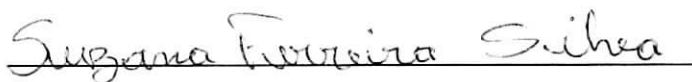


**Stela Maris Vieira Mendes – OAB/AC nº. 2.906**

---

**SUZANA FERREIRA SILVA** brasileira, solteira, do lar, inscrito no CPF sob o nº570.311.182-04e no RG sob o nº150406SSP/AC, residente e domiciliado na Rua Raimunda Djalma da costa QD10A CASA40, nº40 Bairro: Cidade Povo, CEP:69909-270, Rio Branco-Acre, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui suas procuradoras as advogadas **Dra. Stela Maris Vieira Mendes**, brasileira, devidamente inscrita na OAB/AC sob o nº 2906 e Danielle Lima da Silva, Brasileira devidamente Inscrita na OAB/AC sob o nº 5317, a quem confere os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra* para representar o outorgante em juízo ou fora dele, em qualquer foro, instância ou tribunal e em qualquer instituição pública ou privada, nas ações em que for autor, réu, assistente ou oponente ou de qualquer forma interessado, podendo propor e contestar ações, outorgando para tanto os poderes especiais para atuar em todo e qual quer tipo de processo, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir nos termos do CPC, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber alvarás e levantar valores depositados em seu nome, firmar compromisso e substabelecer com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel desempenho do presente mandato.

Rio Branco – Acre, 16 Abril de 2020.



**DECLARAÇÃO**

**SUZANA FERREIRA SILVA** brasileira, solteira, do lar, inscrito no CPF sob o nº570.311.182-04e no RG sob o nº150406SSP/AC, residente e domiciliado na Rua Raimunda Djalma da costa QD10A CASA40, nº40 Bairro: Cidade Povo, CEP:69909-270, Rio Branco- Acre. Para os devidos fins, que não possui condições financeiras de arcar com as despesas, honorários advocatícios e custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme previsão legal contida na lei 1.060/90.

Por ser expressão da verdade firma o presente na forma e termos da lei.

Rio Branco – Acre, 16 Abril de 2020.

Suzana Ferreira Silva



|                                            |  |                                            |  |                                            |  |
|--------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL       |  | 150406                                     |  | 19/11/2009                                 |  |
| SUZANA FERREIRA SILVA                      |  | JME                                        |  | FILIAÇÃO                                   |  |
| MANGEL CÂNDIDO DA SILVA                    |  | ELDA FERREIRA SILVA                        |  | NATURALIDADE                               |  |
| RIO BRANCO - AC                            |  | RIO BRANCO - AC                            |  | DCC ORIENT                                 |  |
| CÉRID NASC 9963 FLS 79-V                   |  | LIV A7                                     |  | DCC ORIENT                                 |  |
| 570.311.182-04                             |  | 2 VIA                                      |  | DCC ORIENT                                 |  |
| DIRETORIA NACIONAL DE REGISTRO E TITULACÃO |  | DIRETORIA NACIONAL DE REGISTRO E TITULACÃO |  | DIRETORIA NACIONAL DE REGISTRO E TITULACÃO |  |
| LEI Nº 7.116 DE 8/08/83                    |  | LEI Nº 7.116 DE 8/08/83                    |  | LEI Nº 7.116 DE 8/08/83                    |  |
| DATA DE NASCIMENTO                         |  | 01/06/1968                                 |  | DATA DE NASCIMENTO                         |  |



Para contato  
ligue para  
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0353237-0

006316596

NOVEMBRO/2019 26/11/2019 54 16,48

SUZANA FERREIRA SILVA  
R RAIMUNDA D'ALMA DA COSTA 363 QD 10A CS 40  
CPF: 00057031-18-04  
GER: 69.409-2/0 - RIO BRANCO

|           |            |
|-----------|------------|
| 290       | 19/11/2019 |
| 236       | 18/10/2019 |
| 1,000     | 18/12/2019 |
| 54        | 18/11/2019 |
| 54 - FCAM | 19/11/2019 |
| NORMAL    | 32         |

RENTED. BA. RENDA MONO W5056473330 1.4.1.1 25

|        |    |                                |                      |       |
|--------|----|--------------------------------|----------------------|-------|
| OUT/19 | 65 | CONSUMO                        | 30 A R\$ 0,205725 // | 6,17  |
| SET/19 | 41 |                                | 24 A R\$ 0,352668 // | 8,46  |
| AGO/19 | 90 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) |                      | 0,70  |
| JUL/19 | 40 | DIFERENCA DE TARIFA            |                      | 17,11 |
| JUN/19 | 34 | SUBVENCAO BAIXA RENDA          |                      | 16,43 |
| MAI/19 | 2  | MULTA POR ATRASO 10/19-00      |                      | 0,38  |
| ABR/19 | 2  | JUROS DE MORA DE IMPO 10/19-00 |                      | 0,09  |
| MAR/19 | 3  | ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -   | 0,13                 |       |
| FEV/19 | 5  | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -  | 0,55                 |       |
| JAN/19 | 18 |                                |                      |       |

RESERVA LIGADO NOS ULTIMOS 5 ANOS. APRESENTE-SE PELA INTER  
NET (WWW.FARNET 13.MIL.BR) DE 01/12/2019 A 31/ 01/2020 OU NA OM  
MAIS PROXIMA, DE 03 A 16/12/2019.

RESERVADO AO FISC

0888.AED6.7E06.C2E3.590.E0C2.79Z6.0AB2

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 11,40   |                 |
| 14,78   |                 |
| 0,34    |                 |
| 3,95    |                 |
| 1,27    |                 |
|         | 0,22            |
|         | 1,05            |
| 0,00    | 0,00            |
| 11,72   | 23,44 46,89     |
| 5,54    | 11,09 2,12 0,05 |
| TAQUARI | 09/2019 5,24    |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 07085390920208010001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590D4.

M-05

MS/DATASUS HOSPITAL DE URGENCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO

No. DO BE: 2682518 DATA: 10/11/2019 HORA: 19:17 USUARIO: ERICO  
CNS: 704601620822425 SETOR: 06-SALA DE GESSO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SUZANA FERREIRA SILVA DOC...: NT  
IDADE.....: 51 ANOS NASC: 01/06/1968 SEXO...: FEMININO  
ENDERECO.....: Q 10 A CASA 40 NUMERO: 40  
COMPLEMENTO...: BAIRRO: CIDADE DO POVO  
MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000  
NOME PAI/MAE...: MANOEL CANDIDO DA SILVA /ELIDA FERREIRA SILVA  
RESPONSAVEL...: A MESMA TEL....: 99612-  
PROCEDENCIA...: UPA-CIDADE DO POVO TRAUMA: NAO  
ATENDIMENTO...: FRATURA  
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA[ X mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[ ]

EXAM.COMPL.[ ] RAIO X[ ] SANGUE[ ] URINA[ ] TC[ ] LIQUOR[ ] ECG[ ] ULTRASSON[ ]

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*For no pulso - pulso @ 25 queda de altura*

OBS. ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]

ESCALA DA DOR: [ SEM DOR ] [ LEVE ] [ MODERAL ] [ INTENSA ]

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

**SAME / HUEB**  
**COPIA**  
**CONFORME ORIGINAL**

DATA DA SAIDA: / / ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IM [ ] ANAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Dr. Vinicius de Almeida Mayas  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/AC 1241

*Dr. Vinicius de Almeida Mayas*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM/AC 1241*  
*Dr. Vinicius de Almeida Mayas*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM/AC 1241*

15 15

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ACRE - SESACRE

51

CMGB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

201

15

15

SUZANA FERREIRA DA SILVA

EVOLUÇÃO

PRESCRIÇÃO

HORARIO

ANOTAÇÕES DE INTERVENÇÃO

DIETOTERAPIA

DIETOTERAPIA 50%

TRATAMENTO DE UMBILICO PROXIMAL

TRATAMENTO DE UMBILICO PROXIMAL

FRATURA DE RADIO DISTAL

3. DIFERENÇA 1GR EV DILUÍDO 6/6H

CD: INTERNACAO

4. TRAMAL 100MG + 100ML SFD 9% EV 8/8H

PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM OMBRO ESQUERDO APOS QUEDA DE ALTURA

5. TRATTE 20MG EV CADA 12/12 HORAS

6. PLASIL 10MG EV DILUÍDO 8/8 HRS S/N

7. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

8. CUIDADOS GERAIS

9. SINAIS VITAIS

AO EXAME APRESENTA DOR E IMPOTENCIA FUNCIONAL EM OMBRO

APRESENTA DOR EM PUNHO ESQUERDO.

