

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00143

CONTA: 000000046284-5

Nr. da Autenticação 12A146928F746132

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180411322 **Cidade:** Carira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU 3).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180411322 **Cidade:** Carira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU 3).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CNPJ da Vítima

028.320.505-90

Nome completo da vítima

Wenster Paixão Dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Wenster Paixão Dos Santos		
CPF titular da conta	028.320.505-90	Endereço	Jaraguá
Endereço	Rua Fulgencio M de Almeida	Número	139
Bairro	Centro	Cidade	Jaraguá
Email	marcondulovic@gmail.com	CEP	59.550-000
		Telefone (DDD)	33-9918-9207

Declaro, sob as penas da lei, para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ **RECUSO INFORMAR**

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.001,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (091) ☐ ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

0143

CONTA

46284

5

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

ACÉNCIA

Nome

CONTA

Nome

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

W. So. Valério 14 de 08 de 18

Local e Data

Wenster Paixão Dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

06 SET 2018

RECEBIDO

Ato

SABEMI SEGURADORA S/A
06 SET 2018
RE: 536360
RECEBIDO

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

DATA: 21/05/2018 HORA: 03:48 USUARIO: MIGOMES
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

WENESTER PAIXAO DOS SANTOS
30 ANOS NASC: 15/03/1988
POV MASARADUBA
CASA BAIRRO: Z R
CARIRA
JOAO PAIXAO DOS SANTOS / JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS
O PROPRIO
CARIRA - SE
ACIDENTE MOTOCICLISTICO
NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...: 2.224,01
SEXO...: MASCULIN
NUMERO: 0
UP: SE CEP...: 49550-00
TEL...: 075 996 5135

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

EXAMELENTARES: [X] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

SINTOMAS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 20/05/18

Paciente refere queda de moto.

A: nas arestas perveras D: Glasgow 15, PIER, MMH normal, MSH
B: expansibilidade preservada E: possível fratura de espícula de E
C: escoriações ao longo do corpo antebraço e E.
ES DA ENFERMAGEM: q. diminuição por dor intensa no ombro e E. *Dr. Manoel S. Santos*
Avalia de modo q. exparte. *CRUISE 2008*

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) SRL 500mg EV 5x/dia *04:20*
2) Morfina 10mg oral AD 2x/dia *fract.*
3) Radiografias: ombro, antebraço e punho x E + Tórax PA/P

SAIDA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
[] NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

UNIDADE DE SAUDE: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

Assinatura do Paciente/Responsavel

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Gilberto dos Cruz
Téc. de Exat. Médica
21/05/2018 17:30

Protocolo
25-05-18
6164605

4) Avaliação de Ortopedia.
5) Alta hospitalar

O.E. M280030601

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO 07/2018

Data Autorização: 11/09/2018

Num AII: 281810014647-7

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 07/2018

Especialidade: 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor: M280030601

CRC:

Doc autorizador: 190130126963000

Doc med resp: 206790614650008

Doc diretor clínico: 206790614650008

Doc médico solic: 124301372500007

CNS: 70370818571269-5

CNES: 0002263 - FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

Prontuário: 1039030

Paciente: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

Nacionalidade: 010 - BRASIL

Tipo Doc: Identidade

Doc: 22240110

Data Nasc.: 15/03/1988 Sexo: MASCULINO

Nome da Mãe: JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS

Responsável por: WENESTER PAIXAO DOS SANTOS

RaparCor 03-PARÇA Etnia: 0003 NAO SE APLICA

Telefone: 0719988-88748

Muda Proc.? NÃO

Endereço: CAMPO POV MACARANDUBA 100 Bairro: CENTRO

UF: SE CEP: 43500-300

Município: 260290 - ITABAIANA

Procedimento solicitado: 04.08.01.018-6 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Procedimento principal: 04.08.01.018-5 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR

Diag. principal: 34314 LUXACAO DA ARTICULACAO ACROMIOCLAVICULAR

Diag. secundário:

Causa Obito:

Modalidade: HOSPITALAR

Complementar:

Caráter atendimento: 02 - URGÊNCIA

Data internação: 11/09/2018 Data saída: 18/09/2018 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO

AII Anterior:

AII Posterior:

Liberação SISANH01:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo Previdência:

CBOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Link	Processamento	Documento	CRO	CNES/CNPJ	Apurar Valor de Quid	Causa	Descrição
1	0408010185	980018000832707225151(6)	0133263	0002283	10000135	10000135	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO /
2	0408010185	980016297029895225151(6)	3359948	3359948	1	06/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO /

VALORES DA PREVIA

VALORES ORÇAMENTÁRIOS	Direto		Direto		Rateado		TOTAL
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.08.01-CINTURASCAPULAR	275,44		00,54		71,51		377,49
Total Geral:	275,44		00,54		71,51		377,49

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
V200	PREEXISTENTE	MOTOCICLISTA TRAUM EM COL C/CARRIO PICK-UP OU CAMINHON - CONDUTOR TRAUM EM ACID. 5-TRANSITO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL



"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995, Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente"

Dr. Ana Angélica Pontes
Supl. Médica
CRM 2345
CPF 880.011.140-19
81/07/18

SABEMI SEGURODORA S/A

06 SET 2018

RECEBIDO

 SUS Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		 HOSPITAL CIRURGIA	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES 0002283	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA				4 - CNES 0002283	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA					
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1039330	
5 - NOME DO PACIENTE WENESTER PAIXAO DOS SANTOS				10 - RAÇA/COR 	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 160633589790002				8 - DATA DE NASCIMENTO 15/03/1988	
11 - NOME DA MÃE JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS				9 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL POV OADO MACARANDUBA; RUA B Nº100				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 9 9688-8745/9675-1388	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) POV OADO MACARANDUBA; RUA B Nº100				14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 9 9688-8745/9675-1388	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA CARIRA				17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO SE	
				18 - UF SE	
				19 - CEP 49550-000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS - dor no braço direito - fratura de rádio e ulna - fratura de rádio e ulna - 20 dias					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO fratura de rádio e ulna - 20 dias					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exame Raio X, Radiografia					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de rádio e ulna - 20 dias					
24 - Cód. 10 PRINCIPAL V230					
25 - Cód. 10 SECUNDÁRIO V230					
26 - Cód. 10 CAUSAS ASSOCIADAS 					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fratura de rádio e ulna - 20 dias					
28 - Cód. 10 DO PROCEDIMENTO 040805058					
29 - CLÍNICA ORTOPEDIA					
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGENCIA					
31 - DOCUMENTO () CNS () CPF 385539965F 49					
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Dra. Angélica Brito					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/06/18					
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJECTO					
39 - CNPJ DA SEGURADORA					
40 - CNPJ EMPRESA					
41 - Nº DO BILHETE					
42 - CNH DA EMPRESA					
43 - SÉRIE					
44 - CBO					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - Cód. ORGÃO EMISSOR					
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF					
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 16/06/18					
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dra. Angélica Brito Supervisora Médica CRM 15.308 CPF 198.735 - 20					
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
SABEMI SEGURADORA S/A 2818100146477 06 SET 2018 RECEBIDO					

CHECKLIST ORTOPÉDICO ADMISSIONAL

NOME: Wenester Paixão das SantosIDADE: 30SEXO: M () F ()

LEITO: _____ MATRÍCULA: _____

CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (X)

DATA FRATURA: 21/05/2018DATA INTERNAMENTO: 11/06/2018

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

COLHIDOS: SIM (X) NÃO ()

IMPRESSOS: SIM (X) NÃO ()

RX: 1 PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE ()

SEM QUALIDADE ()

ECG: SIM (X) NÃO ()

ECO: SIM () NÃO ()

PEDIDO: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO (X)

REALIZADO: SIM () NÃO ()

TOMOGRAFIA: SIM () NÃO ()

PEDIDA: SIM () NÃO ()

REALIZADO: SIM () NÃO ()



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DA ENFERMARIA

NOME: _____

IDADE: _____

SEXO: M () F ()

MATRÍCULA: _____

HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()

LEITO: _____

CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

DATA FRATURA: ____/____/____ DATA INTERNAMENTO: ____/____/____

EXAMES LABORATORIAIS: OK () ALTERADO ()

RX: () PELÍCULAS DE BOA QUALIDADE () SEM QUALIDADE ()

ECO: SIM () NÃO () FEITO: NÃO SE APLICA ()

RISCO CIRÚRGICO: SIM () NÃO () SOLICITADO: SIM () NÃO () FEITO

TOMOGRAFIA: SIM () NÃO () FEITO: () NÃO SE APLICA

VAGA DE UTI: SIM () NÃO () SOLICITADA: SIM () NÃO () TEM VAGA

DATA DA CIRURGIA ____/____/____ ORTOPEDISTA: _____



FUNDAÇÃO DE BENEFICIÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA (FBHC)

