CUIDADOS |                                 | Aprazamento |
|----------|---------------------------------|-------------|
| 2.       | Curativo grande, de 24/24 horas |             |
| 3.       | Repouso no leito, contínuo      |             |

## **MEDICAMENTOS**

| MEDICAMENTOS                                            |                                                                                                                                                                                             |                   |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| POSOLOGIA                                               | DOSAGEM                                                                                                                                                                                     | APRAZAMENTO       |
| 4. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                   | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE                                                                                                                              | 5/1               |
| 5. CAPTOPRIL 25 MG 25 mg                                | Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100                                                                                                                     | A CRITÉRIO MÉDICO |
| 6. CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX | Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas.                                                                                                                                                   | 500 500           |
| 7. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL           | Administrar 1 AMP, IV, de 6/6 horas.                                                                                                                                                        | 500 500           |
| 8. ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg                    | Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas.                                                                                                                                                      | 40 40 40 40       |
| 9. GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                    | Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60                                                                                                                                  | A CRITÉRIO MÉDICO |
| 10. INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL     | Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs.: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar | A CRITÉRIO MÉDICO |
| 11. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                           | Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                      | 40 40 40 40       |
| 12. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL              | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas.                                                                                                                                                        | 10 50 50 50       |



Reviews of Unpublished Books

## UNIVERSALISMO LITERARIO

## **PRESCRIÇÃO**

卷之三

#### 第六章 算法设计

1000

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Letto: 403E

### Identificação

âo

Camilo José Cela  
Internado Mental  
Cuenca

081903/7

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CIO: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Data da Intervenção: 02/04/2020

Folha 2/2

Validade: de 04/04/2020 11:00 h. a 05/04/2020 11:00 h.

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                                                            | DOSAGEM                                                                                                                                                   | APRAZAMENTO   |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| 13. GENTAMICINA SULFATO, 40 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, 2 ML, 40 mg/mL | Administrar 80 mg, IV, de 8/8 horas.                                                                                                                      | 16/04/2020 08 |
| 14. CEFALOTINA 1.000 mg                                              | Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Administração: EV; Direta de 3-5min; Intermittente 30min IM. Administrar em áreas de grande massa muscular. | 16/04/2020 06 |

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

|                               |                                           |                                                         |
|-------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 15. Fisioterapia respiratória | Dr. RAPHAEL DA COSTA RODRIGUES CRM: 24657 | Assinatura de Dr. Raphael da Costa Rodrigues CRM: 24657 |
| 04/04/2020 07:52h             |                                           | Assinatura de Dr. Raphael da Costa Rodrigues CRM: 24657 |

**H+**  
Hospital Universitário  
Legião  
PRESCRIÇÃO

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

Identificação

081903/7

## PRESCRIÇÃO

Unidade: 1.1 - CLINICA CIRURGICA

CIC - FRACTURA DA DIAFISE DO FEMUR

Data da Intervenção: 05/03/2020

Folha 1/2

## DIETA

Aprazamento

1 Sonda

3 x 10

## CUIDADOS

Aprazamento

2 Curativo grande, de 24/24 horas

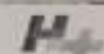
X PRC

3 Repouso no leito, contínuo

1 = 1 =

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                                               | DOSAGEM                                                                                                                                                                                    | APRAZAMENTO       |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 4 BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                    | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs: SENAUSEAS OU EMESE                                                                                                                               | S/N               |
| 5 CAPTOPRIL 25 MG 25 mg                                 | Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs: SE PAS>160 E/OU PAD>100                                                                                                                     | A CRITERIO MEDICO |
| 6 CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX. | Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas.                                                                                                                                                  | X DID 500         |
| 7 CIPRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL             | Administrar 1 AMP, IV, de 6/6 horas.                                                                                                                                                       | 1/2 2/2 3/4 4/4   |
| 8 ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg                     | Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas.                                                                                                                                                     | 300               |
| 9 GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                     | Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs: Se HGT <60                                                                                                                                  | A CRITERIO MEDICO |
| 10 INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL      | Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar | A CRITERIO MEDICO |
| 11 OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                            | Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas.                                                                                                                                                     | 40                |
| 12 TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL               | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas.                                                                                                                                                       | 1/2 2/2 3/4 4/4   |



Universitário

Lagarto

PRESCRIÇÃO

Identificação

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

081903/7

## *PRESCRIÇÃO*

## Unidad 11. CLINICA CIRURGICA

© 2017 KATIE BATES EXHIBITION

卷之二

卷之三

Winnipeg, 27/04/2020 11:00 by a 106.74.90.209 [100.6]

## MEDICAMENTOS

## POSOLOGIA

D.G.S.A.G. (3)

Administrator 80 Help TV do zatrudnienia

## APRAZAMENTO

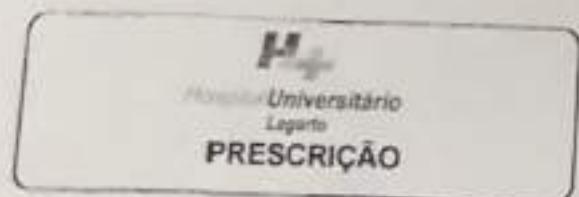
~~1800000000~~

15 | Fisiología respiratoria

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

05/24/2022 08:04

Dr. RAYMUNDA COSTA RODRIGUES CRM 24657



IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

### Identificação

Data de Nascimento: 28/11/1985

Letter 403E

0819037

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CIO - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Data da Internação: 02/04/2019

Folha 1/2

Validade: de 05/04/2019 11:00 h. a 07/04/2019 11:00 h.

## DIETA

Aprazamento

1 | Branda

## CUIDADOS

Aprazamento

2 | Curativo grande, de 24/24 horas

*M*

3 | Repouso no leito, contínuo

H T=

## MEDICAMENTOS

### POSOLOGIA

### DOSAGEM

### APRAZAMENTO

|                                                          |                                                                                                                                                                                            |                          |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| 4   BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                   | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs: SE NAUSEAS OU EMESE                                                                                                                              | <i>5ml</i>               |
| 5   CAPTOPRIL 25 MG 25 mg                                | Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs: SE PAS>160 E/OU PAD>100                                                                                                                     | <i>A CRITERIO MÉDICO</i> |
| 6   CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX | Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                  | <i>500 ml</i>            |
| 7   D-PIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL           | Administrar 1 AMP, IV, de 6/6 horas,                                                                                                                                                       | <i>1/6</i>               |
| 8   ENOKAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg                    | Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas,                                                                                                                                                     | <i>40</i>                |
| 9   GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                    | Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs: Se HGT <60                                                                                                                                  | <i>A CRITERIO MÉDICO</i> |
| 10   INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL     | Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar | <i>A CRITERIO MÉDICO</i> |
| 11   OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                           | Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                     | <i>40</i>                |
| 12   TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL              | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                       | <i>2ml</i>               |



Hospital Universitário  
Lagarto  
PRESCRIÇÃO

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

Identificação

Com. Prof. Dr. Iradelson Lourenco dos Santos  
Enf. *Enf. Caren*  
CORES

Marco Penteado Vieira

CRM: 5452

MR Ortopedia e Traumatologia  
Assistente: *Assistente*  
0819037

MPPN, MPP, PRCB

06/04/2019 09:40:00

N: 00002

## PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CÓD: FRATURA DA DIAFISE DO FÉMUR

Data da Intervenção: 02/04/2020

Pronto: 202

Validade: de 06/04/2020 11:00h a 07/04/2020 11:00h

### POSOLOGIA

13. CIENTAMICINA SULFATO, 40 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 2 ML 40 mg/ml

14. CEFALOTINA 1.000 mg

### MEDICAMENTOS

#### DOSEAGEM

Administrar 80 mg. IV, de 8/8 horas.

Administrar 1.000 mg. IV, de 8/8 horas, obs: Administração: EV. Direta de 3-5min; Intermittente 30min IM. Administrar em áreas de grande massa muscular.

#### APAGAMENTO

08/04/2020 11:00h  
Domingo 22/04/2020

### 15. Fisioterapia respiratória

### PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

06/04/2020 07:40h

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

Camila Frey Schmid de Andrade  
Enfermeira de Unidade Meritak  
COREN: SE 139406

Antonio Carlos da Silva  
COREN: SE 1.306.407-1  
Mat. 9070 105 RIO

Marco Freire Vieira  
CRM: 5452  
MR Ortopedia e Traumatologia

**H+**  
Hospital Universitário  
Lagarto  
**PREScrição**

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

Identificação

081903/7

00194\_2007\_00120

06/04/2020 07:40:00

N: 00022

## PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CIC: FRATURA DA DIAPSE DO FÉMUR

Data de Iniciação: 02/04/2020

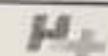
Folha 1/2

Validade: de 02/04/2020 11:00h a 08/04/2020 11:00h

| DIETA |        | Aprazamento |
|-------|--------|-------------|
| 1     | Branda | SI          |

| CUIDADOS |                                 | Aprazamento |
|----------|---------------------------------|-------------|
| 2        | Curativo grande, de 24/24 horas | Urgente     |
| 3        | Reposo no leito, contínuo       | I= T=       |

| MEDICAMENTOS                                           |                                                                                                                                                                                            |                   |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| POSOLOGIA                                              | DOSAGEM                                                                                                                                                                                    | APRAZAMENTO       |
| 4 BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                   | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs: SE NAUSEAS OU EMESE                                                                                                                              | SI                |
| 5 CAPTOPRIL 25 MG 25 mg                                | Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs: SE PAS>160 E/OU A CRITERIO MÉDICO                                                                                                           |                   |
| 6 CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX | Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                  | SI I=             |
| 7 DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL           | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                       | SI 20 04 20       |
| 8 ENOXAPARINA 40MG/0,4ML (MPP) 40 mg                   | Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas,                                                                                                                                                     | SI                |
| 9 GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                    | Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs: Se: HGT <60                                                                                                                                 | A CRITERIO MÉDICO |
| 10 INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL     | Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar | A CRITERIO MÉDICO |
| 11 OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                           | Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                     | SI                |
| 12 TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL              | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                       | SI 20 04 20       |



Hospital Universitário

Lages

**PRESCRIÇÃO**

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Identificação

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

081903/7

## **PRESCRIÇÃO**

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

## Cap. FRATURA DA PATELA DO FÉMUR

Environ Biol Fish (2007) 79:171–172

Dirección General de la PDI 2014-03-20

Validade de 07/04/2020 11:00 h. a 07/04/2020 11:00 h.

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                                                        | DOSAGEM                                                                                                                                                  | APRAZAMENTO |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 13. GENTAMICINA SULFATO 40 MG/ML SOLUÇÃO INJETÁVEL 2 ML 40 mg/ml | Administrar 80 mg, IV, de 8/8 horas.                                                                                                                     | 18 26 28    |
| 14. CEFALOTINA 1.000 mg                                          | Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs. Administração: EV. Direta de 3-5min; Intermittente 30min IM. Administrar em áreas de grande massa muscular. | 14 28 26    |

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

## 15. Fisiología respiratoria

Volume No. 11  
02/2016-17

Dr. RAFHAEL DA COSTA RODRIGUES CRM: 24857

07/04/2020 08:34

Antonio Carlos da Silva  
COREN - SÉ 1.306.610 TE  
RAUER 3.8070 105 M/UL



Faculdade Universitária  
Legião  
**PRESCRIÇÃO**

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

### Identificação

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403 E

CB1903/7

## PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Edital 1/2

Data da Informação: 02/04/2021

Validade: de 08/04/2020 11:00 h. a 09/04/2020 11:00 h.

| DIETA |        | Aprazamento |
|-------|--------|-------------|
| 1     | Branca | S/j         |

| CUIDADOS |                                 | Aprazamento      |
|----------|---------------------------------|------------------|
| 2        | Curativo grande, de 24/24 horas |                  |
| 3        | Reposo no leito, contínuo       | je - T= Curativo |

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                                              | DOSAGEM                                                                                                                                                                                    | APRAZAMENTO       |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 4 BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                   | Administrar 1 AMP. IV. de 8/8 horas; obs. SENALISEAS.OU EMESE                                                                                                                              | S/j               |
| 5 CAPTOPRIL 25 MG 25 mg                                | Administrar 1 CMP. VO, a critério médico, obs. SE PAS>180 E/OU PAD>100                                                                                                                     | A CRITÉRIO MÉDICO |
| 6 CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX | Administrar 1.000 mL, IV. de 24/24 horas,                                                                                                                                                  | S/j               |
| 7 DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL           | Administrar 1 AMP. IV. de 6/6 horas,                                                                                                                                                       | 500E/ 500         |
| 8 ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg                    | Administrar 40 mg. SC. de 24/24 horas,                                                                                                                                                     | 40/0,4 40         |
| 9 GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                    | Administrar 4 AMP. IV. a critério médico, obs. Se HGT <60                                                                                                                                  | A CRITERIO MEDICO |
| 10 INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL     | Administrar 2 UI. SC, a critério médico, obs. SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar | A CRITERIO MEDICO |
| 11 OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                           | Administrar 40 mg. IV. de 24/24 horas,                                                                                                                                                     | S/j               |
| 12 TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL              | Administrar 1 AMP. IV. de 8/8 horas,                                                                                                                                                       | 50/2              |



Hospital Universitário  
Lapa  
PRESCRIÇÃO

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

Identificação

081903/7

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Data de Internação: 08/04/2020

Folia 2/2

Validade: de 08/04/2020 11:59h a 09/04/2020 11:59h

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                                                          | DOSAGEM                                                                                                                                                  | APRAZAMENTO                |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 13. GENTAMICINA SULFATO, 40 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, 2ML/40 mg/mL | Administrar 80 mg, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                     | <i>gentamicina 80 mg</i>   |
| 14. CEFALOTINA 1.000 mg                                            | Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs.: Administração: EV. Direta de 3-5min; Intermitente 30min IM. Administrar em áreas de grande massa muscular. | <i>cefalotina 1.000 mg</i> |

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

|                               |
|-------------------------------|
| 15. Fisioterapia respiratória |
|-------------------------------|

Dr. RAFHAEL DA COSTA RODRIGUES CRM: 6514-SE

08/04/2020 08:12h

Jamily Santos Araújo  
Enfermeira  
COREN-SE #4768-AP



IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Identificação

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

DB1903/7

**PREScrição**

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

GID: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Data da Internação: 02/04/2020

Folha 1/2

Validade: de 02/04/2020 11:00 h. a 10/04/2020 11:00 h.