SSOLICITO EXAMES PRE OPERATORIOS

Carlo Marcelino S. Jr.  
Cirurgião e Traumatologista  
CRM/AC 2211

SAME / HUEB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

1000 00 00 11/10/2020 09:38  
Suzana Ferreira da Silva  
15 15  
15 15



SAME / HUERB  
CÓPIA ORIGINAL  
CONFORME ORIGINAL



# HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACOES UNIDAS, 700, - BOSQUE - RIO BLANCO CEP. 69908620 Tel.: (91) 3080

CGC - 04.034.526/0002-24

Pa

Paciente...: SUZANA FERREIRA SILVA (EME)  
Requisicao: 19.PC.2.113356  
Num. do BE: 02682518

Idade...: 51Z  
Requis...: 11/11

US. Origem.: HUERB/PS<sup>ccB</sup>  
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Sector.....: SALA DE GESSO

## HEMOGRAMA COMPLETO

### ERITROGRAMA

|                           |       |      |               |                 |
|---------------------------|-------|------|---------------|-----------------|
| hemácias (em milhões):... | 4,51  | mm3  | VR: 4,5 a 5,4 | mm3             |
| hemoglobina:.....         | 12,60 | g/dL | VR: 11 a 14   | M: 12 a 16 g/dL |
| hematocrito:.....         | 37,00 | %    | VR: 37 a 47   | M: 37 a 47      |
| CM:.....                  | 82,70 | fL   | VR: 78 a 98   | fL              |
| CM:.....                  | 28,00 | pg   | VR: 26 a 34   | pg              |
| HCM:.....                 | 33,80 | g/dL | VR: 31 a 36   | g/dL            |

### LEUCOGRAMA

|                              |        |      |                    |      |
|------------------------------|--------|------|--------------------|------|
| leucocitometria Global:..... | 17.700 | /mm3 | VR: 5.000 a 10.000 | /mm3 |
| basófilos:.....              | 0      | %    | VR: 0 a 1          | %    |
| valor Absoluto:.....         | 0      | mm3  |                    |      |
| eosinófilos:.....            | 0      | %    | VR: 2 a 4          | %    |
| valor Absoluto:.....         | 0      | mm3  |                    |      |
| linfócitos:.....             | 0      | %    | VR: 0              | %    |
| valor Absoluto:.....         | 0      | mm3  |                    |      |
| metamielócitos:.....         | 0      | %    | VR: 0 a 1          | %    |
| valor Absoluto:.....         | 0      | %    |                    |      |
| monócitos:.....              | 1      | %    | VR: 0 a 5          | %    |
| valor Absoluto:.....         | 177    | mm3  |                    |      |
| segmentados:.....            | 80     | %    | VR: 54 a 64        | %    |
| valor Absoluto:.....         | 14.160 | mm3  |                    |      |
| imóveis:.....                | 15     | %    | VR: 21 a 35        | %    |
| valor Absoluto:.....         | 2.655  | mm3  |                    |      |
| monócitos:.....              | 4      | %    | VR: 4              | %    |
| valor Absoluto:.....         | 708    | mm3  |                    |      |
| bastões:.....                | 0      | %    | VR: 0              | %    |
| valor Absoluto:.....         | 0      | mm3  |                    |      |
| observacao:.....             |        |      |                    |      |

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/11/19 as 17:08 Coleta: 11/11/19 as 16:15-16:16 Via Impressa: 11/11/19

## COAGULOGRAMA

### Amostra: Sangue

|                           |              |                        |
|---------------------------|--------------|------------------------|
| tempo de Sangramento:...  | 02 MINUTOS   | VR: 1 - 5 minutos      |
| tempo de Coagulacao:..... | 06 MINUTOS   | VR: 2 - 10 minutos     |
| contagem de Plaquetas:... | 393.000 /mm3 | VR: 150 a 400.000 /mm3 |

liberado por: ALEXANDRE PASSOS DA SILVA-CRF RO/AC 41 11/11/19 as 17:08 Coleta: 11/11/19 as 16:15-16:16 Via Impressa: 11/11/19

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Comentário:

Página de

DRBM - Dr. Ricardo Riveros  
N. 249

# HUERB PATOLOGIA CLINICA

AV. NACÇES UNIDAS, 710, - BOSQUE - RTO BRANCO - CEP. 69908-620  
CGC - 04.034.526/0002-24

Tel.: (98) 3080-1111

PEJ

Paciente...: SUZANA FERREIRA SILVA (EME)  
Requisicao: 19.PC.2.112162  
Num. do BE: 02682518

Idade: 12A  
Requis: 15/11/19

US. Origem.: HUERB/PS  
Solicitante: NAO CONSTA

Cons. Regional:

Setor.....: SALA DE GESSO  
HEMOGRAMA COMPLETO

## ERITROGRAMA

|                          |       |      |                                   |
|--------------------------|-------|------|-----------------------------------|
| hemacias (em milhoes)... | 4,67  | /mm3 | VR: H:4,5 a 5 M:4 a 5 milhoes/mm3 |
| hemoglobina:.....        | 13,60 | g/dL | VR: H:13 a 18 M:12 a 16 g/dL      |
| hematocrito: .....       | 39,00 | %    | VR: H:42 a 52 M:37 a 48 %         |
| VCM:.....                | 83,70 | fL   | VR: 78 a 98 fL                    |
| HCM:.....                | 29,20 | pg   | VR: 26 a 34 pg                    |
| CHCM:.....               | 34,90 | g/dL | VR: 31 a 36 g/dL                  |

## LEUCOGRAMA

|                          |        |      |                         |
|--------------------------|--------|------|-------------------------|
| Leucometria Global:..... | 10.200 | /mm3 | VR: 5.000 a 10.000 /mm3 |
| Basofilos:.....          | 0      | %    | VR: 0 a 1 %             |
| Valor Absoluto:.....     | 0      | /mm3 |                         |
| Eosinofilos:.....        | 3      | %    | VR: 2 a 4 %             |
| Valor Absoluto:.....     | 306    | /mm3 |                         |
| Mielocitos:.....         | 0      | %    | VR: 0 %                 |
| Valor Absoluto:.....     | 0      | /mm3 |                         |
| Metamielocitos:.....     | 0      | %    | VR: 0 a 1 %             |
| Valor Absoluto:.....     | 0      | %    |                         |
| Bastoes:.....            | 0      | %    | VR: 0 a 5 %             |
| Valor Absoluto:.....     | 0      | /mm3 |                         |
| Segmentados:.....        | 62     | %    | VR: 54 a 64 %           |
| Valor Absoluto:.....     | 6.324  | /mm3 |                         |
| Linfocitos:.....         | 33     | %    | VR: 21 a 35 %           |
| Valor Absoluto:.....     | 3.366  | /mm3 |                         |
| Monocitos:.....          | 2      | %    | VR: 2 a 8 %             |
| Valor Absoluto:.....     | 204    | /mm3 |                         |
| Blastos:.....            | 0      | %    | VR: 0 %                 |
| Valor Absoluto:.....     | 0      | /mm3 |                         |
| Observacao:.....         |        |      |                         |

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

*Rosemeiry M. R. Silva*  
Guimedes  
CRM 11.418/19

OS VALORES DE REFERENCIA AQUI CITADOS  
SAO PARA PACIENTES ADULTOS.

## COAGULOGRAMA

Amostra: Sangue

|                           |                         |                        |
|---------------------------|-------------------------|------------------------|
| Tempo de Sangramento:.... | 2 minutos e 30 segundos | VR: 1 - 5 minutos      |
| Tempo de Coagulacao:....  | 5 minutos e 30 segundos | VR: 2 - 10 minutos     |
| Contagem de Plaquetas:... | 405.000 /mm3            | VR: 150 a 400.000 /mm3 |

Liberado por: ROSEMEIRY MOREIRA DA SILVA RIVEROS 15/11/19 as 13:47 Coleta: 15/11/19 as 11:40-1a. V2 Ingressa: 15/11/19

HUERB  
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS  
AV. NAÇÕES UNIDAS, 700, BOSQUE - RIO BRANCO/AC

FONE: 3223-3080

\* TESTES COM NOVOS VALORES DE REFERENCIA \*

Paciente: SUZANA FERREIRA

ID paciente:

ID amost: 42

Data nascimento:

Idade:

Cód barra: 2112162

Tipo de amostra: Soro

Sexo: Fem

Data da coleta: 15/11/2019

Depart.: CCB

Hora da coleta:

Diagn.:

Médico:

Comentário:

| Química | Resultado | Unidade | MARC | Interv. ref. |
|---------|-----------|---------|------|--------------|
| GLI     | 71        | mg/dL   |      |              |
| URE     | 30        | mg/dL   |      |              |
| CRE     | 0.9       | mg/dL   |      |              |
| Na      | 133       | mmol/L  |      |              |
| K       | 4.3       | mmol/L  |      |              |
| CL      | 102       | mmol/L  |      |              |

Data/Hora solicitação: 15/11/2019

Data/Hora teste: 15/11/2019

Data/Hora impr.: 15/11/2019 13:17:19

Testador:

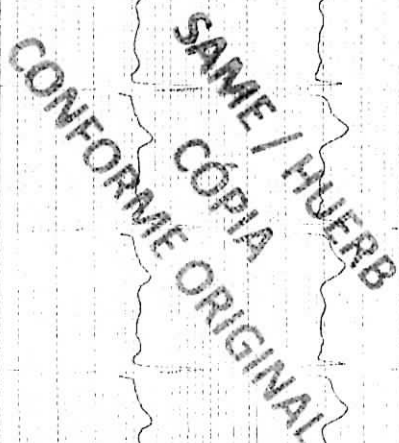
Revisor:

Resultado somente para esta amostra

Página 00

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

2019-11-15 13:17:19  
Biomédico  
Luis Eduardo Klayner



21. 15 16

9 7 18

Governo do Estado do Acre  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

## HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal: *Paciente vítima de queda do próprio altar, evoluindo com dor intensa em membros superiores e inferiores.*

História da Doença Atual:

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Diagnóstico Definitivo: *Fratura de Úmero e Rádio (E)*

Motivo da Cobrança: *12*

SAME / HUERB  
CÓPIA  
CONFORME ORIGINAL

- 11-ALTA CURA
- ☒ 12-ALTA MELHORADA
- 13-ALTA INALTERADA
- 14-ALTA PEDIDO
- 15-ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO
- 16-ALTA ADMINISTRATIVA
- 17-ALTA POR INDISCIPLINA
- 18-ALTA POR EVASÃO
- 19-ALTA P/COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL
- 21-PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA
- 22-PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA
- 23-PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL
- 24-POR DOENÇA CRÔNICA
- 25-PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR
- 31-TRANSFERÊNCIA P/ FISIOLÓGICA
- 32-TRANSFERÊNCIA P/ PSQUIATRIA
- 33-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA
- 34-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA
- 35-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA
- 36-TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO
- 37-TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA
- 38-TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO
- 39-TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS
- 41-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 24 HS. DA INTERNAÇÃO
- 42-ÓBITO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 43-ÓBITO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO
- 44-ÓBITO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

- 51-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN
- 52-ÓBITO S/NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN
- 53-ÓBITO S/NECROPSIA APÓS 48 HS DA INTERN
- 54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/NECROPSIA C/PERMAN
- RECÉM-NASCIDO
- 61-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. COMENOS DE
- DA PRIMEIRA CIRURGIA
- 62-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 A 72 HS
- APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 63-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 A 72 HS
- APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 64-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIM DE 72 HS
- APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 65-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
- COM MENOS DE 24 HS
- 66-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
- 24 HS À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 67-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
- 48 HS À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 68-ALTA P/ REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA
- ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA
- 69-ALTA DA PARTURIENTE P/ REOPERAÇÃO C/PERMAN
- RECÉM-NASCIDO
- 71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM
- NASCIDO



## FORMULÁRIO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silva Data de Nascimento: 1/6/1968  
 Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Elido Ferreira Silva

## TRANS-OPERATÓRIO

Sala Operatória: 2 Horário de Entrada: 16:18 hs  
 Cirurgia: Trocar de parede Distal + Trocar Local Anatômico da Cirurgia:

EQUIPE (Cirurgia):  
 Cirurgião: Dr. Jhonis Auxiliar: Aluisio  
 Instrumentador: Alex Perfusionista: -  
 Anestesiologista: Waldyza Circulante: Bruna  
 ANESTESIA: ( ) Local (x) Sedação ( ) Raquideana ( ) Peridural (x) Plexo  
 (x) Geral Venosa ( ) Geral Inalatória

Início da Anestesia: 16:35 hs Início da Cirurgia: 16:58 hs

## SINAIS VITAIS

| ...JRA       | PA            | FC        | SPO2        | TAX      |
|--------------|---------------|-----------|-------------|----------|
| <u>17:10</u> | <u>140x80</u> | <u>88</u> | <u>100%</u> | <u>-</u> |
| <u>17:26</u> | <u>114x69</u> | <u>71</u> | <u>100</u>  | <u>-</u> |

POSICIONAMENTO CIRÚRGICO:  
 (x) Decúbito Dorsal ou Posição Supina ( ) Trendelenburg  
 ( ) Decúbito Ventral ou Posição Prona ( ) Trendelenburg Reversa  
 ( ) Decúbito Lateral Direito ( ) Ginecológica ou Litotômica  
 ( ) Decúbito Lateral Esquerdo ( ) Fowler ( ) Canivete

ACESSO VENOSO: Portanto AVP: (x) Sim ( ) Não Bom fluxo: (x) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

INTUBAÇÃO: Tubo Orotraqueal: (x) Sim ( ) Não Nº do tubo: 7.0 Quantidade:  
 Hora da intubação: 17:10 hs Hora da extubação: 17:44 hs

OXIGENOTERAPIA: Faz uso O2: (x) Sim ( ) Não Litros/Minuto:  
 Hora de início: 17:00 hs Hora de término: : : hs

SONDAS: Faz uso sonda: ( ) Sim (x) Não Qual: Quantidade:  
 Característica:

DRENOS: Faz uso drenos: ( ) Sim (x) Não Qual: Quantidade:  
 Característica:

BISTURI ELÉTRICO: (x) Sim ( ) Não Tipo: (x) Monopolar ( ) Bipolar ( ) Não se aplica  
 Local da Placa Dispersiva:

PORTE DA CIRURGIA POR TEMPO: (x) Porte I (até 2 horas) ( ) Porte II (2 à 4hs) ( ) Porte III (4 à 6hs) ( ) Porte IV (> 6hs)

PEÇA CIRÚRGICA: ( ) Sim (x) Não Qual:

Término da Anestesia: : : hs Término da Cirurgia: 17:34 hs

SAÍDA DA SALA CIRÚRGICA: Encaminhado às: 17:40 hs (x) Maca ( ) Cadeira de Rodas  
 Local: (x) URPA ( ) UTI ( ) Leito ( ) Residência ( ) Outra instituição Hospitalar. Qual:

ANEXOS:  
 (x) Check List de Cirurgia Segura (x) Relatório de Cirurgia  
 (x) Rastreabilidade do Material (x) Ficha Anestésica  
 (x) Controle de Gasto de Material (x) Prescrição Médica  
 ( ) Ficha de Alto Custo ( ) Pedido de Anátomo Patológico ( ) Exames

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Bruna Castro  
 Enfermeira  
 CO-001.325.395

Confere com a Original  
 Hospital Santa Juliana  
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO. HSJ. CC. 001



## FORMULÁRIO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nome da Mãe (se homônimo): \_\_\_\_\_

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
Rua Alverada nº 806 - Bosque

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Código: FO. HSJ. CC . 001



# FORMULÁRIO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silela Data de Nascimento: 01/06/68  
 Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Elda Ferreira Silela

### PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Horário de Entrada na URPA: 17:45 hs Acompanhado por: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: F. de radio dental + F. unieroflexina Anestesia: General + Plaxo  
 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Lúcido ( ) Sonolento ☒ Consciente ( ) Torporoso ( ) Desorientado ( ) Comatoso ( ) Agitado  
 QUEIXAS: ( ) Dor ( ) Êmese ( ) Náuseas ( ) Frio ( ) Dispnéia  
 ( ) Tonturas ( ) Outras. Especificar: \_\_\_\_\_  
 OXIGENOTERAPIA: Faz uso O2: ( ) Sim ☒ Não Litros/Minuto: \_\_\_\_\_  
 Hora de início: \_\_\_\_\_ hs Hora do término: \_\_\_\_\_ hs  
 CURATIVO: Local: MSE Tipo: Oclusivo / Compressão  
 INCONTINÊNCIAS: Hemorragia: ( ) Sim ☒ Não Extremidades: ☒ Aquecidas ( ) Frias ( ) Frias  
 ( ) Cianóticas ☒ Perfundidas  
 Drenos: ( ) Sim ☒ Não Volume Drenado: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_  
 Diurese: ( ) Sim ☒ Não Volume Drenado: \_\_\_\_\_ Aspecto: \_\_\_\_\_

### SINAIS VITAIS

|       | 15min   | 30min  | 45min  | 60min  | 1H e 30min | 2H |
|-------|---------|--------|--------|--------|------------|----|
| PA    | 163x102 | 162x98 | 168x97 | 154x96 |            |    |
| FC    | 58 bpm  | 57 bpm | 56 bpm | 59 bpm |            |    |
| PULSO |         |        |        |        |            |    |
| SPO2  | 99%     | 100%   | 100%   | 100%   |            |    |
| TAX   |         |        |        |        |            |    |

### ESCALA DE DOR



Total: 0

ESCALA VISUAL ANALÓGICA - EVA

### SAÍDA DA URPA

Encaminhado às: 19:00 hs ☒ Maca ( ) Cadeira de Rodas  
 Local: ( ) UTI ☒ Leito ( ) Residência ( ) Outra instituição Hospitalar. Qual: \_\_\_\_\_

### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Confere com a Original  
 Hospital Santa Juliana  
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
 Rua Alvorada nº 806 - Besque

### IMPRESSÃO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

Teófilo  
 (Assinatura)  
 (Carimbo)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado de Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 07085390920208010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590D7.