CHECKLIST ORTOPÉDICO DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: _____ IDADE: () SEXO: M () F ()

LEITO: _____ MATRÍCULA: _____ HAS () DM () NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA ()

DATA FRATURA: ____/____/____ DATA INTERNAMENTO: ____/____/____ CONVÊNIO: SUS () IPES () PLANO ()

EXAMES LABORATORIAIS: () SOLICITADO NOVOS EXAMES LABORATORIAIS: _____

RX: () PELÍCULAS SOLICITADO NOVO RX () ECG: OK () ECO: OK ()

TOMOGRAFIA: OK () NÃO SE APLICA () RISCO CIRÚRGICO: OK () NÃO SE APLICA ()

PRESCRIÇÃO: OK ()

EVOLUÇÃO: OK ()

ATO CIRÚRGICO: OK ()

OPME: OK () NÃO SE APLICA ()

CIRURGIA: SIM () REALIZADA POR DR. _____ NÃO () REALIZADA POR DR.

MOTIVO DA SUSPENSÃO _____

REMARCA PARA: ____/____/____

F.B.H.C- FUNDACAO DE BENEFICENCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
 AV.DESSEMBRADOR MAYNARD, 174 UF:SE CEP:49075-170
 FICHA DE ADMISSÃO HOSPITALAR ATT: Jene

 ATENDIMENTO

laudo preenchido

ACOMODACAO: Enfermaria

DIREITO A ACOMPANHANTE? Sim

DATA: 11/06/2018 10:39:45

LEITO: CIR GEN 004 - Clinica Cirurg

TIPO: Urgência

CONVENIO: SUS INTERMO

PROFISSIONAL: 1631-LEOPOLDO SIMCES BARRETO

 PACIENTE

CARTÃO SUS: 160633589790002

ATENDIMENTO: 1039330

NOME: WINSTER FAIXAO DOS SANTOS

ENDERECO: POV MACARANDUBA ; RUA B

BAIRRO: Centro

CIDADE: Carira

PHONE: 99688-8745/99675-1388

DATA NASC.: 15/03/1988

EST.CIVIL: Solteiro

NOME DO PAI: JOAO PAIXAO DOS SANTOS

NOME DA MAE: JOSEFA PAIXAO DOS SANTOS

Nº: 100

UF: SE

CPF: 499500000

CPF

C2812050590

R.G:

22240110

IDADE: 30

SEXO: Masculino

PROFISSÃO: SOLDADOR

 RESPONSÁVEL:

NOME DO RESPONSÁVEL: o mesmo

ENDERECO:

BAIRRO:

CIDADE:

UF:

 DADOS COMPLEMENTARES:

CID: 843.1-Luxação da articulação acromioclavicular

ORIGEM: Carira

DIAS INTERNAMENTO: 2

PROC.SUS: 040801018-3 Tratamento Cirurgico De Luxacao / Fratura-Luxa

AIH.:

** Anexado o resultado do exame laboratorial.*

[Assinatura]
 Leopoldo Simces Barreto
 Sec. Clínica FHC
 11/06/2018

*Alter 16-06-19
 Kit OK + R X
 [Assinatura]
 Josefa Barreto dos Santos
 11/06/2018*

PACIENTE	Wenderson Paiva dos Santos	DATA	11/08/18
IDADE	35	SEXO	M
DIAGNÓSTICO	Apito	QUARTO	ENFERM.
LEITO	1039330	CE/ENFERM	S25

EVOLUÇÃO

Prof. Dr. L. A. C. (C) Adunka Agre

11/08/18 - Limpado de ferida - Classificação Especial
 Curativo realizado, apressado
 Curativo, não houve

CRM - 2008

13/08/18 - Limpado de ferida - Classificação Especial
 Curativo realizado, apressado
 Curativo, não houve

CRM - 2008

14/08/18 - PO. MEDICADO POR CLASSE DE LIMPEZA
 FARMACOLOGIA 13

CRM - 2008

15/08/18 - P.O. Limpado de ferida
 Curativo, não houve

CRM - 2008

16/08/18 - Limpado de ferida
 Curativo, não houve

CRM - 2008

16/08/18 - Limpado de ferida
 Curativo, não houve

CRM - 2008

NOME: Wanderlei Paixão dos Santos
IDADE: 30 ANOS 24 ANOS 1039330 UNIDADE: El. e geral