**DIETA**

**Aprazamento**

|   |        |                              |     |
|---|--------|------------------------------|-----|
| 1 | Branda | obs.: ZERO A PARTIR DE 23:30 | SND |
|---|--------|------------------------------|-----|

**CUIDADOS**

**Aprazamento**

|   |                                 |       |
|---|---------------------------------|-------|
| 2 | Curativo grande, de 24/24 horas | H     |
| 3 | Reposo no leito, contínuo       | I= T= |

**MEDICAMENTOS**

| POSOLOGIA                                                         | DOSAGEM                                                                                                                                                                                     | APRAZAMENTO       |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 4 BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                              | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE                                                                                                                              | SN                |
| 5 CAPTOPRIL 25 MG/25 mg                                           | Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100                                                                                                                     | A CRITERIO MÉDICO |
| 6 CLORETO DE SODIO 0,9% 500 mL PARA INFUSÃO BOLSA FLEX            | Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas.                                                                                                                                                   | II-               |
| 7 DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL                      | Administrar 1 AMP, IV, de 6/6 horas,                                                                                                                                                        | Agotar 24/10      |
| 8 GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                               | Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60                                                                                                                                  | A CRITERIO MÉDICO |
| 9 INSULINA REGULAR HUMANA -10 ML (MPP) 100 UI/mL                  | Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs.: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar | A CRITERIO MÉDICO |
| 10 OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                                      | Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas.                                                                                                                                                      | 06                |
| 11 TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL                         | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas.                                                                                                                                                        | 10/04/2020        |
| 12 GENTAMICINA SULFATO, 40 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL 2 ML 40 mg/mL | Administrar 80 mg, IV, de 8/8 horas.                                                                                                                                                        | 07/04/2020        |



Hospital Universitário

Lagarto

**PREScrição**

Identificação

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

081903/7

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Data da Internação: 02/04/2020

Folha 2/2

Válido de 09/04/2020 11:00h a 10/04/2020 11:00h

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA               | DOSAGEM                                                                                                                                                | APRAZAMENTO             |
|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 13. CEFALOTINA 1.000 mg | Administrar 1.000 mg. IV de 8/8 horas, obs: Administração: EV Direta de 3-5min, Intermittente 30min IM. Administrar em áreas de grande massa muscular. | <i>J. P. 25/04/2020</i> |

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

|                               |
|-------------------------------|
| 14. Fisioterapia respiratória |
|-------------------------------|

Dr. Rafael Rodrigues  
CRM: 6514-SE  
CRM-SE: 6514

Dr. RAFHAEL DA COSTA RODRIGUES CRM: 6514-SE

Larissa Andrade  
CRM: 43776-004

09/04/2020 08:31h



Hospital Universitário  
Lagoa

PRESCRIÇÃO

081903/7

081903/7

081903/7

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Identificação

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

081903/7

## **PRESCRIÇÃO**

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

GIO - FRATURA DA DIAPSE DO FÉMUR

第二章 中国古典文学

Entra 16

Vehicle de transport de l'assurance maladie

| DIETA |        | Aprazamento |
|-------|--------|-------------|
| 1     | Branda | S/N         |

| CUIDADOS |                                 | Aprazamento |
|----------|---------------------------------|-------------|
| 2        | Curativo grande, de 24/24 horas | M           |
| 3        | Reposo no leito, contínuo       | I= T=       |

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                                                          |  | DOSAGEM                                                                                                                                                                                                | APRAZAMENTO       |
|--------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 4. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                              |  | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs: SE NAUSEAS OU EMESE                                                                                                                                          | SOS               |
| 5. CAPTOPRIL 25 MG 25 mg                                           |  | Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs: SE PAS>160 E/OU A CRITERIO MÉDICO PAD>100                                                                                                               |                   |
| 6. CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX            |  | Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas.                                                                                                                                                              | AM 500 500 500    |
| 7. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL                      |  | Administrar 1 AMP, IV, de 6/6 horas.                                                                                                                                                                   | AM 32 32 32       |
| 8. GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                               |  | Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs: Se HGT <80                                                                                                                                              | A CRITERIO MÉDICO |
| 9. INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL                 |  | Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs: SE HGT conforme esquema: $151-200 = 2U$ / $201-250 = 4U$ / $251-300 = 6U$ / $301-350 = 8U$ / $351-350 = 8U$ / $351-400 = 10U$ / Se>401 = 12U e comunicar | A CRITERIO MÉDICO |
| 10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                                      |  | Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas.                                                                                                                                                                 | AM 06 06 06       |
| 11. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL                         |  | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas.                                                                                                                                                                   | AM 34 34 34       |
| 12. GENTAMICINA SULFATO, 40 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL 2 ML 40 mg/mL |  | Administrar 80 mg, IV, de 8/8 horas.                                                                                                                                                                   | AM 20 20 20       |



Universitario  
Lima 2011

## PRESCRIÇÃO

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Left 403E

### —Identificação

Marco Freire Vieira  
CRM 5E 5452

081903/7

## PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Data da Inserção: 02/04/2020

Folha 2/2

Validade: de 10/04/2020 12:11 h. a 11/04/2020 11:00 h.

### MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                             | DOSAGEM                                                                                                                                                  | APRAZAMENTO             |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 13. CEFALOTINA 1.000 mg               | Administrar 1.000 mg. IV, de 8/8 horas, obs. Administração: EV. Direta de 3-5min. Intermittente 30min IM. Administrar em áreas de grande massa muscular. | <i>20/04/2020 08:00</i> |
| 14. ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg | Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas.                                                                                                                   | <i>20/04/2020</i>       |

### PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

|                               |
|-------------------------------|
| 15. Fisioterapia respiratória |
|-------------------------------|

Dr. MARCO FREIRE VIEIRA CRM: 5452 SE

10/04/2020 12:12h

*Marco Freire Vieira*  
CRM SE 5452  
MR Ortopediatra Traumatologista

**H+**  
Hospital Universitário  
Legião  
**PREScrição**

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

Identificação

081903/7

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

COD: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Data da Internação: 02/04/2020

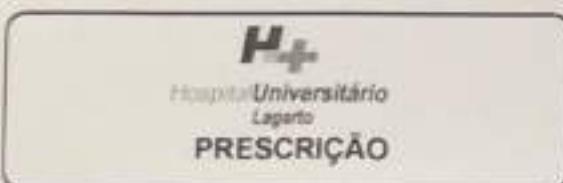
Folha 1/2

Validade: de 11/04/2020 11:00 h. a 12/04/2020 11:00 h.

| DIETA     |  | Aprazamento |
|-----------|--|-------------|
| 1. Branda |  | SN          |

| CUIDADOS                           |       | Aprazamento |
|------------------------------------|-------|-------------|
| 2. Curativo grande, de 24/24 horas |       | M           |
| 3. Repouso no leito, contínuo      | I= T= |             |

| MEDICAMENTOS                                                        |                                                                                                                                                                                             |                     |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| POSOLOGIA                                                           | DOSAGEM                                                                                                                                                                                     | APRAZAMENTO         |
| 4. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                               | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas, obs.: SE NAUSEAS OU EMESE                                                                                                                              | SN                  |
| 5. CAPTOPRIL 25 MG 25 mg                                            | Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs.: SE PAS>160 E/OU PAD>100                                                                                                                     | A CRITERIO MÉDICO   |
| 6. CLORETO DE SODIO 0,9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX.            | Administrar 1.000 mL, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                   | II-<br>10 24 06     |
| 7. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL                       | Administrar 1 AMP, IV, de 6/6 horas,                                                                                                                                                        | <del>10 24 06</del> |
| 8. GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                                | Administrar 4 AMP, IV, a critério médico, obs.: Se HGT <60                                                                                                                                  | A CRITERIO MÉDICO   |
| 9. INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL                  | Administrar 2 UI, SC, a critério médico, obs.: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar | A CRITERIO MÉDICO   |
| 10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                                       | Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas,                                                                                                                                                      | 10 10               |
| 11. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL                          | Administrar 1 AMP, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                        | 10 24 06            |
| 12. GENTAMICINA SULFATO, 40 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, 2 ML 40 mg/mL | Administrar 80 mg, IV, de 8/8 horas,                                                                                                                                                        | 10 24 06            |



|                                |               |
|--------------------------------|---------------|
| IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS | Identificação |
| Data de Nascimento: 26/11/1985 |               |
| Leito: 403E                    |               |
|                                |               |
| 081903/7                       |               |

# PRESCRIÇÃO

Unidade: 11 - CLINICA CIRURGICA

CID: FRATURA DA DIAPSE DO FÉMUR

Folha 2/2

Data da Internação: 02/04/2020

Validade: de 11/04/2020 11:00 h. a 12/04/2020 11:00 h.

## MEDICAMENTOS

| POSOLOGIA                             | DOSAGEM                                                                                                                                                  | APRAZAMENTO       |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 13. CEFALOTINA 1.000 mg               | Administrar 1.000 mg, IV, de 8/8 horas, obs: Administração: EV, Direta de 3-5min, Intermittente 30min IM. Administrar em áreas de grande massa muscular. | <i>24/04/2020</i> |
| 14. ENOXAPARINA 40MG/0,4ML(MPP) 40 mg | Administrar 40 mg, SC, de 24/24 horas,                                                                                                                   | <i>24/04/2020</i> |

## PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

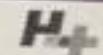
15. Fisioterapia respiratória

11/04/2020 08:27h

Dr. RAFHAEL DA COSTA RODRIGUES CRM: 6514-SE

Lançar Auto de Sustos  
CRM-SE-00728-009

COBRESE-SE-006-TE



Hospital Universitário  
Lagarto  
PRESCRIÇÃO

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

00000000000000000000000000000000

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito: 403E

Identificação

081903/7

## **PRESCRIÇÃO**

Unidade: 1.1 - CLÍNICA CIRÚRGICA

00 - FRATURA DA CÂMERA DO EPITILO

Figure 12

#### Does an interaction occur?

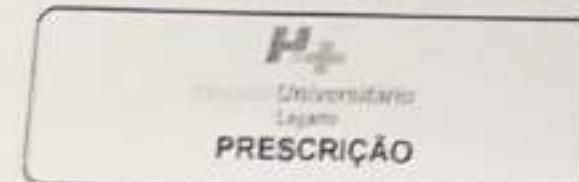
Validade: de 12/04/2009 11:00 h. a 13/04/2009 11:00 h.

|   | DIETA  | Aproveitamento |
|---|--------|----------------|
| 1 | Branda |                |

| CUIDADOS |                                 | Aproximamento |
|----------|---------------------------------|---------------|
| 2        | Curativo grande, de 24/24 horas |               |
| 3        | Repouso no leito, contínuo      |               |