## FORMULÁRIO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira SilvaData de Nascimento: 03/06/68Data: 29/11/19Nome da Mãe (se homônimo): Elda Ferreira Silva

## ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

| ITEM                                          | ESPECIFICAÇÃO                                                      | NOTA  | 30min | 60min | 90min | 120min |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------|
| ATIVIDADE                                     | Capaz de mover os quatro membros voluntariamente ou sob comando    | 2     |       |       |       |        |
|                                               | Capaz de mover somente dois membros voluntariamente ou sob comando | 1     | 1     | 1     | 1     |        |
|                                               | Incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando         | 0     |       |       |       |        |
| RESPIRAÇÃO                                    | Capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente            | 2     | 2     | 2     | 2     |        |
|                                               | Dispnéia ou limitação da respiração                                | 1     |       |       |       |        |
|                                               | Apnéia                                                             | 0     |       |       |       |        |
| CIRCULAÇÃO                                    | PA em 20% do nível pré-anestésico                                  | 2     | 2     | 2     | 2     |        |
|                                               | PA em 20 – 49% do nível pré-anestésico                             | 1     |       |       |       |        |
|                                               | PA em 50% do nível pré-anestésico                                  | 0     |       |       |       |        |
| CONSCIÊNCIA                                   | Lúcido e orientado em tempo e espaço                               | 2     | 2     | 2     | 2     |        |
|                                               | Desperta, se solicitado                                            | 1     |       |       |       |        |
|                                               | Não responde                                                       | 0     |       |       |       |        |
| SATURAÇÃO DE O2                               | Capaz de manter saturação de O2 > 92% respirando em ar ambiente    | 2     | 2     | 2     | 2     |        |
|                                               | Necessita de O2 suplementar para manter saturação O2 > 90%         | 1     |       |       |       |        |
|                                               | Saturação de O2 < 90% mesmo com O2 suplementar                     | 0     |       |       |       |        |
| OP De 08 a 10 pontos, paciente apto para alta |                                                                    | TOTAL |       |       |       |        |

## DATA E HORÁRIO DE LIBERAÇÃO

29/11/19 19:00 HS

## CARIMBO E ASSINATURA DO ANESTESISTA

## CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO

Márcio Coelho Rodrigues  
CORINTIANO 405.771

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

PS: 150 x 90 mm.  
Gástrico, 41 mm

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 07085390920208010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590D7.

| FORMULÁRIO                                            |                               | CONTROLE DE DÉBITO DE SALA - MATERIAL DE ALTO CUSTO |                                                                 |        |                  |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------|------------------|
| Paciente: <u>Surgono</u>                              | <u>ferreire silveira</u>      | Prontuário: <u>56719-2</u>                          |                                                                 |        |                  |
| Data: <u>29/11/19</u>                                 | Sala Operatória:              | Convênio: <u>Sus</u>                                | Circulante: <u>Bruno</u>                                        |        |                  |
| Cirurgia: <u>Fratura de rádio distal + poliquetom</u> | Cirurgião: <u>D. J. J. J.</u> |                                                     |                                                                 |        |                  |
| Medicamentos                                          | Quant.                        | Código de Barras                                    | Medicamentos                                                    | Quant. | Código de Barras |
| ALBUMINA HUMANA 20% /50ML                             |                               |                                                     | OCTREOTIDA 0,5 MG/1 ML (SANDOSTATIN)                            |        |                  |
| DEXMEDETOMIDINA 200MCG/2ML (PRECEDEX)                 |                               |                                                     | SELANTE DE FIBRINA C/2 ML (TISSEEL)                             |        |                  |
| ERITROPOETINA 4000 UI (EPREX)                         |                               |                                                     | SUGAMADEX 200MG/2 ML (BRIDION)                                  |        |                  |
| ERTAPENEM 1G (INVAZ)                                  |                               |                                                     | SURFACTANTE DE ORIGEM PORCINA 240 MG/3 ML (CUROSURF)            |        |                  |
| FLUCONAZOL 200 MG/ 100 ML BOLSA (ZOLTEC)              |                               |                                                     | TEICOPLANINA 400 MG (TARGOCID)                                  |        |                  |
| FLUMAZENIL 0,5 MG/0,5 ML (LANEXAT)                    |                               |                                                     | TERLIPRESSINA 1 MG/5 ML (GLYPRESSIN)                            |        |                  |
| IMUNOGLOBULINA HUMANA ANTI-RH 300MCG/ 2 ML (MATERGAN) |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| MEROPENEM 2G (MEROMAX)                                |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| Materiais                                             | Quant.                        | Código de Barras                                    | Materiais                                                       | Quant. | Código de Barras |
| AGULHA PERIDURAL N°                                   |                               |                                                     | FIO POLIESTER VERDE 2 C/AG DUPLA 22 MM (ETHIBOND)               |        |                  |
| AGULHA BIÓPSIA QUICK CORE 16 G/20 CM BIOPSY EDLE      |                               |                                                     | FIO POLIESTER VERDE 2 C/AG DUPLA 17 MM (ETHIBOND)               |        |                  |
| CÂNULA BIÓPSIA HEPÁTICA 16X90 MM                      |                               |                                                     | FIO POLIPROPILENO AZUL 7 C/AG DUPLA 9,3 MM (PROLENE)            |        |                  |
| CATETER DUPLO LUMEN 7 FRX20 CM ADULTO                 |                               |                                                     | FIXADOR DE CATETER TEGADERM                                     |        |                  |
| CATETER DUPLO LUMEN 4FRX13 CM PEDIÁTRICO              |                               |                                                     | KIT AGULHA DE PERIDURAL + CATETER DE PERIDURAL N°               |        |                  |
| CATETER DUPLO J RABO DE PORCO 6 FR 22/32 CM           |                               |                                                     | KIT CATETER P/ HEMODIÁLISE N°                                   |        |                  |
| CATETER EMBOLECTOMIA (FOGARTY) N°                     |                               |                                                     | KIT DILATADOR RENAL AMPLATZ                                     |        |                  |
| CATETER TOTALMENTE IMPLANTÁVEL 9 FR                   |                               |                                                     | KIT DRENAGEM PERCUTÂNEA NEFROSTOMIA RABO DE PORCO 14 FR X 30 CM |        |                  |
| CATETER UMBILICAL 2 VIAS 5 FR 40 CM                   |                               |                                                     | KIT NEFROSTOMIA PERCUTÂNEA 14 FR                                |        |                  |
| CATETER UMBILICAL DUPLO LUMEN 3,5 MM                  |                               |                                                     | KIT PARA GASTROSTOMIA ENDOSCÓPICA 20 FR                         |        |                  |
| CATETER URETRAL P/ PIELOGRAFIA 6 FRX70 CM             |                               |                                                     | LIGA CLIP AZUL MÉDIO                                            |        |                  |
| CATETER VENOSO CENTRAL 2 FR/30 CM PEDIÁTRICO          |                               |                                                     | LIGA CLIP VERMELHO PEQUENA                                      |        |                  |
| CATETER VENOSO CENTRAL 4,5 FR/60 CM ADULTO            |                               |                                                     | MANTA P/ INTRAOPERATÓRIO ADULTO                                 |        |                  |
| CPAP NASAL P/ OXIGENIOTERAPIA N°                      |                               |                                                     | MANTA P/ INTRAOPERATÓRIO PEDIÁTRICA                             |        |                  |
| DRENO DE BLAKE 24 FR                                  |                               |                                                     | RESERVATÓRIO JVC 300 ML                                         |        |                  |
| DRENO DE KHER N°                                      |                               |                                                     | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO ENDOTRAQUEAL N°                    |        |                  |
| DIALISADOR HEMOFLUX F8 POLISULFONA                    |                               |                                                     | SISTEMA FECHADO DE ASPIRAÇÃO TRAQUEOSTOMIA N°                   |        |                  |
| DIU MIRENA (LEVONORGESTREL)                           |                               |                                                     | SLING TRANSOBTURATÓRIO HALO OBTRYX II                           |        |                  |
| DIU OPTIMA (COBRE)                                    |                               |                                                     | SONDA DOBBHOFF N°                                               |        |                  |
| EQUIPO ARTROSCOPIA 4 VIAS + CAMISA                    |                               |                                                     | SURGICEL HEMOSTÁTICO 5,5 X 7,5 CM                               |        |                  |
| EQUIPO BOMBA ENTERAL                                  |                               |                                                     | TELA DE MARLEX N°                                               |        |                  |
| EQUIPO BOMBA FOTOSSENSÍ VEL                           |                               |                                                     | TRANSDUTOR DE PRESSÃO C/TORNEIRA                                |        |                  |
| EQUIPO BOMBA SIMPLES                                  |                               |                                                     | TUBO ENDOTRAQUEAL ARAMADO N°                                    |        |                  |
| ESPONJA HEMOSTÁTICO 80X125MM (GELFOAM)                |                               |                                                     | TUBO DE VENTILAÇÃO DE SILICONE 1011 CH SHEPARD                  |        |                  |
| FILTRO BACTERIOLÓGICO ADULTO                          | 1                             | 001350031057                                        | TUBO DE VENTILAÇÃO DE SILICONE 1026 CH APPARELLA                |        |                  |
| FILTRO BACTERIOLÓGICO INFANTIL                        |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| FILTRO PARA LEUCÓCITOS E HEMÁCIAS                     |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| FILTRO PARA LEUCÓCITOS E PLAQUETAS                    |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| FIO DE AÇO 6 C/AG 48 MM CARD (ACIFLEX)                |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| FIO DE MARCAPASSO DE AÇO 26 MM E RETA 90 MM (CARD)    |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| FIO DE KIRSCHNER N°                                   |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| FIO GUIA HIDROFÍLICO                                  |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| FIO NYLON PRETO 8 C/AG DUPLA 6,5 MM OFT (MONONYLON)   |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| FIO POLIDIOXANONA 3 C/AG 2,6 CM (SURGYCRYL)           |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |
| FIO POLIESTER VERDE 5 C/AG 48 MM                      |                               |                                                     |                                                                 |        |                  |



0013500310579

L 837202 30/10/2023

FILTRO BACTERIOLÓGICO GICO C

CRF AC 119

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 07085390920208010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590D7.