1-BIOTIPO: ☐ Capulário ☐ Eutrofia ☐ Ocaso
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso
7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
9-IRVACUNÇÃO: ☐ Sorda ☐ Pétrea ☐ Líquida ☐ Zero
10-ORIENTAÇÃO: ☐ Presente: ☐ horas ☐ vezes

07:20 Rel. paciente se no leito, cubo, lupreco, per. fraco no
28:00 Acorda diu
19:30 tem o fraco de opressão.
16:00 que o do fraco

3-LOCOMOTOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
8-INDICAÇÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
Alterações na urina: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

1-BIOTIPO: ☐ Capulário ☐ Eutrofia ☐ Ocaso
4-CONSCIÊNCIA: ☐ Alerta ☐ Verbal ☐ Doloroso
7-NUTRIÇÃO: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Zero
9-IRVACUNÇÃO: ☐ Sólida ☐ Pastosa ☐ Líquida ☐ Zero
10-ORIENTAÇÃO: ☐ Presente: ☐ horas ☐ vezes

13:00 Paciente em seu leito, cubo, lupreco, acordado, dormindo no momento
14:00 Acordado, verbalizando, recebendo visita médica.
15:00 Paciente acordado
17:30 Paciente acordado
18:00 Paciente acordado, PA 120x80 mmHg, T: 36,5°C

3-LOCOMOTOÇÃO: ☐ Deambula ☐ Deambula com auxílio ☐ Acamado ☐ Impossibilitado
6-LESÃO POR PRESSÃO: ☐ Sim ☐ Não
8-INDICAÇÃO: ☐ Aumentada ☐ Normal ☐ Diminuída ☐ Anoréxico
Alterações na urina: ☐ Dor ☐ Ardor ☐ Dificuldade

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

NOME			
Xenoster Paire de Surtos			
IDADE	LEITO	REGISTRO	UNIDADE
30	e4	639330	Ch. P. claud.

1-TIPO: <input type="checkbox"/> Capivara <input type="checkbox"/> Eutético <input type="checkbox"/> Obeso	2-COMPARAÇÃO: <input type="checkbox"/> Desacomparado <input type="checkbox"/> Fértil <input type="checkbox"/> Profissional	3-LOCOMOÇÃO: <input type="checkbox"/> Desembale <input type="checkbox"/> Desarmada com auxílio: <input type="checkbox"/> Arcaado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4-CONDICIÓN: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirioso	5-ORIENTACIÓN: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Incessível	6-LEÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7-NUTRIÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8-INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anorético	
9-EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Solta <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10-OLHEIRO: Ausente: <input type="checkbox"/> Presente: <input type="checkbox"/> horas	Alterações na urina: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	

07:20 Part. Encerramento no Jantar Colabor. Empregados, seu Prezado
08:00 Aceitam dietas e Zito a partir de amanhã.
10:00 Comencei Reflexões e Realização Espiritual do pe.
12:00 Participação Reflexões e Operações da Boa Boa
para amadurecimento, Segredo Supremacia infernal da Grandeza

ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED
DATE 05-17-2011 BY 60322
UCBAW/STP

1- TIPO: <input type="checkbox"/> Crânio <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Torácico <input type="checkbox"/> Abdominal <input type="checkbox"/> Obeso	2- COMPARTILHA: <input type="checkbox"/> Descompartilhado <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Profissional	3- LOCOMOÇÕES: <input type="checkbox"/> Deambula <input type="checkbox"/> Deambula com auxílio <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Impossibilitado
4- CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Alerta <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Delirioso	5- ORIENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Confuso <input type="checkbox"/> Incompreensível	6- LESÃO POR PRESSÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
7- ALIMENTAÇÃO: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Enteral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Zero	8- INGESTÃO: <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Anoréxico	
9- EVACUAÇÃO: <input type="checkbox"/> Sólida <input type="checkbox"/> Pastosa <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Zero	Alterações nas fezes:	
10- DIARREIA: Ausente: _____ vezes Presente: _____ vezes	Alterações na urina: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Dificuldade	

30-Jul-83	Agosto	Poras	Presença	Votos	LI DOB	LI FAVOR	LI CONTRARIO	AUTORAÇÕES EM VOTO
13.00	Acusante	em seu	pedido	caluro	impulso	acordados	5	quizes
15.00	Requerer	acessar	completo	Aferido	PA	130 x 70 mmHg	FC	85 bpm
17.30	Paralisa	acessoria						
18.00	Honorem	seu	quadro	clínico				
Administrado medicamento de horário								

100-443887-100