## MEDICAMENTOS

| MEDICAMENTOS                                                        |                                                                                                                                                                                            |                   |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| POSOLOGIA                                                           | DOSAGEM                                                                                                                                                                                    | APRAZAMENTO       |
| 4. BROMOPRIDA INJETÁVEL (2ML) 5 mg/mL                               | Administrar 1 AMP. IV, de 8/8 horas, obs: SE NAUSEAS OU EMESE                                                                                                                              |                   |
| 5. CAPTOPRIL 25 MG 25 mg                                            | Administrar 1 CMP, VO, a critério médico, obs: SE PAB>160 E/OU PAD>100                                                                                                                     | A CRITERIO MÉDICO |
| 6. CLORETO DE SODIO 0.9% 500 ML PARA INFUSÃO BOLSA FLEX             | Administrar 1.000 mL IV, de 24/24 horas.                                                                                                                                                   |                   |
| 7. DIPIRONA INJETÁVEL 500MG/ML 2 ML 500 mg/mL                       | Administrar 1 AMP. IV, de 6/6 horas.                                                                                                                                                       |                   |
| 8. GLICOSE 25% 10 ML (MPP) 250 mg/mL                                | Administrar 4 AMP. IV, a critério médico, obs: Se: HGT <60                                                                                                                                 | A CRITERIO MÉDICO |
| 9. INSULINA REGULAR HUMANA - 10 ML (MPP) 100 UI/mL                  | Administrar 2 UI. SC, a critério médico, obs: SE HGT conforme esquema: 151-200 = 2U / 201-250 = 4U / 251-300 = 6U / 301-350 = 8U / 351-350 = 8U / 351-400 = 10U / Se>401 = 12U e comunicar | A CRITERIO MÉDICO |
| 10. OMEPRAZOL INJETÁVEL 40 mg                                       | Administrar 40 mg, IV, de 24/24 horas.                                                                                                                                                     |                   |
| 11. TRAMADOL INJETÁVEL MG/ML 2 ML 50 mg/mL                          | Administrar 1 AMP. IV, de 8/8 horas.                                                                                                                                                       |                   |
| 12. GENTAMICINA SULFATO, 40 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL, 2 ML 40 mg/mL | Administrar 80 mg, IV, de 8/8 horas.                                                                                                                                                       |                   |



IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Leito 4038

### — Identificação

ação  
Dr. ~~Juliano Ribeiro~~  
Medico  
CRANSE ~~ESPA~~

ACCIDENTS  
10/18/81

0879037

## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 0484/2020

Lote: 4098

Especialidade/Agente: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA/CIRURGICA

Data Criação: 05/04/2020 08:03 Atendimento: 144625 Nome do Responsável: RAFAEL DA COSTA RODRIGUES

Data Confirmação: 05/04/2020 06:04 CRM: 34657

### Evolução:

#### APERTURA EXPOSTA DE FÉMUR E PATELA DIREITA

##### » História da enfermagem:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e fêmur direito.

##### » Evolução Médica Dínea:

Paciente submetido a술endamento + fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leonardo Paes e MR. Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. Paciente encontra-se estabilizado no pós op em MHD. Nega outras queixas no momento. FO com secreção sanguinolenta, sem sinal de infecção. Seguindo os cuidados da enfermagem, aguardando programação cirúrgica para síntese definitiva.

» Exame Físico: BCO, HIGIENIZADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO  
AVC: ROR, DTF: 27, SEM SEPROS

ABD: MN+, AHI: BEM RA

ABD: FLÁCIDO, INTOLERÂNCIA: RHA +, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: est: usq: 0, bradi: est: ext: transfixar: em MHD; revestimento preservado; sensibilidade mantida  
FO: com secreção sanguinolenta, sem sinal de infecção.

##### » CONDUTA:

- PRESCRIÇÃO COM ANTIBIOTICO/TERAPIA
- ANALISES: SISTEMÁTICA
- OBSERVAÇÃO: VITÉS: NOBES
- GUARDA: 20200340

### Notas Adicionais:

Fratura exposta  
FO exposta  
Cirurgia realizada

VFSE

05/04/2020 08:04  
Divulgação  
EVOLUÇÃO

### Identificação:

Paciente: IRADIEL SON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Portuario: 819037

## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 8584/2020

Lito 403E

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 06/04/2020 07:40 Atendimento: 144825 Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 06/04/2020 07:42 CRM: 5450 SE

### Evolução

#### #FRATURA EXPOSTA DE FEMUR E PATELA DIREITA

##### >História da admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e fêmur direito.

##### >Evolução Médica Diário:

Paciente submetido a desbranqueamento + fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leandro Passos e MR. Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. No momento em laje, hemodinamicamente estável, colaborativo, sem queixas, intatação bem com anestesiador, apetite e sono preservados. Bco: diurese e defecação sem alterações. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

##### >Exame Físico: BEM HIGRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO

AVC: ROR BNF 2T, SEM SORPOS

AR: MV + ARI, SEM VSA

ABD: FLÁCIDO, HADOLADO, RHR +, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: sem uso de fixadores externos transarticulares em MJO; edema +/+; imobilidade funcional do membro afetado; dor a mobilização; necrose muscular preservada; força muscular grau 4; constipação mantida.

FO com distensão adeno-glandular anotável, sem sinais de infecção, em bom estado.

##### >CONDUTA:

- MANTENHO PRESCRIÇÃO

- ANALGÉSIA SISTÉMICA

- OBSERVA APARTES MOLES

- CARGA ZERO MJO

### Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira  
CRM: 5450 SE  
MR. Ortopedia e Traumatologia

Universitário  
Língua  
EVOLUÇÃO  
06/04/2020 07:42

Identificação:  
Paciente: IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS  
Data de Nascimento: 26/11/1985  
Pronunciado: B1903/7

## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 00047990

Labor: AGDF

Especialidade/Atende: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Gravação: 07/04/2020 09:32 Atendimento: 144825 Nível de Responsividade: RAFael DA COSTA RODRIGUES

Data Confirmação: 07/04/2020 09:32 CRM: 24857

### Evolução:

#### #FRATURA EXPOSTA DE FEMUR E PATELA DIREITA

##### Historia da admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e Femur direito.

##### >Evolução Médica Dolor:

Paciente submetido a desbridamento + fixação externa por fixação exposta da cabeça do Femur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leonardo Paixão e MR. Mário Freire, procedimento realizado sem intercorrências. No momento em laje, hemodinamicamente estável, colaborativo, sem queixas, interage bem com examinador, apetite e sono preservados. Boa diurese e deposições sem alterações. Ninguas crises aquáticas. Entregam-se naga intercorrências.

##### >Exame Físico: REG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO

AVC: NEG, RCP: BNF 2+, SEM SOPROS

AP: MV+AH+, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, INCOLOR, RHA +, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: em uso de fixadores externos toracolábio em MBD: extensão +/-; imobilidade funcional do membro afetado; dor à mobilização; neurovascular preservado; força muscular grau 4; sensibilidade manida.

PO: com distribuição sanguinolenta; sem sinais de infecção; em bom estado.

##### >CONDUTA:

- MANTENHO PRESCRIÇÃO
- ANALGÉSIA SISTEMÁTICA
- OBSERVAR PARTES MOLES
- CARGA ZERO MBD

### Notas Adicionais:

DR. MARCELO  
MOURA  
07/04/2020

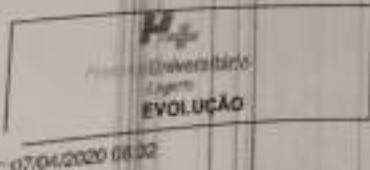
JF156

### Identificação:

Paciente: IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Prontuário: 81903/7



## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 01/04/2020

Lato: 403E

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Chegada: 01/04/2020 08:11 Atendimento: 144825 Nome do Responsável: RAFAEL DA COSTA

Data Confirmação: 01/04/2020 08:12 CRM: 6514-SE

### Evolução:

#### #FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR E PATELA DIREITA

##### >História da admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 01/04/2020, com Fratura exposta de patela e fêmur direito.

##### >Evolução Médica Dínea:

Paciente submetido a desbridamento + fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Luciano Passos e Mri. Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. No momento em lato, hemodinamicamente estável, colaborativo, sem queixas, interage bem com examinador, aporte e sono preservados. Boa dureza e coação sem alterações. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

>Exame Físico: REG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO  
AVC: RCR, BNP 2T, SEM SOPROS

AR: MV+, AHT, SEM RA

ABD: FLACIDO, INDOLOP, RHA +, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: em uso de fixadores externos transarticular em MID; edema +/+; imobilidade funcional do membro afetado; dor a mobilização; neurosensório preservado; força muscular grau 4; sensibilidade mantida  
FO com diarréia seco/branco, sem sinais de infecção, em bom estado

##### >CONDUTA:

MANTENHO PRESCRIÇÃO

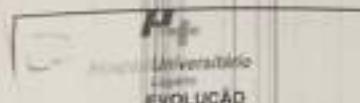
ANALGÉSICO SISTÉMICO

OBSEVAR PARTES MOLES

CARGA ZERO MID

Notas Adicionais:

Fixador externo  
MID  
Maior quebra  
Maior quebra



01/04/2020 08:12

### Identificação:

Paciente: IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 28/11/1985

Prontuário: 81900/7

## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 0484/2020

Lote: 4098

Especialidade/Agente: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA/CIRURGICA

Data Criação: 05/04/2020 08:03 Atendimento: 144625 Nome do Responsável: RAFAEL DA COSTA RODRIGUES

Data Confirmação: 05/04/2020 06:04 CRM: 34657

### Evolução:

#### APERTURA EXPOSTA DE FÉMUR E PATELA DIREITA

##### » História da enfermagem:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e fêmur direito.

##### » Evolução Médica Dínea:

Paciente submetido a balizamento e fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leonardo Paes e MR. Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. Paciente encontra-se estabilizado no por leito em MDR. Nega outras queixas no momento. FO com secreção sanguinolenta, sem sinal de infecção. Seguir aos cuidados da enfermagem, aguardando programação cirúrgica para síntese definitiva.

» Exame Físico: BCO, HIGIENIZADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO  
AVC: ROR, DTF: 27, SEM SEPROS

ABD: MN+, AHI: BEM RA

ABD: FLÁCIDO, INTOLERÂNCIA: RHA +, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: est: usq: 0, bradi: est: ext: transfixar em MDR, revestimento preservado, sensibilidade mantida  
FO: com secreção sanguinolenta, sem sinal de infecção.

##### » CONDUTA:

- PRESCRIÇÃO COM ANTIBIOTICO/TERAPIA
- ANALISES: SISTEMÁTICA
- OBSERVAÇÃO: VITÉS: NOBES
- GUARDA: 20200340

### Notas Adicionais:

Fratura exposta  
diáfise fêmur  
patela direita

VFSE

Divulgação  
de  
EVOLUÇÃO

05/04/2020 08:04

### Identificação:

Paciente: IRADIEL SON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Portuario: 819037

## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 8584/2020

Lito 403E

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 06/04/2020 07:40 Atendimento: 144825 Nome do Responsável: MARCO FREIRE VIEIRA

Data Confirmação: 06/04/2020 07:42 CRM: 5450 SE

### Evolução

#### #FRATURA EXPOSTA DE FEMUR E PATELA DIREITA

##### >História da admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e fêmur direito.

##### >Evolução Médica Diário:

Paciente submetido a desbranqueamento + fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leandro Passos e MR. Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. No momento em laje, hemodinamicamente estável, colaborativo, sem queixas, intubação bem com assinador, aperto e sono preservados. Bco: durante e dejeções sem alterações. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

##### >Exame Físico: BEM HIGRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO

AVC: ROR BNF 2T, SEM SORPOS

AR: MV + ARI, SEM VSA

ABD: FLÁCIDO, HODOLÓDO, RHR +, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: ausculta de fixadores externos transarticulares em MJO; edema +/+; imobilidade funcional do membro afetado; dor a mobilização; necrose muscular preservada; força muscular grau 4; constipação mantida.

FO com distensão adeno/glandular anotável, sem sinais de infecção, em bom estado.

##### >CONDUTA:

- MANTENHO PRESCRIÇÃO  
- ANALGÉSIA SISTÉMICA  
- OBSERVA APARTES MOLES  
- CARGA ZERO MÉT

### Notas Adicionais:

Marco Freire Vieira  
CRM 5450 SE  
MR. Ortopedia e Traumatologia

Universitário  
Língua  
EVOLUÇÃO  
06/04/2020 07:42

Identificação:  
Paciente: IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS  
Data de Nascimento: 26/11/1985  
Pronunciado: B1903/7

## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 00047990

Labor: AGDF

Especialidade/Atende: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Gravação: 07/04/2020 09:32 Atendimento: 144825 Nível de Responsividade: RAFael DA COSTA RODRIGUES

Data Contingência: 07/04/2020 09:32 CRM: 24857

### Evolução:

#### #FRATURA EXPOSTA DE FEMUR E PATELA DIREITA

##### Historia da admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e Femur direito.

##### >Evolução Médica Dolor:

Paciente submetido a desbridamento + fixação externa por fixação exposta da cabeça do Femur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leonardo Paixão e MR. Mário Freire, procedimento realizado sem intercorrências. No momento em laje, hemodinamicamente estável, colaborativo, sem queixas, interage bem com examinador, apetite e sono preservados. Boa diurese e deposições sem alterações. Ninguas crises aquáticas. Entregam-se naga intercorrências.