**FORMULÁRIO**  
**CONTROLE DE DÉBITO DE SALA**

| <b>Paciente:</b> <u>Suzana Ferreira Alves</u><br><b>Cirurgia:</b> <u>Interno de radio Dental</u><br><b>Cirurgião:</b> <u>Dr. Jhon</u><br><b>Entrada:</b> <u>16:18</u> |        | <b>Anestesiado:</b> <u>V. de L.</u><br><b>Auxiliar:</b> <u>Dr. Almeida</u><br><b>Inic. Anest:</b> <u>16:35</u> |        | <b>Convênio:</b> <u>Sus</u><br><b>Anestesia:</b> <u>Card. + Lenc.</u><br><b>Instrumentador:</b> <u>Dr.</u><br><b>Inic. Cirurg:</b> <u>16:58</u> |        | <b>Data:</b> <u>29/11/2020</u><br><b>Circulante:</b> <u>Brune</u><br><b>Perfusionista:</b><br><b>Tér. Cirurg:</b> <u>17:34</u> |        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| MATERIAIS                                                                                                                                                             | QUANT. | MATERIAIS                                                                                                      | QUANT. | MEDICAMENTOS                                                                                                                                    | QUANT. | MEDICAMENTOS                                                                                                                   | QUANT. |
| ABOCATE Nº 20                                                                                                                                                         | 1      | GAZE ESTÉRIL                                                                                                   | 1      | AC. EPSILON AMINOC. (EPSILON)                                                                                                                   |        | NITROP. SODIO (NIPRIDE)                                                                                                        |        |
| ABSORVENTE                                                                                                                                                            |        | INTRACATH Nº                                                                                                   |        | AC. TRANEX. 250MG (TRANSEMIN)                                                                                                                   |        | NOREPINEFRINA 8MG (NORADRENALINA)                                                                                              |        |
| AGULHA Nº                                                                                                                                                             |        | LÂMINA DE BISTURI Nº 15                                                                                        | 1      | ATROPINA 0,50MG (ATROPION)                                                                                                                      | 1      | OCITOCINA 5UI                                                                                                                  |        |
| AGULHA P/ RAQUI Nº 4x12                                                                                                                                               | 1      | LUVA DE PROCEDIMENTO                                                                                           |        | AZUL DE METILENO 1%                                                                                                                             |        | OMEPAZOL 40MG (OPAZON)                                                                                                         | 1      |
| ALGODÃO ORTOPÉDICO                                                                                                                                                    |        | LUVA ESTÉRIL Nº 8,0                                                                                            | 1      | BICARBON. SÓDIO ( ) ML                                                                                                                          |        | ONDASETRONA 8MG (NAUSEDON)                                                                                                     | 1      |
| APARELHO DE BARBEAR                                                                                                                                                   |        | LUVA ESTÉRIL Nº                                                                                                |        | BUPIVACAÍNA 0,5% S/V 20ML (NEOCAÍNA)                                                                                                            |        | PAPAVERINA 100MG (HYPOVERIN)                                                                                                   |        |
| ATADURA CREPE CM 10                                                                                                                                                   | 1      | MALHA TUBULAR                                                                                                  |        | BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA 0,50% (NEOCAÍNA)                                                                                                          |        | PETIDINA 100MG (DOLANTINA)                                                                                                     |        |
| ATADURA GESSADA CM 15                                                                                                                                                 | 1      | POLIFIX 2 VIAS (MULTIVIA)                                                                                      | 1      | BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% (NEOCAÍNA)                                                                                                              |        | POLIDOCANOL 3% 2ML                                                                                                             |        |
| BOLSA COLOSTOMIA                                                                                                                                                      |        | PULSEIRA MÃE E FILHO AZUL                                                                                      |        | CAPTROPIL 25MG COMP. (CAPOTEN)                                                                                                                  |        | PROPOFOL 200MG (PROPOVAN)                                                                                                      | 1      |
| CÂNULA DE TRAQUEO Nº                                                                                                                                                  |        | PULSEIRA MÃE E FILHO ROSA                                                                                      |        | CEFALOTINA 1G (KEFLIN)                                                                                                                          |        | PROMETAZINA 50MG (FENERGAN)                                                                                                    |        |
| CÂNULA TRAQUEOSTOMIA Nº                                                                                                                                               |        | SERINGA 0,5 ML (P/ INSULINA)                                                                                   |        | CEFAZOLINA 1G (KEFAZOL)                                                                                                                         | 1      | REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)                                                                                                      |        |
| CAPA P/ MICROSCÓPIO                                                                                                                                                   |        | SERINGA 1 ML                                                                                                   |        | CEFTRIAXONA 1G (ROCEFIN)                                                                                                                        |        | ROCURÔNIO 50MG (ROCURON)                                                                                                       | 1      |
| CAPA P/ VÍDEOCIRURGIA                                                                                                                                                 |        | SERINGA 3 ML                                                                                                   | 1      | CETAMINA 500MG (KETALAR)                                                                                                                        |        | ROPIVACAÍNA 200MG (ROPI)                                                                                                       | 1      |
| CATETER EPIDURAL Nº                                                                                                                                                   |        | SERINGA 5 ML                                                                                                   |        | CIPROFLOXACINO 200MG (CIPRO)                                                                                                                    |        | SEVOFLURANO 100MG (VOFLUR)                                                                                                     |        |
| CERA PARA OSSO                                                                                                                                                        |        | SERINGA 10 ML                                                                                                  | 1      | CISATRACÚRIO (CIS) ( ) MG                                                                                                                       |        | SULFATO DE MAGNÉSIO 10ML                                                                                                       |        |
| CLAMP UMBILICAL                                                                                                                                                       |        | SERINGA 20 ML                                                                                                  | 1      | CLONIDINA 150MCG/ML (CLONIDIN)                                                                                                                  |        | TENOXICAN 20MG (TILATIL)                                                                                                       |        |
| COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO 1200ML                                                                                                                                |        | SONDA ASPIRAÇÃO Nº                                                                                             |        | CLORETO DE POTÁSSIO (KCL) ( ) ML                                                                                                                |        | TRAMADOL 100MG (TRAMAL)                                                                                                        |        |
| COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO 2000ML                                                                                                                               |        | SONDA FOLEY Nº                                                                                                 |        | CLORETO DE SÓDIO (NACL) ( ) ML                                                                                                                  |        | VANCOMICINA 500MG (VANCOCIN)                                                                                                   |        |
| COMPRESSA CIRÚRGICA                                                                                                                                                   | 1      | SONDA GÁSTRICA 32 (FOUCHET)                                                                                    |        | DIMENIDRINATO+PIRID+GLIC+FRUT 10ML (DRAMIN B6 DL)                                                                                               |        | TAXAS                                                                                                                          |        |
| CONTOUR TS TIRA P/ GLICEMIA (DEXTRO)                                                                                                                                  |        | SONDA NASOGÁSTRICA Nº                                                                                          | 1      | DEXAMETASONA 10MG (DECADRON)                                                                                                                    | 1      | AR COMPRIMIDO                                                                                                                  |        |
| DISPOSITIVO TRANSFERÊNCIA                                                                                                                                             |        | SONDA URETRAL Nº                                                                                               |        | DIPIRONA 1G (NOVALGINA)                                                                                                                         | 1      | ASPIRADOR                                                                                                                      |        |
| DRENO DE PENROSE Nº                                                                                                                                                   |        | TORNEIRA 3 VIAS                                                                                                |        | DOBUTAMINA 250MG (DOBUTREX)                                                                                                                     |        | BERÇO AQUECIDO                                                                                                                 |        |
| DRENO DE SUÇÃO Nº                                                                                                                                                     |        | TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 4                                                                                         | 1      | EPINEFRINA 1MG (ADRENALINA)                                                                                                                     |        | BISTURI BIPOLAR                                                                                                                |        |
| DRENO DE TÓRAX Nº                                                                                                                                                     |        | SOLUÇÕES                                                                                                       |        | ESCOPI+DIP. (BUSCOPAN COMPOSTO)                                                                                                                 |        | BISTURI MONOPOLAR                                                                                                              | 1      |
| ELETRODO DESCARTÁVEL                                                                                                                                                  | 1      | ÁGUA DESTILADA INJ 10ML                                                                                        | 1      | ETILEFRINA 10MG (EFORTIL)                                                                                                                       |        | BOMBA DE INFUSÃO                                                                                                               |        |
| EQUIPO MACROGOTAS                                                                                                                                                     |        | ÁGUA DESTILADA INJ 500ML                                                                                       |        | ETOMIDATO 20MG (HYPNOMIDATE)                                                                                                                    |        | CAF                                                                                                                            |        |
| EQUIPO TRANSFUSÃO DE SANGUE                                                                                                                                           |        | ÁGUA DESTILADA INJ 1000ML                                                                                      |        | FENTANIL (FENTANEST) ( ) 5ML                                                                                                                    | 1      | CAPNÓGRAFO                                                                                                                     |        |
| ESPARADRAPO                                                                                                                                                           |        | ÁLCOOL 70% 1000ML                                                                                              | 1      | FUROSEMIDA 20MG (LASIX)                                                                                                                         |        | FURADEIRA                                                                                                                      | 1      |
| EXTENSOR 60CM                                                                                                                                                         |        | CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5% 1000ML                                                                              | 1      | GENTAMICINA 80MG (GARAMICINA)                                                                                                                   |        | MICROSCÓPIO                                                                                                                    |        |
| EXTENSOR 120CM                                                                                                                                                        |        | CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1000ML                                                                               | 1      | GLUCONATO DE CÁLCIO 10% 10ML                                                                                                                    |        | MONITOR CARDÍACO                                                                                                               | 1      |
| FAIXA DE SMARCH                                                                                                                                                       |        | IOEXOL 300MG (OMNIPAKE)                                                                                        |        | HEPARINA SODICA 25.000UI (HEPAMAX S)                                                                                                            |        | NITROGÊNIO                                                                                                                     |        |
| FRASCO P/ DRENAGEM TORÁCICA                                                                                                                                           |        | POVIDINE DEGERMANTE 10% 1000ML                                                                                 |        | HIDRALAZINA 20MG (NEPRESOL)                                                                                                                     |        | OXIGÊNIO                                                                                                                       |        |
| FIO ÁCIDO POLIGLICÓLICO (VICRYL) Nº 3-0                                                                                                                               | 1      | POVIDINE TINTURA 10% 1000ML                                                                                    |        | HIDROCORTIZONA 500MG (SOLU-CORTEF)                                                                                                              |        | OXÍMETRO                                                                                                                       | 1      |
| FIO CAT GUT CROMADO Nº                                                                                                                                                |        | POVIDINE TOPICO 10% 1000ML                                                                                     |        | ISOFLURANO 100MG (ISOFORINE)                                                                                                                    |        | RAIO-X                                                                                                                         |        |
| FIO CAT GUT SIMPLES Nº                                                                                                                                                |        | SORB. + MANIT. 2,7+0,54 % 1000ML (PURISOLE)                                                                    |        | ISOSSÓRBIDA (ISORDIL) ( ) MG                                                                                                                    |        | RESPIRADOR                                                                                                                     |        |
| FIO DE CERCLAGEM                                                                                                                                                      |        | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML                                                                                    |        | LIDOCAÍNA 2% 20ML C/V (XYLESTESIN)                                                                                                              | 1      | RPA                                                                                                                            | 1      |
| FIO NYLON PRETO Nº 4-0                                                                                                                                                | 1      | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML                                                                                    |        | LIDOCAÍNA 2% 20ML S/V (XYLESTESIN)                                                                                                              |        | SERRA                                                                                                                          |        |
| FIO POLIDIOXANONA (PDS II) Nº                                                                                                                                         |        | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML                                                                                    | 1      | LIDOCAÍNA 2% GEL 30G (XYLESTESIN)                                                                                                               |        | TOF                                                                                                                            |        |
| FIO POLIESTER ALGODÃO COM AGULHA (POLYCOT) Nº                                                                                                                         |        | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML                                                                                   |        | METILERGOMETRINA 0,2MG (METHERGIN)                                                                                                              |        | com a Original                                                                                                                 |        |
| FIO POLIESTER ALGODÃO SEM AGULHA (POLYCOT) Nº                                                                                                                         |        | SORO GLICOSADO 5% 100ML                                                                                        |        | METOCLOPRAMIDA 10MG (PLASIL)                                                                                                                    |        | Hospital Santa Juliana                                                                                                         |        |
| FIO POLIGLECAPRONE (MONOCRYL) Nº                                                                                                                                      |        | SORO GLICOSADO 5% 250ML                                                                                        |        | METRONIDAZOL 500MG (FLAGYL)                                                                                                                     |        | CNPJ: 00.529.443/0003 - 36                                                                                                     |        |
| FIO POLIPROPILENO (PROLENE DO Nº 0 AO 6) Nº                                                                                                                           |        | SORO GLICOSADO 5% 500 ML                                                                                       |        | MIDAZOLAM (DORMONID) ( ) 3ML                                                                                                                    | 1      | 3ª Alvorada nº 806 - Bosque                                                                                                    |        |
| FITA CARDÍACA                                                                                                                                                         |        | SORO RINGER LACTADO 500 ML                                                                                     | 1      | MISOPROSTOL (PROSTOKS) ( ) MCG                                                                                                                  |        |                                                                                                                                |        |
| FITA MICROPORE                                                                                                                                                        |        |                                                                                                                |        | MORFINA (DIMORF) ( ) MG                                                                                                                         |        |                                                                                                                                |        |
|                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                |        | NALBUFINA 10MG (NUBAIN)                                                                                                                         | 1      |                                                                                                                                |        |
|                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                |        | NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE)                                                                                                                       | 1      |                                                                                                                                |        |
|                                                                                                                                                                       |        |                                                                                                                |        | NITROGLICERINA (TRIDIL)                                                                                                                         |        |                                                                                                                                |        |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 07085390920208010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590D7.