##### >Exame Físico: REG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO

AVC: NEG, RCP: BNF 2+, SEM SOPROS

AP: MV+AH+, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, INCOLOR, RHA +, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: em uso de fixadores externos toracolábio em MBD: extensão +/-; imobilidade funcional do membro afetado; dor à mobilização; neurovascular preservado; força muscular grau 4; sensibilidade manida.

PO: com distribuição sanguinolenta; sem sinais de infecção; em bom estado.

##### >CONDUTA:

- MANTENHO PRESCRIÇÃO
- ANALGÉSIA SISTEMÁTICA
- OBSERVAR PARTES MOLES
- CARGA ZERO MBD

### Notas Adicionais:

DR. MARCELO  
MOURA  
07/04/2020

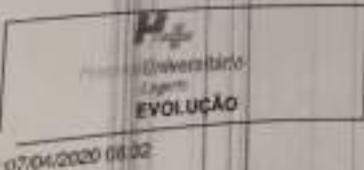
JF156

### Identificação:

Paciente: IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Prontuário: 81903/7



## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 01/04/2020

Lato: 403E

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Chegada: 01/04/2020 08:11 Atendimento: 144825 Nome do Responsável: RAFAEL DA COSTA

Data Confirmação: 01/04/2020 08:12 CRM: 6514-SE

### Evolução:

#### #FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR E PATELA DIREITA

##### >História da admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 01/04/2020, com Fratura exposta de patela e fêmur direito.

##### >Evolução Médica Dínea:

Paciente submetido a desbridamento + fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Luciano Passos e Mri. Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. No momento em lato, hemodinamicamente estável, colaborativo, sem queixas, interage bem com examinador, aporte e sono preservados. Boa dureza e coação sem alterações. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

##### >Exame Físico: REG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO

AVC: RCR, BNP 2T, SEM SOPROS

AR: MV+, AHT, SEM RA

ABD: FLACIDO, INDOLOP, RHA +, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: em uso de fixadores externos transarticulares em MID; edema +/+; imobilidade funcional do membro afetado; dor a mobilização; neurosensótor preservado; força muscular grau 4; sensibilidade mantida. FO com diarréia seco/lorente, sem sinais de infecção, em bom estado.

##### >CONDUTA:

MANTENHO PRESCRIÇÃO

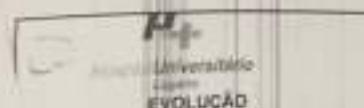
ANALGÉSICO SISTÉMICO

OBSEVAR PARTES MOLES

CARGA ZERO MID

Notas Adicionais:

Fixador externo  
MID  
M. 2020



01/04/2020 08:12

### Identificação:

Paciente: IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 28/11/1985

Prontuário: 81900/7





## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 10/04/2020

Lado: 403E

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 11/04/2020 08:24 Atendimento: 144825 Nome do Responsável: RAFAEL DA COSTA RODRIGUES

Data Confirmação: 11/04/2020 08:28 CRM: 6514-SE

### Evolução:

#### #FRATURA SEGMENTAR DE FÉMUR DIREITO E PATELA DIREITA

##### >História de admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e fêmur direito.

##### >Evolução Médica Geral:

Paciente submetida a desbranqueamento - fixação extrema por fratura exposta da diafise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leonardo Passos e MR Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. Submetido à retirada do fixador externo com osteosíntese definitiva de diafise de fêmur - conserto lateral + patela direita. procedimento realizado por Dr. Gláuber Barbosa e Dr. Pablo Barroso, sem intercorrências no dia 10/04/2020. Paciente evolui com queixa de dor moderada na última noite. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

##### >Exame Físico:

BEG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO

AVC: ROR, BNF 2T, SEM SOPROS

AR: MV, AHT, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR, P.H.A +, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: neuromuscular preservado; sensibilidade-martídia. Bem deficit.

F.O. com secreção sanguinolenta, em bom estado, sem sinais fogosos.

##### >CONDUTA:

- ANTIBIOTICO - ANALGÉSIA SISTEMÁTICA
- PROFILAXIA PARA TVP
- CARGA ZERO MID

##### >Notas Adicionais:

*Reabilitação  
mobilização  
cambuciaria*



Hospital Universitário  
Cidade  
EVOLUÇÃO

04/2020 08:29

### Identificação

Paciente: IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Prontuário: 81863/7

## Evolução

### Dados do Paciente

Referência: 18042020

Letra: ALE

Especialidade/Ramo: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 12/04/2020 09:36 Atendimento: 144825 Nome do Responsável: RAFael DA COSTA RODRIGUES

CRM: 6514-58

### Evolução:

#### FRATURA SEGMENTAR DE FÉMUR DIREITO E PATELA DIREITA

##### >História da admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 01/04/2020, com Fratura exposta da patela e fêmur direito.

##### >Evolução Médica Diária:

Paciente submetendo a desbridamento + fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leonardo Pascio e Mf. Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. Submetendo a retirada do fáscio externo com osteosíntese definitiva de diáfise do fêmur + condro lateral + patela direita. procedimento realizado por Dr. Gisebe Barreto e Dr. Pablo Barreto, sem infecções no dia 10/04/2020. Paciente evolui com queda de dor moderada na ultima noite. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

>Exame Físico: BEG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO. AVC: HCR: BNF 21, SEM SOPROS

AR: MV, AIT, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, INDOLO, OR: RHA +, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: neuromuscular preservado; sensibilidade manida. Sem déficit

FIO: com sotropônia surgiu violenta, ainda em uso do diâmetro, sem bom estado, sem sinais flogísticos.

##### >CONDUTA:

- ANTIBIOTICO + ANALGÉSICA SISTÉMICA

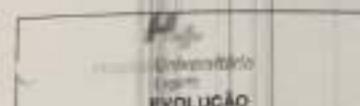
- HEPATILAXIA PARA TPI

- CARGA ZERO MID

- RETIRAR SONDA VESICAL DE DEMORA

##### Notas Adicionais:

DR. R. PASCIO  
M. FREIRE  
CABRAL, M. A.



12/04/2020 09:40

Identificação  
Paciente: RIADELSON LOURENCO DOS SANTOS  
Data de Nascimento: 26/11/1985  
Prontário: 8196917

## Evolução - MEDICINA

### Dados do Paciente

Referência: 130942020

Protocolo: 8190377

Leito: 4036

Paciente: IRADIELSON LOPURENCO DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 26/11/1986

Nº do Cartão SUS: 706202009821969

Representada/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 13/04/2020 09:13 Atendimento: 144825 Nome do Responsável: RAFAEL DA COSTA

Data Confirmado: 13/04/2020 09:16 RODRIGUES

MEDICINA

### Evolução:

#### #FRATURA SEGMENTAR DE FÉMUR DIREITO E PATELA DIREITA

##### >História de admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e fêmur direito.

##### >Evolução Médica Diária:

Paciente submetido a desbridamento + fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leonardo Passos e MR Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. Submetido a retirada do fixador externo com osteodesmese definitiva da diáfise de fêmur + condilo lateral + patela direita, procedimento realizado por Dr. Grauber Barbosa e Dr. Pablo Ilaneto, sem intercorrências no dia 10/04/2020. Paciente evolui com queixa de dor moderada na última noite. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

>Exame Físico: BEG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO  
AVC: RCR, BNF 2T, SEM SOPROS

AP: MV+ AHT, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR, RH+ SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: neuromotoricidade preservada; sensibilidade mantida. Sem déficit.

F.O: com discreta secreção sanguinolenta, ainda em uso de dreno, em bom estado, sem sinais flogísticos.

##### >CONDUTA:

- ANTIBIOTICO + ANALGÉSIA SISTÉMICA
- PROFILAXIA PARA TVP
- CARGA ZERO MID
- RETIRO DRENOS
- ALTA COM RECEITA E ORIENTAÇÕES, APÓS CURATIVO
- RETORNAR EM DUAS SEMANAS PARA REAVALIAÇÃO

Notas Adicionais:

Dr. Rafael da Costa  
CRM-PE  
CRM-114



Hospital Universitário  
Largo  
Evolução - MEDICINA

27/04/2020 15:59

## Evolução

### Dados do Paciente

Paciente: 13/04/2020

Letra: 402E

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA

Data Criação: 13/04/2020 09:13 Abandono: 144829 Nome do Responsável: RAFAEL DA COSTA RODRIGUES

Data Confirmação: 13/04/2020 09:16 CRM: 6514-SE

### Evolução

#### FRATURA SEGMENTAR DE FÉMUR DIREITO E PATELA DIREITA

##### >História da admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e fêmur direito.

##### >Evolução Médica Diária:

Paciente submetido a desbridamento + fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leonardo Passos e MIR Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. Submetido a retirada da fixação externa com osteosíntese definitiva da diáfise de fêmur + condilo lateral + patela direita, procedimento realizado por Dr. Glauber Barbosa e Dr. Pablo Barreto, sem intercorrências, no dia 10/04/2020. Paciente evolui com queixa de dor moderada na última noite. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

>Exame Físico: BEG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO  
AVC: RCR, RSP, 2T, SEM SÍDROS

AR: MV+ AHT, SEM RA

ASD: FLAGÍLIO: INDOLOR, FRA -, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: neuromuscular preservado; sensibilidade mantida. Sem déficit.

F.O. com discreta secreção sanguinolenta, ainda em uso de dreno, em bom estado, sem sinais higiénicos.

##### >CONDUTA:

-ANTIBIÓTICO + ANALGÉSIA SISTÉMICA

-PROTEÍNA PARA TVP

-CARGA ZERO MIO

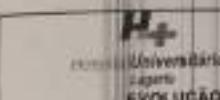
-RETIRO DRENOS

-ALTA COM RECEITA E ORIENTAÇÕES, APÓS CURATIVO

-RETORNAR EM DUAS SEMANAS PARA REAVALIAÇÃO

### Notas Adicionais:

*Dr. Rafael da Costa Rodrigues  
13/04/2020*



13/04/2020 09:16

### Identificação

Paciente: RADIÉLSON LOURENÇO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Prontuário: 818637

# Hospital Universitário Lagarto

18/04/2020 17:42:59 M

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Nº amostra: 79332  
3 paciente: 619837

Origem: CENTRO CIRÚRGICO  
Médico:

Nasc.: 26/11/1985 Sexo: Masculino  
Apelido: XN-L

## Referência:

|             |                               |                |
|-------------|-------------------------------|----------------|
| Hemácias    | 2.48 - [10 <sup>12</sup> /uL] | (4.3 - 6.0)    |
| Hemoglobina | 7.6 - [g/dL]                  | (13.6 - 17.8)  |
| Hematócrito | 22.8 - [%]                    | (41.8 - 54.8)  |
| VCH         | 91.9 [fL]                     | (88.8 - 100.0) |
| HGM         | 38.6 [pH]                     | (27.0 - 33.0)  |
| CHCM        | 33.3 [g/dL]                   | (32.0 - 36.0)  |
| RDW-SD      | 45.0 [fL]                     | (37.0 - 54.0)  |
| RDW-CV      | 13.7 [%]                      | (11.0 - 14.0)  |
| PLAQUETAS   | 419+ [10 <sup>13</sup> /uL]   | (140 - 480)    |
| VPM         | 18.2 [fL]                     | (9.0 - 13.0)   |
| Leucócitos  | 15.92+ [10 <sup>9</sup> /uL]  | (3.60 - 11.00) |
| UTRD        | 12.50+ [10 <sup>9</sup> /uL]  | (1800 - 6500)  |
| CENFO.      | 1.18 [10 <sup>9</sup> /uL]    | (1100 - 4400)  |
| MONO        | 1.38+ [10 <sup>9</sup> /uL]   | (150 - 1800)   |
| EOSINO      | 0.00 [10 <sup>9</sup> /uL]    | (0 - 400)      |
| BASO        | 0.83 [10 <sup>9</sup> /uL]    | (0 - 200)      |
| IG          | 0.99 [10 <sup>9</sup> /uL]    | (0 - 100)      |
| NEUTRO      | 83.2+ [%]                     | (36.0 - 66.0)  |
| LINFO.      | 7.3 - [%]                     | (22.0 - 44.0)  |
| MONO        | 8.7 [%]                       | (3.0 - 10.0)   |
| EOSINO      | 0.0 [%]                       | (1.0 - 4.0)    |
| BASO        | 0.2 [%]                       | (0.0 - 1.0)    |
| IG          | 0.6 [%]                       |                |

## Homem

(4.3 - 6.0)

(13.6 - 17.8)

(41.8 - 54.8)

(88.8 - 100.0)

## Mulher

(3.8 - 5.1)

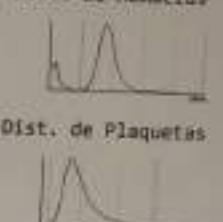
(12.0 - 16.0)

(36.0 - 48.0)

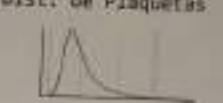
## Dist. de Leucócitos



## Dist. de Hemácias



## Dist. de Plaquetas



## WBC IP Message

## RBC IP Message

## PLT IP Message

Thrombocytosis



Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

CNPJ: 15.126.437/0031-69

00-20 - 18/04/2020 17:43

1/1

Paciente: **DRACIELSON LOUREIRO DOS SANTOS**  
Data de Nascimento: 26/11/1982  
Sexo: Masculino  
Endereço: Rua 100, 1000  
Cidade: Rio de Janeiro  
UF: RJ  
Pais: Brasil

Exames: Internados  
Exames: Externados  
Exames: Consulta  
Exames: Rio  
Exames: RJ

MATERIAL: Sangue  
MÉDIA: 36 mg/dL  
Valores de Referência: Hemoglobina: 12 a 16 mg/dL  
Hemocromatose: 15 a 17 mg/dL

Validade: 10/04/2013

Exames: conferidos e liberados digitalmente por:  
AQUILES SALES CRAVEIRO SARMENTO - CRM: 07363

CREATININA: 0,8 mg/dL  
MATERIAL: Sangue

Valores de Referência:

Homem: 0,70 a 1,00 mg/dL  
Mulher: 0,60 a 1,10 mg/dL

Validade: 10/04/2013

Resultados: Sangue: 10/04/2013 10:00 Liberado em: 10/04/2013 10:00

Exames: conferidos e liberados digitalmente por:  
AQUILES SALES CRAVEIRO SARMENTO - CRM: 07363

MATERIAL: Sangue  
MÉDICO: DE REFERÊNCIA: 0,00 mg/dL  
Valores de Referência: 0 a 20 mg/dL  
MATERIAL: Sangue

0,00 mg/dL na pressão arterial

Validade: 10/04/2013

Resultados: Sangue: 10/04/2013 10:00 Liberado em: 10/04/2013 10:00

Exames: conferidos e liberados digitalmente por:  
AQUILES SALES CRAVEIRO SARMENTO - CRM: 07363

MATERIAL: Sangue  
MÉDICO: C. REAZZI: 40 mg/dL  
Valores de Referência: Sangue: 0 a 10 mg/dL  
0,00 mg/dL na pressão arterial: 0 a 10 mg/dL

Validade: 10/04/2013

Resultados: Sangue: 10/04/2013 10:00 Liberado em: 10/04/2013 10:00

Aquiles S. C. Sales  
Biomédico  
CRM: 07363

Todos os resultados devem ser comunicados com o quadro clínico do paciente, para a qual a interpretação do resultado é sempre relativa.

CPF: 14.128.437.029-00 - Telefone: (21) 5500-1100 - Telefax: 5500-1100 - Casa Postal: 5500-1100 - Endereço: 5500-1100

## Evolução - MEDICINA

### Dados do Paciente

Referência: 130942020

Protocolo: 819037

Leito: 4036

Paciente: IRADIELSON LOPURENCO DOS SANTOS

Nome Social:

Data de Nascimento: 25/11/1986

Nº do Cartão SUS: 706202009021969

Representada/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLINICA CIRURGICA

Data Criação: 13/04/2020 09:13 Atendimento: 144825 Nome do Responsável: RAFAEL DA COSTA

Data Confirmado: 13/04/2020 09:16 RODRIGUES

MEDICINA

### Evolução:

#### #FRATURA SEGMENTAR DE FÉMUR DIREITO E PATELA DIREITA

##### >História de admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e fêmur direito.

##### >Evolução Médica Diária:

Paciente submetido a desbridamento + fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leonardo Passos e MR Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. Submetido a retirada do fixador externo com osteodesmese definitiva da diáfise de fêmur + condilo lateral + patela direita, procedimento realizado por Dr. Grauber Barbosa e Dr. Pablo Ilaneto, sem intercorrências no dia 10/04/2020. Paciente evolui com queixa de dor moderada na última noite. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

>Exame Físico: BEG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO  
AVC: RCR, BNF 2T, SEM SOPROS

AP: MV+ AHT, SEM RA

ABD: FLÁCIDO, INDOLOR, RH+ SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: neuromotoricidade preservada; sensibilidade mantida. Sem déficit.

F.O: com discreta secreção sanguinolenta, ainda em uso de dreno, em bom estado, sem sinais flogísticos.

##### >CONDUTA:

- ANTIBIOTICO + ANALGÉSIA SISTÉMICA
- PROFILAXIA PARA TVP
- CARGA ZERO MID
- RETIRO DRENOS
- ALTA COM RECEITA E ORIENTAÇÕES, APÓS CURATIVO
- RETORNAR EM DUAS SEMANAS PARA REAVALIAÇÃO

Notas Adicionais:

Dr. Rafael da Costa  
CRM-PE  
CRM-114



Hospital Universitário  
Largo  
Evolução - MEDICINA

27/04/2020 15:59

## Evolução

### Dados do Paciente

Paciente: 13/04/2020

Letra: 402E

Especialidade/Agenda: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Unidade: CLÍNICA CIRÚRGICA

Data Criação: 13/04/2020 09:13 Abandono: 144829 Nome do Responsável: RAFAEL DA COSTA RODRIGUES

Data Confirmação: 13/04/2020 09:16 CRM: 6514-SE

### Evolução

#### FRATURA SEGMENTAR DE FÉMUR DIREITO E PATELA DIREITA

##### >História da admissão:

Paciente vítima de acidente de moto no dia 02/04/2020, com Fratura exposta da patela e fêmur direito.

##### >Evolução Médica Diária:

Paciente submetido a desbranqueamento + fixação externa por fratura exposta da diáfise do fêmur e da patela direita no dia 02/04/2020 por Dr. Leonardo Passos e MIR Marco Freire, procedimento realizado sem intercorrências. Submetido a retirada da fixação externa com osteosíntese definitiva da diáfise de fêmur + condilo lateral + patela direita, procedimento realizado por Dr. Glauber Barbosa e Dr. Pablo Barreto, sem intercorrências, no dia 10/04/2020. Paciente evolui com queixa de dor moderada na última noite. Nega outras queixas. Enfermagem nega intercorrências.

>Exame Físico: BEG, HIDRATADO, EUPNEICO, CONSCIENTE, ORIENTADO  
AVC: RCR, RBF: 2T, SEM SODIPOS

AR: MV+ AHT: SEM RA

ASD: FLAGÍLIO: INDOLOR, FRA: -, SEM VISCEROMEGLIAS

EXT: neuromuscular preservado; sensibilidade mantida. Sem déficit.

F.O: com discreta secreção sanguinolenta, ainda em uso de dreno, em bom estado, sem sinais higisticos

##### >CONDUTA:

-ANTIBIÓTICO + ANALGÉSIA SISTÉMICA

-PROTEÍNA PARA TVP

-CARGA ZERO MIO

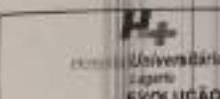
-RETIRO DRENOS

-ALTA COM RECEITA E ORIENTAÇÕES, APÓS CURATIVO

-RETORNAR EM DUAS SEMANAS PARA REAVALIAÇÃO

### Notas Adicionais:

*Dr. Rafael da Costa Rodrigues  
13/04/2020*



13/04/2020 09:16

### Identificação:

Paciente: RADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Data de Nascimento: 26/11/1985

Prontuário: 818637

# Hospital Universitário Lagarto

18-1 100  
18/04/2020 17:42:59 M

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS

Nº amostra: 79332  
3 paciente: 619837

Origem: CENTRO CIRÚRGICO  
Médico:

Nasc.: 26/11/1985 Sexo: Masculino  
Apelido: XN-L

## Referência:

|             |                               |                |
|-------------|-------------------------------|----------------|
| Hemácias    | 2.48 - [10 <sup>12</sup> /uL] | (4.3 - 6.0)    |
| Hemoglobina | 7.6 - [g/dL]                  | (13.6 - 17.8)  |
| Hematócrito | 22.8 - [%]                    | (41.8 - 54.8)  |
| VCH         | 91.9 [fL]                     | (88.8 - 100.0) |
| HGM         | 38.6 [pH]                     | (27.0 - 33.0)  |
| CHCM        | 33.3 [g/dL]                   | (32.0 - 36.0)  |
| RDW-SD      | 45.0 [fL]                     | (37.0 - 54.0)  |
| RDW-CV      | 13.7 [%]                      | (11.0 - 14.0)  |
| PLAQUETAS   | 419+ [10 <sup>13</sup> /uL]   | (140 - 480)    |
| VPM         | 18.2 [fL]                     | (9.0 - 13.0)   |
| Leucócitos  | 15.92+ [10 <sup>9</sup> /uL]  | (3.60 - 11.00) |
| UTRD        | 12.50+ [10 <sup>9</sup> /uL]  | (1800 - 6500)  |
| CENFO.      | 1.18 [10 <sup>9</sup> /uL]    | (1100 - 4400)  |
| MONO        | 1.38+ [10 <sup>9</sup> /uL]   | (150 - 1800)   |
| EOSINO      | 0.00 [10 <sup>9</sup> /uL]    | (50 - 400)     |
| BASO        | 0.83 [10 <sup>9</sup> /uL]    | (8 - 200)      |
| IG          | 0.99 [10 <sup>9</sup> /uL]    |                |
| NEUTRO      | 83.2+ [%]                     | (36.0 - 66.0)  |
| LINFO.      | 7.3 - [%]                     | (22.0 - 44.0)  |
| MONO        | 8.7 - [%]                     | (3.0 - 10.0)   |
| EOSINO      | 0.0 - [%]                     | (1.0 - 4.0)    |
| BASO        | 0.2 - [%]                     | (0.0 - 1.0)    |
| IG          | 0.6 - [%]                     |                |

## Homem

## Mulher

## Dist. de Leucócitos

## Dist. de Hemácias

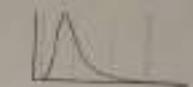
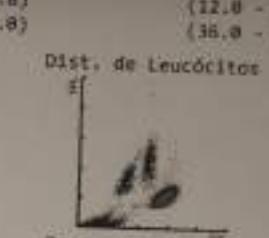
## Dist. de Plaquetas

## WBC IP Message

## RBC IP Message

## PLT IP Message

## Thrombocytosis



Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

CNPJ: 15.126.437/0031-69

99-20 - 18/04/2020 17:43

1/1

Prontícia: **DRACIELSON LOUREIRO DOS SANTOS**  
Data de Nascimento: 26/11/1982  
Sexo: Masculino  
Endereço: Rua 100, 1000  
Cidade: Rio de Janeiro  
UF: RJ  
Pais: BRASIL/BRASIL

Material: Sangue  
Unidade: mL  
Unidade: mL  
Valores de Referência: Hemoglobina: 12 a 16 mg/dL  
Hemocromatose: 15 a 17 mg/dL

Solicitação: 19332

MATERIAL: Sangue  
UNIDADE: mL  
UNIDADE: mL

Valores de Referência: Hemoglobina: 12 a 16 mg/dL  
Hemocromatose: 15 a 17 mg/dL

Solicitação: 19332

Exames: confiados e liberados digitalmente para:  
AQUILES SALES CRAVEIRO SARMENTO - CRM: 07363

Solicitação: 19332

**CREATININA** 0,8 0,6/1  
Material: Sangue

Valores de Referência:

Homem: 0,70 a 1,30 mg/dL  
Mulher: 0,50 a 1,10 mg/dL

Solicitação: 19332

Exames: confiados e liberados digitalmente para:  
AQUILES SALES CRAVEIRO SARMENTO - CRM: 07363

Solicitação: 19332

MATERIAL: Sangue  
UNIDADE: DE REFERENCIAMENTO (CRM):  
Valores de Referência: 0 a 20 µmol  
Unidade: Microlitros  
CRM: /

0,00 µmol na primeira hora

Solicitação: 19332

Exames: confiados e liberados digitalmente para:  
AQUILES SALES CRAVEIRO SARMENTO - CRM: 07363

Solicitação: 19332

MATERIAL: Sangue  
UNIDADE: C REACTIVA - ESR/ESR 40 0,0 mg/L  
Valores de Referência: Sarcopenia: 0,0 a 0,2 mg/L  
0,00 mg/L

Solicitação: 19332

Aquiles S. C. Sales  
Biomédico  
CRM: 07363

Todos os resultados devem ser comunicados com o prazo maior de 24 horas, para que a interpretação do resultado é sempre relativa.