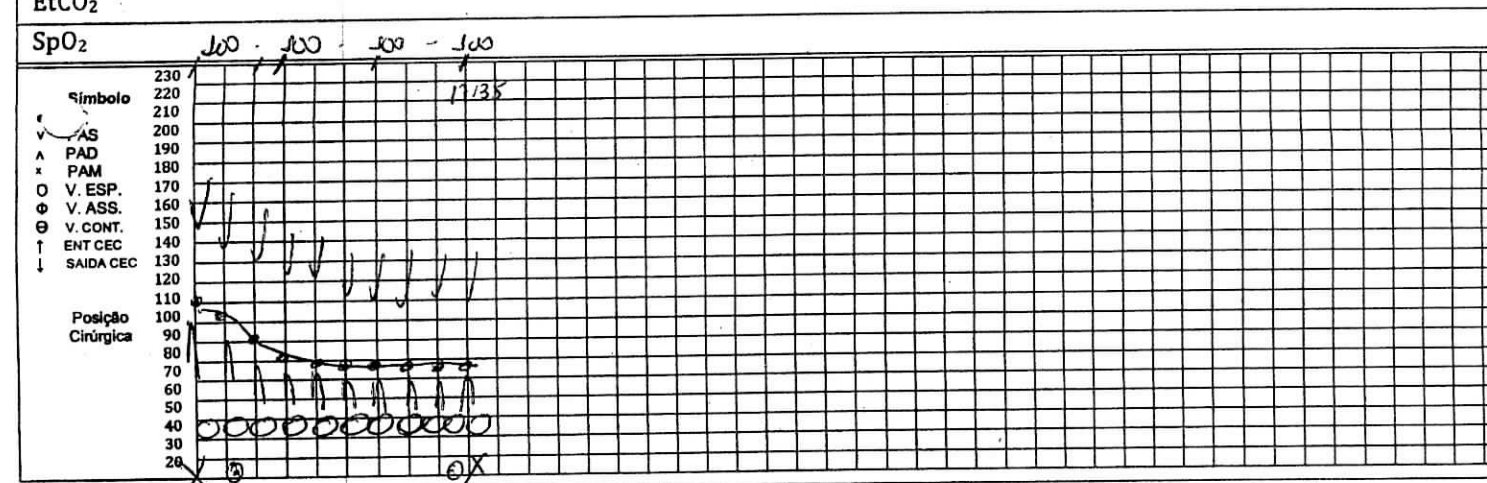
|                                                                                  |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|  | HOSPITAL SANTA JULIANA |
|                                                                                  | BOLETIM DE ANESTESIA   |

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |          |                                  |                   |            |       |          |           |          |                                  |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------------------|-------------------|------------|-------|----------|-----------|----------|----------------------------------|-------------------|
| Nome: <u>SUZANA PEREIRA SILVA</u><br>Nome da mãe (se homônimo): _____<br>Diagnóstico: _____<br>Convênio: <u>SUS</u> | Procedimento: <u>( ) Urgente (X) Eletivo</u><br>Avaliação Pre-anestésica: <u>( ) consulta ( ) leito (X) C.C.</u><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">ASA</td> <td style="width: 15%;">Idade</td> <td style="width: 15%;">Sexo</td> <td style="width: 30%;">Acomodação</td> <td style="width: 25%;">Data:</td> </tr> <tr> <td><u>I</u></td> <td><u>51</u></td> <td><u>F</u></td> <td><u>( ) Enf. ( ) Apto ( ) UTI</u></td> <td><u>29.11.2019</u></td> </tr> </table> | ASA      | Idade                            | Sexo              | Acomodação | Data: | <u>I</u> | <u>51</u> | <u>F</u> | <u>( ) Enf. ( ) Apto ( ) UTI</u> | <u>29.11.2019</u> |
| ASA                                                                                                                 | Idade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Sexo     | Acomodação                       | Data:             |            |       |          |           |          |                                  |                   |
| <u>I</u>                                                                                                            | <u>51</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <u>F</u> | <u>( ) Enf. ( ) Apto ( ) UTI</u> | <u>29.11.2019</u> |            |       |          |           |          |                                  |                   |