CRM: 14-128-437/0201-00 - Telefone: (21) 5500-1100 - Telefax: (21) 5500-1100  
e-mail: (21) 5500-1100



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                         |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|--------------|---------------------------------|--|----------------|-----------------------------------------|-----------------------------------|--------------|-------------------------------------------|------------------------------|--|-------------------------------------------|--|
| PACIENTE: RAPHAELSON LOURENCO DOS SANTOS<br>REGISTRO: 5.391/07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DATA: 14/04/2020                                                        |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| DIAGNÓSTICO DE OPERADOR: FRACTURA DE PATELA LATERAL DO FEMUR + OSTEONAVTESE DE CONDUTO LATERAL DO FEMUR + OSTEOLISSESE DE PATELA DIREITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DATA: 14/04/2020                                                        |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| CRUZADA (A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DR. G. ALBERT RABELO                                                    |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| AUXILIAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DR. PHILIPPE BARRETO, DR. MARCO FERREIRA VIEIRA E DR. RAPHAEL RODRIGUES |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| ANESTESIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DR. ANDRÉA                                                              |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| ANESTESIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R. QUADRAVENTESSE + SEDATIVA                                            |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| INSTRUMENTADOR(A)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | REGIANO                                                                 |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | AMENIZO                                                                 |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| TIPO DE CIRURGIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                         |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| (X) CIRURGIA LIMPA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA POTENCIALMENTE CONTAMINADA |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| ( ) CIRURGIA CONTAMINADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> CIRURGIA INFECTADA                             |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| INFECÇÃO PRESENTE A ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| <table border="1"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> VIAS AERIAS</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td>( ) URINÁRIA</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) SUPERIORES</td> <td><input type="checkbox"/> CARDIOPULMONAR</td> <td><input type="checkbox"/> OCULAREA</td> </tr> <tr> <td>( ) PULMONAR</td> <td><input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL</td> <td><input type="checkbox"/> ISS</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> OSTEOFIMOSICULAR</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> VIAS AERIAS | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | ( ) URINÁRIA | <input type="checkbox"/> OUTRAS |  | ( ) SUPERIORES | <input type="checkbox"/> CARDIOPULMONAR | <input type="checkbox"/> OCULAREA | ( ) PULMONAR | <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL | <input type="checkbox"/> ISS |  | <input type="checkbox"/> OSTEOFIMOSICULAR |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> VIAS AERIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> SIM                                 | <input type="checkbox"/> NÃO                    |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| ( ) URINÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> OUTRAS                                         |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| ( ) SUPERIORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> CARDIOPULMONAR                                 | <input type="checkbox"/> OCULAREA               |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| ( ) PULMONAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL                               | <input type="checkbox"/> ISS                    |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> OSTEOFIMOSICULAR                               |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| <p>1. PACIENTE EM POSIÇÃO DORSAL HORIZONTAL, SOB RACHA ANESTÉSICA + SELECAÇÃO<br/>2. RETIRADA DE FÍGAS DÓBLES EXTRÍNUAS TRANSARTICULARES EM MID<br/>3. ANESTESIA - ASSÉPSIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO<br/>4. COLETAÇÃO DE CAMPUS CIRÚRGICOS ESTERILES<br/>5. INERIBA LATERAL EM CONEXÃO DE INCISÃO DA FASCIA LATA, DIVULSAO DO VASTO LATERAL.<br/>6. RIDIBUCAO CLEFIRADA DO TOCO DE FRACTURA<br/>8. FTOUSADO DA PLATEIRA COM PLACA DOPS LARGA 14 TUBOS E PARAFUSOS COBERTOS<br/>9. RETIRADA DA CRISTA TILLAICA DIREITA<br/>10. COLOCAÇÃO DE ENXERITO OSSSEO EM FALHA OSSSEADA FEMUR DIREITO<br/>11. CONTRAMAGIAÇÃO RADIOSCOPIA<br/>12. LIMPEZA COM SORVETE RADIOSCOPIA<br/>13. SUTURA POR MILANOS<br/>14. INCISÃO 10x27 MM OJO DE BODE<br/>15. DESBROZAMENTO PES PIANO<br/>16. RETIRADA DA PLATEIRA DE FORMA CLEFIRADA COM PERDA OSSSEIA IMPORTANTE POR COMUNICAÇÃO DE<br/>PATELA<br/>17. PASMAQUIM DE PROTECO APLICADO EM FORMA DE AMARRILHA CIRÚRGICO<br/>18. LIMPEZA COM BORDO FISIOLÓGICO<br/>19. OBSERVADA FRATURA EM CONDUTO LATERAL DO FEMUR DIREITO<br/>20. REAFLADA REDONDA DE FITAÇÃO DO FRAGMENTO CONDUZIR COM PARAFUSOS EROVOSOS COM<br/>ABRILAS<br/>21. COAGULADA COM RADIOSCOPIA<br/>22. SUTURA POR MILANOS<br/>23. CURATIVO ESTERIL<br/>24. FIM DO PROCEDIMENTO</p> |                                                                         |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |
| <p>Hospital Regional de Lagoa<br/>Av. da Brasília S/N - Lagoa/SF<br/>Tel: (79) 3632-1541</p> <p>Med. Freire Vieira<br/>CRM-SE 1452<br/>CRM-SE 1452<br/>DR. FREIRE VIEIRA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                         |                                                 |                                         |                              |              |                                 |  |                |                                         |                                   |              |                                           |                              |  |                                           |  |



## Termo de Consentimento Esclarecido para Anestesia

Nome do paciente:  
data de Nascimento:

Autentico a realização do procedimento anestesico atuado no procedimento proposto:

Proposta:  
realizar meu procedimento  ou necessaria  
Tenho ciencia que o anestesiologista que realizou consulta pré-anestesia  ou avaliação pré-anestesia  
não sera, necessariamente, o mesmo a realizar a anestesia para o procedimento proposto  
Declaro que fui previamente e adequadamente informado(a) sobre o procedimento anestesico a que serrei submetido, quanto às indicações, riscos, potenciais complicações e/ou efeitos adversos e imateriais, bem como, sobre possíveis efeitos anestesicos adversos. Na ocasião de aplicação desse termo, tive a oportunidade de esclarecer todas as permissões e liberdades existentes, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que a mesma não é uma clínica exata e que não há garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

Autorizo, ainda, a realização de outras procedimentos, exames, tratamentos e/ou cirurgias incluindo a transfusão de sangue e hematoderivados, em situações imprevisíveis que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes das habitualmente propostas.

Declaro que posso sair desse consentimento, respondi ao médico anestesiologista sobre todas as informações que serrei submetido(a) no Hospital Universitário de Líderes (HUL)

Deve ser preenchido pelo paciente em momento futuro após análise e reflexão:

Confirmo que recebi explicação(s), compreendi e concordei com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular qualquer espaço em branco, para degraus ou traçuras com as quais não concordei.

Paciente: Paulo Henrique Santos  
Data de Assinatura: 01.02.2012  
Grau de parentesco: filho  
Motivo de não aplicação do termo ao paciente:

RG: 1.821.465-5  
Assinatura: Paulo Henrique Santos  
Hora da Assinatura: 09:30  
Testemunhas:

Deve ser preenchido pelo médico

Declaro que informei ao próprio paciente e/ou responsável todo o procedimento anestesico e que o(a) paciente acima referido(a) estava informado, sobre indicação, benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelo(a) mesmo(s). De acordo com o meu entendimento, o (a) paciente e/ou responsável está  Não foi possível obter consentimento para se tratar de emergência

Nome do médico: CRM  
Assinatura:

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS  
Nº amostra: 79872 Origem: CENTRO CIRÚRGICO  
ID paciente: 019937 Médico:

|             | Referência:                     | Homes          | Mulher        |
|-------------|---------------------------------|----------------|---------------|
| Hemácias    | 3.69 [ $10^{12}/\mu\text{L}$ ]  | (4.3 - 6.0)    | (3.9 - 5.3)   |
| Hemoglobina | 12.4 [g/dL]                     | (13.6 - 17.8)  | (12.0 - 16.0) |
| Hematócrito | 32.9 [%]                        | (41.0 - 54.0)  | (36.0 - 48.0) |
| VGM         | 88.2 [fL]                       | (88.0 - 100.0) |               |
| HCM         | 16.9 [Pg]                       | (27.0 - 33.0)  |               |
| CHCM        | 34.7 [g/dL]                     | (32.0 - 36.0)  |               |
| RDW-SD      | 39.0 [fL]                       | (37.0 - 54.0)  |               |
| RDW-CV      | 11.8 [%]                        | (11.0 - 14.0)  |               |
| PLAQUETAS   | 130 [ $10^{11}/\mu\text{L}$ ]   | (140 - 400)    |               |
| VPM         | 11.2 [fL]                       | (9.0 - 13.0)   |               |
| Neutrófilos | 18.86 [ $10^{12}/\mu\text{L}$ ] | (3.60 - 11.00) |               |
| NEUTRO      | 8.76+ [ $10^{12}/\mu\text{L}$ ] | (8000 - 66000) |               |
| LINFO.      | 1.52 [ $10^{12}/\mu\text{L}$ ]  | (1100 - 4400)  |               |
| MONO        | 0.71+ [ $10^{12}/\mu\text{L}$ ] | (150 - 1000)   |               |
| EOSINO      | 0.01 [ $10^{12}/\mu\text{L}$ ]  | (0 - 400)      |               |
| BAZO        | 0.03 [ $10^{12}/\mu\text{L}$ ]  | (0 - 200)      |               |
| IG          | 0.03 [ $10^{12}/\mu\text{L}$ ]  | (0 - 200)      |               |
| NEUTRO      | 88.6+ [%]                       | (36.0 - 66.0)  |               |
| LINFO.      | 12.2 - [%]                      | (22.0 - 44.0)  |               |
| MONO        | 0.5 [%]                         | (3.0 - 10.0)   |               |
| EOSINO      | 0.1 [%]                         | (1.0 - 4.0)    |               |
| BAZO        | 0.3 [%]                         | (0.0 - 1.0)    |               |
| IG          | 0.3 [%]                         |                |               |

WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

Thrombocytopenia

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente,  
sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa

CNPJ: 15.126.437/0033-69

00-20 02/04/2020 20:28

1/1

# Hospital Universitário Lagarto

M-L: 200  
09/04/2020 17:44:27

IRADIELSON LOURENCO DOS SANTOS  
Nº amostra 79218  
ID paciente 819637

Nasc.: 26/11/1985 Sexo: Masculino  
Origem: CENTRO CIRURGICO  
Médico:

Apelido: XN-L

## Referência:

|             |       |                        |                |
|-------------|-------|------------------------|----------------|
| Hemácias    | 3.08  | [10 <sup>12</sup> /uL] |                |
| Hemoglobina | 9.3   | [g/dL]                 |                |
| Hematócrito | 27.6  | [%]                    |                |
| VCM         | 92.0  | [fL]                   | (88.0 - 100.0) |
| HCM         | 31.0  | [pg]                   | (27.0 - 33.0)  |
| CHCM        | 33.7  | [g/dL]                 | (32.0 - 36.0)  |
| RDW-SD      | 44.3  | [fL]                   | (37.0 - 54.0)  |
| RDW-CV      | 13.6  | [%]                    | (11.0 - 14.0)  |
| PLAQUETAS   | 387   | [10 <sup>3</sup> /uL]  | (100 - 400)    |
| W           | 18.1  | [fL]                   | (9.0 - 13.0)   |
| Leucócitos  | 10.42 | [10 <sup>3</sup> /uL]  | (3.00 - 11.00) |
| NEUTRO      | 6.46  | [10 <sup>3</sup> /uL]  | (1800 - 5600)  |
| LINFO.      | 2.35  | [10 <sup>3</sup> /uL]  | (1100 - 4400)  |
| MONO        | 1.12  | [10 <sup>3</sup> /uL]  | (150 - 1000)   |
| EOSINO      | 0.27  | [10 <sup>3</sup> /uL]  | (50 - 400)     |
| BASO        | 0.05  | [10 <sup>3</sup> /uL]  | (0 - 200)      |
| IG          | 0.17  | [10 <sup>3</sup> /uL]  | (0 - 200)      |
| NEUTRO      | 62.0  | [%]                    | (36.0 - 66.0)  |
| LINFO.      | 22.6  | [%]                    | (22.0 - 44.0)  |
| MONO        | 18.7  | [%]                    | (3.0 - 10.0)   |
| EOSINO      | 2.6   | [%]                    | (1.0 - 4.0)    |
| BASO        | 0.5   | [%]                    | (0.0 - 1.0)    |
| IG          | 1.6   | [%]                    | (0.0 - 1.0)    |

## Homem

(4.3 - 6.0)  
(13.6 - 17.8)  
(41.0 - 54.0)

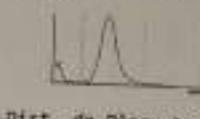
## Mulher

(3.9 - 5.3)  
(12.0 - 16.0)  
(36.0 - 48.0)

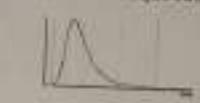
Dist. de Leucócitos



DIST. DE HEMÁCIAS



Dist. de Plaquetas



WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.

CNPJ: 15.126.437/0031-69

08-20 09/04/2020 17:44

1/1

| <br><b>LABORATÓRIO<br/>LABORATÓRIO<br/>LABORATÓRIO</b>                                                                                                                                                                                |  | UNIDADE DE ELETROFÍSICO E RAY DE TIGREZ<br>Responsável: Técnico: Técnico de Físico-Médico: CRM/CE: 00<br>UNIDADE DE ANALISES CLÍNICAS                                                                                                                        |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Paciente:</b> FRANCISCO GOMES DO NASCIMENTO<br>DATA DE NASCIMENTO: 20/11/1985<br>Nro. Identificação: 154795<br>Unidade de Saúde: PRF/04/27038<br>DRT/1: RICARDO DANTAS TORRECA, JURIST                                                                                                                            |  | <b>Setor:</b> ELETROFÍSICO<br>Profissional: 1001000177<br>Contabilista: 0000<br>Data de sub: 10/04/2010 10:00                                                                                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Página 1                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <b>COAGULOGRAMA (PARCIAL)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Solicitação: 79210                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>COAGULOGRAMA</b><br>TEMPO DE COAGULAÇÃO (TCA): 11,00 min.<br>TEMPO DE PROTROMBINA (TP): 8,00 min.<br>TEMPO DE RHEOMODULINA (TRM): 14,0 sec<br>ATIVIDADE (AT): 74 %<br>DTR: 1,43<br>TEMPO DE TRIMODIFLAZINA PARCIAL ATIVADA (TTA): 17,1 sec<br>PLAQUETAS: 287000 / $\mu$ m <sup>3</sup>                            |  | Valores de Referência: 7 a 9 min<br>Valores de Referência: 8 a 10 min<br>Valores de Referência: 11 a 17 sec<br>Valores de Referência: 50 a 100 %<br>Valores de Referência: 1,00<br>Valores de Referência: 28 a 47 sec<br>Valores de Referência: 120 a 400000 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Arquivado digitalmente: 05/04/2010 17:45 liberado em: 05/04/2010 18:11                                                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <i>Exames conferidos e liberados digitalmente por:<br/>JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO - CRMF: 0074-38</i>                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Solicitação: 79210                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Referência: 0074-38<br>Unidade: Exames de Coagulação<br>Valores de Referência: 7 a 9 min<br>Valores de Referência: 8 a 10 min<br>Valores de Referência: 11 a 17 sec<br>Valores de Referência: 50 a 100 %<br>Valores de Referência: 1,00<br>Valores de Referência: 28 a 47 sec<br>Valores de Referência: 120 a 400000 |  |                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Arquivado digitalmente: 05/04/2010 17:45 liberado em: 05/04/2010 18:11                                                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <i>Exames conferidos e liberados digitalmente por:<br/>JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO - CRMF: 0074-38</i>                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Solicitação: 79210                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>CATINHA:</b> 1,00 mg/dL<br>Unidade: Clorídico                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Valores de Referência:<br>Pómens: 0,70 a 1,20 mg/dL<br>Mulheres: 0,80 a 1,10 mg/dL                                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Arquivado digitalmente: 05/04/2010 17:45 liberado em: 05/04/2010 18:11                                                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <i>Exames conferidos e liberados digitalmente por:<br/>JUSSARA LEITE DO NASCIMENTO - CRMF: 0074-38</i>                                                                                                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Solicitação: 79210                                                                                                                                                                                                                                           |  |

*"Todo teste laboratorial deve ser interpretado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa."*

CRMF: 15.126.637/0015-88 - Telefone: (55) 3191-1000 - Telefax: 3191-1000 - Celular: 3191-1000  
 email: null - nome@agep.mt.gov.br



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA CIRURGIA GERAL E  
ESPECIALIDADES CIRÚRGICAS

O presente Termo de Consentimento tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos (benefícios, riscos, complicações) 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 Universitário de Lagarto.

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO PROPOSTO:

COMPlicações POSSÍVEIS DO PROCEDIMENTO

1. Risco de hemorragia com necessidade de transfusão;
2. Infecção;
3. Insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica pós-operatória;
4. Óbito;
5. Outras complicações inerentes ao procedimento;

Dados do Paciente:

|                   |                               |                  |            |
|-------------------|-------------------------------|------------------|------------|
| Nome do paciente: | Isabeline Lorraine dos Santos | Data nascimento: | 26/11/1985 |
|-------------------|-------------------------------|------------------|------------|

Nome da mãe:

CPF:

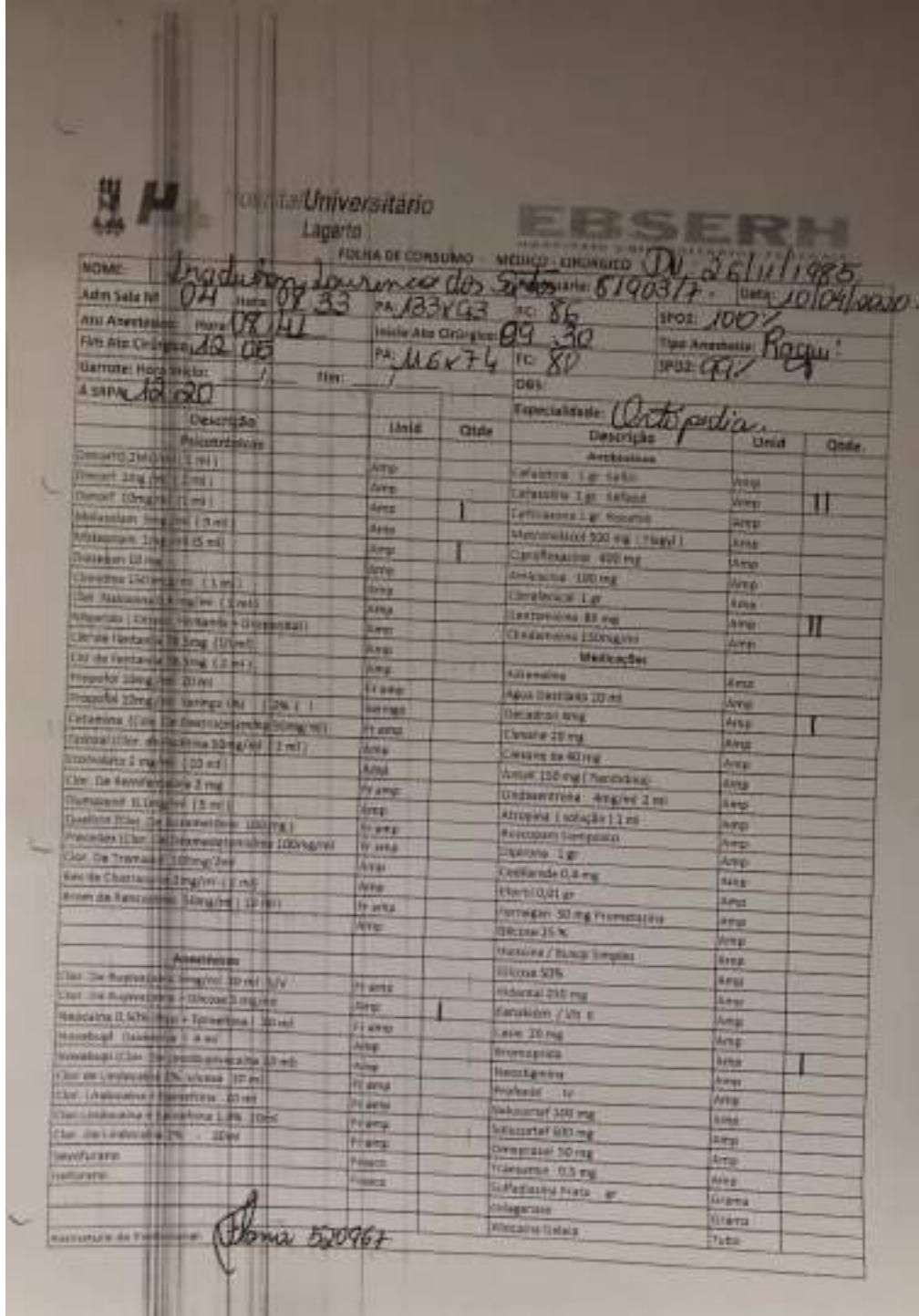
Identificação do Responsável: (No caso de pacientes menores de idade, incapacitado por discernimento ou que, conforme a evolução do quadro clínico, vier a ficar incapacitado)

Nome do responsável:

|                           |
|---------------------------|
| Isabeline Rosa dos Santos |
| CPF: 004-938.888-75       |

Eu, acima identificado, na condição de paciente do Hospital, ou de responsável legal, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que:

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e/ou diagnósticos referentes ao meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico destrin acima.



## CHECK LIST DE CIRURGIA SEGURA

| Identificação do Paciente                                                                                                                                                                                     |                           | 09.005VD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>José Geraldo Lôbo de Souza</u>                                                                                                                                                                       | Prontuário: <u>819037</u> | Unidade:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Data de Nascimento: <u>26/11/1925</u>                                                                                                                                                                         | RG: <u>156203</u>         | Data: <u>30/04/2012</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Admissão no Centro Cirúrgico                                                                                                                                                                                  |                           | Antes da Indução Anestésica - Check list                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Identificação do paciente (uso de sinônimo)<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                           |                           | Confirmação sobre o paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Prontuário completo:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                  |                           | Identificação do paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Sítio cirúrgico demarcado:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica                                                                                                  |                           | Local da cirurgia e seu resultado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Consentimento e anestesia anestésica:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                 |                           | Procedimento a ser realizado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Consentimento cirúrgico:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                              |                           | Sítio cirúrgico demarcado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Consentimento transfusional:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica                                                                   |                           | Termo de Consentimento assinado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Tricostomia:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                          |                           | Lateralização: <input checked="" type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda <input type="checkbox"/> Bilateral <input type="checkbox"/> Não se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Exames:<br><input checked="" type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia<br><input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>ECG</u>                        |                           | Montagem da sala operatória, de acordo com o procedimento programado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Existem próteses e alienígenas:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                       |                           | Revisão dos equipamentos de anestesia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Exames:<br><input checked="" type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia<br><input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>ECG</u>                        |                           | Matrizes de vias aéreas dispositivas e funcionantes:<br><input checked="" type="checkbox"/> Laringoscópio e lâmina <input type="checkbox"/> Máscara de O2<br><input checked="" type="checkbox"/> Fio guia <input type="checkbox"/> Ambu <input type="checkbox"/> Alivador<br><input type="checkbox"/> Válvula <input type="checkbox"/> Câmara endotraqueal <input type="checkbox"/> Oxímetro de pulso no paciente e seu funcionamento <input type="checkbox"/> Bragues |
| Pode haver risco de perda sanguínea maior que 500ml ou mais de 3ml/kg em crianças?<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                    |                           | Risco de perda sanguínea maior que 500ml ou mais de 3ml/kg em crianças?<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Exames:<br><input checked="" type="checkbox"/> Laboratorial <input type="checkbox"/> Imagem <input type="checkbox"/> Biópsia<br><input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>ECG</u>                        |                           | Reserva sanguínea: <u>2 bolsas de CT.</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Existem próteses e alienígenas:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                       |                           | Accesso venoso adequado e pêrvio?<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Tipo de precaução:<br><input checked="" type="checkbox"/> Fármaco <input type="checkbox"/> Coagulante <input type="checkbox"/> Glicose<br><input type="checkbox"/> Reverso <input type="checkbox"/> Anticoag. |                           | Tipo de acesso venoso:<br><input checked="" type="checkbox"/> AVF <input type="checkbox"/> AVC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                               |                           | Alergia medicamentosa:<br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não. Se sim, qual(s) medicamento(s)?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Em caso de alergia, retirar o medicamento da sala.                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## CONTROLE DE RASTREABILIDADE