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| Hora           | <u>16:35</u>             |
| O <sub>2</sub> | <u>2</u> L/minuto        |
| AR             | L/minuto                 |
| Sevo           | <u>1</u> % <u>4</u> ml/H |
| Iso            | % ml                     |

|              |                                     |
|--------------|-------------------------------------|
| Ventilação   |                                     |
| SRL 500ml    | <input checked="" type="checkbox"/> |
| SF0,9% 500ml | <input checked="" type="checkbox"/> |

|                   |  |
|-------------------|--|
| Diurese           |  |
| EtCO <sub>2</sub> |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Monitorização</b><br><input type="checkbox"/> Cardioscópio<br><input type="checkbox"/> Oxímetro<br><input type="checkbox"/> PANI<br><input type="checkbox"/> Capnógrafo<br><input type="checkbox"/> JTOF<br><input type="checkbox"/> PAI<br><input type="checkbox"/> Outros: _____<br>Acesso venoso: _____ | <b>Anestesia Geral</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Venosa <input checked="" type="checkbox"/> Balanceada<br><input type="checkbox"/> Inalatória <input type="checkbox"/> Combinada<br><b>Medicações/ Dose</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Propofol: <u>100mg</u><br><input checked="" type="checkbox"/> Fentanil: <u>250mcg</u><br><input type="checkbox"/> Cisatracúrio: _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Rocuronio: <u>40mg</u><br><input type="checkbox"/> Etomidato: _____<br><input type="checkbox"/> Cetamina: _____<br><input type="checkbox"/> Atracúrio: _____<br><input type="checkbox"/> Outros: _____ | <b>Sedação</b><br><input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Com Local<br><input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sem Local<br><b>Medicações/ Dose</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Midazolam: <u>5mg</u><br><input type="checkbox"/> Fentanil: _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Cetamina: <u>25mg</u><br><input checked="" type="checkbox"/> Precedex: <u>25mcg</u><br><input type="checkbox"/> Nilperidol: _____<br><input type="checkbox"/> Outros: _____<br><input type="checkbox"/> Tubo Orotraqueal N° _____<br><input type="checkbox"/> Filtro Bacteriológico | <b>Outras medicações</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Cefazolina 2g<br><input checked="" type="checkbox"/> Dipirona 2g<br><input checked="" type="checkbox"/> Dexametasona 10mg<br><input checked="" type="checkbox"/> Ondansetrona 8mg<br><input checked="" type="checkbox"/> Omeprazol 40mg<br><input type="checkbox"/> Tenoxicam 40mg<br><input type="checkbox"/> Metoclopramida 10mg<br><input type="checkbox"/> Dramim 30mg<br><input checked="" type="checkbox"/> Cetorolaco 30mg<br><input type="checkbox"/> Clonidina 150mg<br><input type="checkbox"/> Ocitocina 20UI<br><u>(X) ATROPINA 1mg</u><br><u>(X) NEOSOLONE</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Bloqueio de neuroeixo</b><br><input type="checkbox"/> Raquianestesia <input type="checkbox"/> Simples<br><input type="checkbox"/> Peridural <input type="checkbox"/> Contínuo<br><input type="checkbox"/> Sacral<br><b>Punção</b><br><input type="checkbox"/> Mediana<br><input type="checkbox"/> Paramediana | <b>Líquido cefalorraquidiano</b><br><input type="checkbox"/> Claro <input type="checkbox"/> Normotenso<br><input type="checkbox"/> Turvo <input type="checkbox"/> Hipertenso<br><b>Parestesia</b><br><input type="checkbox"/> Presente<br><input type="checkbox"/> Ausente | <b>Anestésico / Dose</b><br><input type="checkbox"/> Bupivacaína pesada _____<br><input type="checkbox"/> Bupivacaína isobárica _____<br><input type="checkbox"/> Ropivacaína _____<br><input type="checkbox"/> Morfina _____<br><input type="checkbox"/> Fentanil _____ | <b>Bloqueio De plexo</b><br><input type="checkbox"/> Supraclavicular <input checked="" type="checkbox"/> Axilar<br><input checked="" type="checkbox"/> Interscalênico <input type="checkbox"/> Femoral<br><b>Anestésico</b><br><u>20ml 1.5% 20ml + 10ml</u><br><u>1000 cl/1.5% 20ml</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                                                                                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>EVENTOS/ANOTAÇÕES/COMPLICAÇÕES:</b> _____<br>Confere com a Original<br>Hospital Santa Juliana<br>CNPJ: 00.529.443/0003-36<br>Rua Alvorada nº 806 - Bosque |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Procedimento Realizado:</b> <u>OSTEOSINTÈSE RADIO DISTAL</u><br><b>Equipe cirúrgica:</b> <u>FRANCOS + ALUIZIO</u><br><b>Anestesiologista:</b> <u>WALEDYA</u> | <b>Destino:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> RPA <input type="checkbox"/> Enfermaria<br><input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> UTI<br>Código: FO.HSJ.CC.016<br>Versão 01 Página 1/1 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARIS VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 070853909202008010001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tj-ac.br/portal/pagAbrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 2759007.



# HOSPITAL SANTA JULIANA

OBRAS SOCIAIS - DIOCESE DE RIO BRANCO

CNPJ: 00.529.443/0003-36

Rua Alvorada, Nº 806 Bairro Bosque.

CEP: 69.908-380 – Rio Branco – AC

Tel.: (68) 3212-4700; Fax: (68) 3224-9129

REPRESADA

## REQUERIMENTO

Eu, Suzana Ferreira Silva

Portador de RG nº \_\_\_\_\_ e CPF: \_\_\_\_\_

Residente e domiciliado: \_\_\_\_\_

Na cidade de \_\_\_\_\_

Venho REQUERER:

- (X) Prontuário de atendimento neste Hospital,  
 ( ) Relatório da cirurgia realizada,  
 ( ) Exames que eventualmente estejam em seu poder,  
 ( ) 2ª Via da Carteira de Vacina  
 ( ) Declaração para Planejamento Familiar,  
 ( ) Outros:

Obs. \_\_\_\_\_

Prontuário: 56759 Médico: Dr. Francis

Entrada: 28/11/2019 Saída: 30/11/2019

Convênio: SUS Telefone: (68) 99612-8434

Os documentos solicitados destinam-se-(Justificativa) DPVAT

Nome do Paciente: A mesma

Parentesco com Paciente: \_\_\_\_\_

Suzana Ferreira Silva

Assinatura Legível do solicitante

Rio Branco – Ac, 09/12/2019 Hora: 09:45

# HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

## ADMISSÃO DE PACIENTES CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Data da Internação: 28/11/2019 Hora: 1422 Prontuário: 56719 \_ 2  
 Nome: SUZANA FERREIRA SILVA Vasc: 01/06/1968 Leito:  
 Sexo: F Médico Assistente: FRANCIS KASHIMA  
 Procedência: RESIDENCIA Acompanhante: ☒ Sim ☐ Não  
 Cor da Pele: Parda Quem: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: ELDA FERREIRA SILVA

### CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES PARA ACIONAMENTO DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

**ESTADO NUTRICIONAL** ( ) Normal ( ) Acima do peso ( ) Emagrecido ( ) Desnutrido  
 ( ) Paciente com perda ou ganho de peso em curto espaço de tempo - **acionar nutricionista**  
**PADRÃO DE SONO E HUMOR** Padrão de sono: ( ) Sem alterações ( ) Com alterações (insônia)  
 Humor: ( ) Sem alterações ( ) Com alterações  
**OBS.: Em caso de alterações acionar psicologia clínica**  
**RESPIRAÇÃO E LOCOMOÇÃO** ( ) Paciente com dificuldade respiratória e/ou locomoção - **Acionar fisioterapia**  
**SITUAÇÃO VULNERÁVEL** ( ) Idoso sem acompanhante ( ) Criança sem acompanhante ( ) Violência (doméstica, infantil, etc.)  
**Em caso de preenchimento de algum item acionar assistente social**

### DISPOSITIVOS

**ACESSO VENOSO** ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção Venosa Nº de dias:  
 Acesso venoso realizado no momento da internação:  
 Abocath nº \_\_\_\_\_ Multivias: ( ) Sim ( ) Não Equipe: ( ) Sim ( ) Não

Assinatura e carimbo do profissional: \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÕES

Confere com a Original  
 Hospital Santa Juliana  
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

### PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ADMISSÃO

Data: 28/11/19 às 16:50 hs

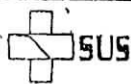
Assinatura/COREN: \_\_\_\_\_

Augusto Lima de Oliveira  
 Enfermeiro  
 COREN - AC 515.785 ENF

Código: FO. HSJ. ENF. 002

Versão: 002, Página 2 de 2

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por STELA MARI S VIEIRA MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Acre, protocolado em 21/10/2020 às 09:38, sob o número 070853909202080100. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjac.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0708539-09.2020.8.01.0001 e código 27590D8.