FACIENTE: Isagulson, Annaice dos Santos DATA: 10/04/2020.  
ORURGÃO: Gláuber + Fabio - FRONTUÁRIO: 0.16/411975  
PROCEDIMENTO: Fratura de fíbula e patela D CIRCULANTE/COREN: Elaine 500967

| EBSERH                                                                                                       |  | MATERIAL ESTERILIZADO |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|--|
| Descrição do material:<br>Total de peças: <u>09</u> Lote: <u>6</u>                                           |  |                       |  |
| Data de Preparação: <u>08/04/20</u> Data de Validade: <u>15/05/20</u> Data de Emissão: <u>08/04/20</u>       |  |                       |  |
| Responsável (Ass. e COT/IN): <u>Gláuber</u>                                                                  |  |                       |  |
| EBSERH                                                                                                       |  | MATERIAL ESTERILIZADO |  |
| Descrição do material:<br>Total de peças: <u>09</u> Lote: <u>6</u>                                           |  |                       |  |
| Data de Preparação: <u>08/04/20</u> Data de Validade: <u>15/05/20</u> Data de Emissão: <u>08/04/20</u>       |  |                       |  |
| Responsável (Ass. e COT/IN): <u>Gláuber</u>                                                                  |  |                       |  |
| EBSERH                                                                                                       |  | MATERIAL ESTERILIZADO |  |
| Descrição do material:<br>Total de peças: <u>33</u> Lote: <u>11</u>                                          |  |                       |  |
| Data de Preparação: <u>10/04/20</u> Data de Validade: <u>15/05/20</u> Data de Emissão: <u>10/04/20</u>       |  |                       |  |
| Responsável (Ass. e COT/IN): <u>Gláuber</u>                                                                  |  |                       |  |
| EBSERH                                                                                                       |  | MATERIAL ESTERILIZADO |  |
| Descrição do material:<br>Total de peças: <u>01</u> Lote: <u>11</u>                                          |  |                       |  |
| Data de Preparação: <u>01/04/2020</u> Data de Validade: <u>15/05/2020</u> Data de Emissão: <u>01/04/2020</u> |  |                       |  |
| Responsável (Ass. e COT/IN): <u>Gláuber</u>                                                                  |  |                       |  |





## FORMA DE SAÍDA DE REFLUENTES/ANESTÉSICA (S00A)

Nome: *Juliano Lameiro dos Souto*  
 Data de Nasc: *22/11/1984*  
 Pts-Operatório:  Sim  Não

Admutor:  Sim  Não

Data: *22/02/2010*

Procedimento:  Angio-mielo

Tipo de anest:  Geral

Lugar: *UFSCar*

Tempo de anest:  Sim  Não

En uso des:  Sim  Não

Dirigio:

Tráqueia/broncos:

Suplementação de O2:

Cateter Venoso Central:

Horário:  00h  06h  12h  18h

Informar local de anestesia: nos anestesias que sejam submetidas a anestesias regionais (fármacos ou anestesia Paralítica) para estabelecer os níveis de anestesia, anestesia e intensidade da toxicidade da anestesia e analgésicos.

## Escala de Remoção:

0 - Sem bloco e motor

1 - Pode relaxar o zôncio e mover o pé, mas não levanta a perna

2 - Pode mover apenas o pé.

3 - Não pode mover o pé ou a perna

4 - Nada

Intervenções Aliviadoras: Crise/Agitação/Início de Morte

## Prescrições Médicas para SRAA:

atividade muscular

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                                                                                                                   |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| PACIENTE: IRADILSON LOURINCO DOS SANTOS<br>REGISTRO: 819037                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         | DATA: 03/04/2010                                                                                                                  |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         | N.º ADE: 33-4                                                                                                                     |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| CIRURGIA REALIZADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         | LEITO:                                                                                                                            |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| CIRURGIA (A) <input checked="" type="checkbox"/> REDUÇÃO DE RIFUNTA + FOLHA DE VITERRA<br><input type="checkbox"/> DE FRONTEIRA (P) ASSOS<br><input type="checkbox"/> DE MARCO FERRE TORNO<br><input type="checkbox"/> DE MARCO ANTONIO<br><input type="checkbox"/> RAQUEL MENEZES TAVANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         | <input checked="" type="checkbox"/> PRIMERA<br><input type="checkbox"/> PRIMERA ESEGUE<br><input type="checkbox"/> PRIMERA ESEGUE |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| ANESTESIA<br><input type="checkbox"/> ANESTESIA<br><input type="checkbox"/> INSTRUMENTADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         | <input type="checkbox"/> A<br><input type="checkbox"/> B<br><input type="checkbox"/> C                                            |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         | OPERAÇÃO                                                                                                                          |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| <p><b>TIPO DE CIRURGIA</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA LIMPA<br/><input type="checkbox"/> CIRURGIA LIMPA E CONTAMINADA</p> <p><input type="checkbox"/> CIRURGIA INFECCIONADA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                                                                                                                                   |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| <p><b>INFEÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> VIAS AERIAS</td> <td><input type="checkbox"/> SINUS</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRAS</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> URINÁRIA</td> <td><input type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR</td> <td><input type="checkbox"/> CUTÂNEA</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL</td> <td><input type="checkbox"/> INFECCIONAR</td> <td><input type="checkbox"/> OSTENOMUSCULAR</td> <td><input type="checkbox"/> NÃO</td> <td><input type="checkbox"/> SIM</td> </tr> </table> |                                         |                                                                                                                                   |                              | <input type="checkbox"/> VIAS AERIAS | <input type="checkbox"/> SINUS     | <input type="checkbox"/> OUTRAS      | <input type="checkbox"/> SIM     | <input type="checkbox"/> NÃO        | <input type="checkbox"/> URINÁRIA | <input type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR | <input type="checkbox"/> CUTÂNEA | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL | <input type="checkbox"/> INFECCIONAR | <input type="checkbox"/> OSTENOMUSCULAR | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM |
| <input type="checkbox"/> VIAS AERIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> SINUS          | <input type="checkbox"/> OUTRAS                                                                                                   | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO         |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> URINÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> CARDIOVASCULAR | <input type="checkbox"/> CUTÂNEA                                                                                                  | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM         |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> GASTROINTESTINAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> INFECCIONAR    | <input type="checkbox"/> OSTENOMUSCULAR                                                                                           | <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> SIM         |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| <p><b>TOPOLOGIA DA INFECÇÃO</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> SUPERFÍCIES</td> <td><input type="checkbox"/> CAVITÁRIA</td> <td><input type="checkbox"/> SISTEMÁTICA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TUMORAL</td> <td><input type="checkbox"/> INTESTINAL</td> <td><input type="checkbox"/> VASCULAR</td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |                                                                                                                                   |                              | <input type="checkbox"/> SUPERFÍCIES | <input type="checkbox"/> CAVITÁRIA | <input type="checkbox"/> SISTEMÁTICA | <input type="checkbox"/> TUMORAL | <input type="checkbox"/> INTESTINAL | <input type="checkbox"/> VASCULAR |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> SUPERFÍCIES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> CAVITÁRIA      | <input type="checkbox"/> SISTEMÁTICA                                                                                              |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> TUMORAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> INTESTINAL     | <input type="checkbox"/> VASCULAR                                                                                                 |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |
| <p><b>DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. PACIENTE EM DÍFUBITO DORSAL HORIZONTAL SOB RACQUANESTESIA</li> <li>2. ANESTESIA + ANSÉPSIA</li> <li>3. MONTAGEM DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTERILIS</li> <li>4. LAVAGEM ABUNDANTE DE FERIMENTO COM SORO FISIOLÓGICO</li> <li>5. MONTAGEM DE HODOR EXTERNO SOB REGIÃO LATERAL DE COXA DIREITA</li> <li>6. MONTAGEM DE HODOR EXTERNO SOB REGIÃO ANTERO-LATERAL DE Perna DIREITA</li> <li>7. CONDUÇÃO TRAVENHO A ARTICULAÇÃO DO JOELHO DIREITO</li> <li>8. REVISÃO SOB HADOSCOPIA</li> <li>9. LIMPEZA COM SORO FISIOLÓGICO</li> <li>10. CURATIVO ESTERIL</li> <li>11. FIM DO PROCEDIMENTO</li> </ol> <p><i>Marco Pinto Vieira<br/>Cirurgião Geral<br/>Médico de Trabalho</i></p>     |                                         |                                                                                                                                   |                              |                                      |                                    |                                      |                                  |                                     |                                   |                                         |                                  |                              |                              |                                           |                                      |                                         |                              |                              |

Hospital Regional de Lagarto  
Av. Presidente Dutra, 3000 - Centro  
CEP 59600-000 - Lagarto/SE  
Tel: (79) 3632-4391



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE TOBIAS BARRETO DA COMARCA DE TOBIAS BARRETO**  
**Av. José Davi dos Santos, Bairro Centro, Tobias Barreto/SE, CEP 49300000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202085501232

**DATA:**

14/07/2020

**MOVIMENTO:**

Conclusão

**DESCRIÇÃO:**

</br>{Via Movimentação em Lote nº 202000289}

**LOCALIZAÇÃO:**

Juiz

**PUBLICAÇÃO:**

Não



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE TOBIAS BARRETO DA COMARCA DE TOBIAS BARRETO**  
**Av. José Davi dos Santos, Bairro Centro, Tobias Barreto/SE, CEP 49300000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202085501232

**DATA:**

23/07/2020

**MOVIMENTO:**

Despacho

**DESCRIÇÃO:**

DESPACHO Defiro os benefícios da gratuidade judiciária, pleiteados na inicial, o que o faço com supedâneo no art. 5º, LXXIV da CF e art. 4º da Lei nº 1.060/50. Considerando que a parte requerente dispensa a audiência de conciliação, cite-se o réu, para, querendo, oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, nos termos do art. 344, NCPC. Em havendo apenas contestação, se levantadas preliminares (art. 337, NCPC), manifeste-se a parte autora em 15 (quinze) dias, inclusive acerca de eventual alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo de seu direito, bem como sobre os documentos apresentados (art. 341 e art. 437, NCPC). Se houver juntada de novos documentos com a réplica, vista à parte requerida por 15 (quinze) dias (art. 437, §1º, NCPC). Cumpra-se.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Sim



**Poder Judiciário do Estado de Sergipe  
2ª Vara Cível e Criminal de Tobias Barreto**

**Nº Processo 202085501232 - Número Único: 0002457-06.2020.8.25.0075**

**Autor: Iradielson Lourenço dos Santos**

**Réu: DPVAT SUPERVISAO ANALISE DE SINISTRO**

Movimento: Despacho >> Mero Expediente

**DESPACHO**

1. **Defiro os benefícios da gratuidade judiciária**, pleiteados na inicial, o que o faço com supedâneo no art. 5º, LXXIV da CF e art. 4º da Lei nº 1.060/50.
2. Considerando que a parte requerente dispensa a audiência de conciliação, cite-se o réu, para, querendo, oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, nos termos do art. 344, NCPC.
  1. Em havendo apenas contestação, se levantadas preliminares (art. 337, NCPC), manifeste-se a parte autora em 15 (quinze) dias, inclusive acerca de eventual alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo de seu direito, bem como sobre os documentos apresentados (art. 341 e art. 437, NCPC).
  2. Se houver juntada de novos documentos com a réplica, vista à parte requerida por 15 (quinze) dias (art. 437, §1º, NCPC).
  3. Cumpra-se.



Documento assinado eletronicamente por **ANA MARIA ANDRADE FREIMAN BARROZO, Juiz(a) de 2ª Vara Cível e Criminal de Tobias Barreto, em 23/07/2020, às 20:24:59**, 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](http://www.tjse.jus.br/portal/servicos/judiciais/autenticacao-de-documentos), mediante preenchimento do número de consulta pública **2020001326898-13**.



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**2ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE TOBIAS BARRETO DA COMARCA DE TOBIAS BARRETO**  
**Av. José Davi dos Santos, Bairro Centro, Tobias Barreto/SE, CEP 49300000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202085501232

**DATA:**

27/07/2020

**MOVIMENTO:**

Citação Eletrônica

**DESCRIÇÃO:**

Citação Eletrônica enviada à Empresa Privada - SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. Defiro os benefícios da gratuidade judiciária, pleiteados na inicial, o que o faço com supedâneo no art. 5º, LXXIV da CF e art. 4º da Lei nº 1.060/50. Considerando que a parte requerente dispensa a audiência de conciliação, cite-se o réu, para, querendo, oferecer contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia, nos termos do art. 344, NCPC. Em havendo apenas contestação, se levantadas preliminares (art. 337, NCPC), manifeste-se a parte autora em 15 (quinze) dias, inclusive acerca de eventual alegação de fato impeditivo, modificativo ou extintivo de seu direito, bem como sobre os documentos apresentados (art. 341 e art. 437, NCPC). Se houver juntada de novos documentos com a réplica, vista à parte requerida por 15 (quinze) dias (art. 437, §1º, NCPC). Cumpra-se.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não