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HUERO

2 - CNEB

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HST

4 - CNEB

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Suzana Ferreira da Silva

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masculino 1 Feminino 3

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fx de unho proximal (E) (conservador)  
+ Fx de radio distal (E)

material:  
- placa em T  
- FK

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Paciente com cirurgia agendada p/ o dia 26.11.19

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fx de radio distal (E)

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Francis K

21/11/19

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ/EMPRESA

43 - CNAB EMPRESA

44 - CDOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
Rua Alvorada nº 805 - Bosque

48 - DOCUMENTO

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



# **FORMULÁRIO** **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM** **PERIOPERATÓRIA - SAEP**

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Suzana Ferreira Silva Leito: 105-A  
 Data: 22/11/19 Prontuário: 56719-2 Data de Nascimento: 01/06/1968  
 Nome da Mãe (se homônimo): Elida Ferreira Silva

## **INFORMAÇÕES DA CIRURGIA**

Procedimento Cirúrgico: Instalação de Rádio Ustul + Fratura Umero Proximal  
 Porte da Cirurgia: ( ) Pequeno ( ) Médio ( ) Grande Cirurgião: Dr. Francis  
 OBSERVAÇÕES:

## **AValiação de Riscos**

| ITENS                     | 5                                                                                                           | 4                                                                                      | 3                                                                                                             | 2                                                                            | 1                                                                          |   |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---|
| Tipo de Posição Cirúrgica | Litotômica                                                                                                  | Prona                                                                                  | Trendelenburg                                                                                                 | Lateral                                                                      | Supina                                                                     | 1 |
| Tempo de Cirurgia         | Acima de 6 horas                                                                                            | De 4 a 6 horas                                                                         | De 2 a 4 horas                                                                                                | De 1 a 2 horas                                                               | Até 1                                                                      | 2 |
| Tipo de Anestesia         | Geral + Regional                                                                                            | Geral                                                                                  | Regional                                                                                                      | Sedação                                                                      | Local                                                                      |   |
| Superfície de Suporte     | Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas               | Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins feitos de campo de algodão | Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de espuma                                         | Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + coxins de viscoelástico | Colchão da mesa cirúrgica de espuma convencional + coxins de viscoelástico | 3 |
| Posição dos Membros       | Elevação dos joelhos > 90° e abertura dos membros inferiores > 90° ou abertura dos membros superiores > 90° | Elevação dos joelhos > 90° ou abertura dos membros inferiores > 90°                    | Elevação dos joelhos < 90° e abertura dos membros inferiores < 90° ou pescoço com alinhamento. Mento-esternal | Abertura dos membros superiores < 90°                                        | Posição Anatômica                                                          | 2 |
| Comorbidades              | Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda                      | Obesidade ou desnutrição                                                               | Diabetes Mellitus                                                                                             | Doença Vascular                                                              | Sem comorbidades                                                           | 1 |
| Idade do Paciente         | > 80 anos                                                                                                   | Entre 70 e 79 anos                                                                     | Entre 60 e 69 anos                                                                                            | Entre 40 e 59 anos                                                           | Entre 18 e 39 anos                                                         | 2 |
| Valores de Referência:    | Menor Risco: 7 a 19 pontos; Maior Risco: 20 a 35 pontos                                                     |                                                                                        |                                                                                                               | TOTAL                                                                        |                                                                            |   |

|                                                                                         |                                     |                                |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| História de queda até três meses                                                        | Não: 0                              | Sim: 25                        | 025                           |
| Diagnóstico secundário                                                                  | Não: 0                              | Sim: 15                        | 0                             |
| Deambulação                                                                             | Normal/res-<br>trito ao<br>leito: 0 | Muleta/bengala/<br>andador: 15 | Se apoia<br>nos<br>móveis: 30 |
| Dispositivo intravenoso                                                                 | Não: 0                              | Sim: 20                        | 20                            |
| Marcha                                                                                  | Normal/im-<br>óvel: 0               | Marcha fraca: 10               | Marcha<br>prejudicada:<br>20  |
| Estado Mental                                                                           | Orientado para sua<br>capacidade: 0 | Esquece suas<br>limitações: 15 | 0                             |
| Valores de Referência: sem risco ( ≤ 24); baixo risco (entre 25-50); alto risco ( ≥ 51) | TOTAL                               |                                | 45                            |

|       |           |         |
|-------|-----------|---------|
| LEVE  | MODERADA  | INTENSA |
| 0 1 2 | 3 4 5 6 7 | 8 9 10  |
| TOTAL |           |         |
| 0     |           |         |

|                                         |                                         |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| CATETERES E SONDAS                      |                                         |
| Cateter Central: ( )                    | Local: <u>MSD</u>                       |
| Cateter Periférico <u>X</u>             | Data: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> |
| Sonda Aliment.: SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) | Data: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> |
| Sonda Vesical: SVD ( ) SVA ( )          | Data: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> |
| Drenos:                                 | Data: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> |
| Outros:                                 |                                         |

Confere com a Original  
 Hospital Santa Juliana  
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO. HSJ. CC . 003  
 Versão: 002, Página 1 de 3



# **FORMULÁRIO** **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM** **PERIOPERATÓRIA - SAEP**

## **IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: Suzana Ferreira Silva Data de Nascimento: 01/06/68  
Data: 29/11/19 Nome da Mãe (se homônimo): Edla Ferreira Silva

## **CHECK LIST DA CIRURGIA SEGURA**

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                                      | ANTES DO PACIENTE ENTRAR NA SALA OPERATÓRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA OPERATÓRIA                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificação - Hora: <u>07</u> : <u>50</u> hs                                                                                                 | Confirmação - Hora: _____ : _____ hs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Registro - Hora: _____ : _____ hs                                                                                         |
| Paciente confirmou a identidade: <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não                                                               | Todos os membros da equipe se apresentaram pelos nomes e funções: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Registro completo do procedimento intra-operatório, incluindo o procedimento executado: ( ) Sim ( ) Não                   |
| Pulseira de identificação presente: <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não                                                            | Cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem confirmam verbalmente:<br>Identificação do Paciente: ( ) Sim ( ) Não<br>Procedimento: ( ) Sim ( ) Não<br>Sítio Operatório: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                             | Registro completo do anestesista, incluindo medicamentos utilizados: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica                    |
| Paciente sabe informar qual procedimento será realizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Qual: <u>Rádio</u><br>( ) Não. Motivo: _____ | Revisão do cirurgião, quais são as etapas críticas ou inesperadas:<br>( ) Inexistente ( ) Sim. Qual: _____                                                                                                                                                                                                                                                           | Registro completo de enfermagem: ( ) Sim ( ) Não                                                                          |
| Sítio cirúrgico demarcado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não                                                                     | Duração Prevista da Cirurgia: _____ : _____ hs                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Venoclise e soro identificados? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica                                                         |
| Presença de prontuário completo: ( ) Sim ( ) Não                                                                                               | Previsão de Perda Sanguínea: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Sonda vesical fixada: ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica                                                                   |
| Consentimento assinado:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não. Motivo: _____                                                      | Revisão do anestesista, quanto a alguma preocupação específica em relação ao paciente:<br>( ) Não ( ) Sim. Motivo: _____                                                                                                                                                                                                                                             | A contagem de compressas está correta: ( ) Sim ( ) Não                                                                    |
| Presença de Avaliação Pré-Anestésica:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não. Motivo: _____                                        | As imagens essenciais estão disponíveis:<br>( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Houve algum problema com materiais, equipamentos ou instrumental:<br>( ) Não ( ) Sim. Qual: _____                         |
| Carro de anestesia completo, testado e funcional:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não                                           | Revisão da equipe de enfermagem com os materiais necessários:<br>( ) Instrumental necessário presente<br>( ) Materiais Especiais (órtese e próteses)<br>( ) Todos dentro do prazo de esterilização<br>( ) Presença de indicadores de esterilização<br>( ) Equipamentos necessários presentes<br>Alguma preocupação com equipamentos:<br>( ) Não ( ) Sim. Qual: _____ | Condições da pele antes da saída da sala cirúrgica:<br>( ) Com lesão ( ) Sem lesão ( ) Não se aplica<br>Qual lesão: _____ |
| Monitorização testada e funcional:<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não                                                          | A profilaxia antimicrobiana foi realizada:<br>( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Identificação da amostra de anatomopatológico adequada:<br>( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica                              |
| Alergias Conhecidas:<br><input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim. Qual: _____                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Observações:                                                                                                              |
| Vias áreas difíceis ou risco de aspiração:<br><input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim. Equipamento/Assistência disponível              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |
| Risco de perda sanguínea >500ml (07ml/hg em crianças)?<br><input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim e acesso adequado                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |
| Se sim, há reserva de hemocomponentes?<br>( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Solicitado                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |
| Presença de próteses (dentária ou outras):<br>( ) Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |
| OBSERVAÇÕES:                                                                                                                                   | OBSERVAÇÕES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OBSERVAÇÕES:                                                                                                              |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |
| Cirurgião:                                                                                                                                     | Anestesista:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Responsável pelo preenchimento:                                                                                           |
| CRM:                                                                                                                                           | CRM:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Registro:                                                                                                                 |
| Auxiliar de cirurgia 1:                                                                                                                        | Enfermeiro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Assinatura:                                                                                                               |
| Auxiliar de cirurgia 2:                                                                                                                        | Instrumentador:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                           |
| Auxiliar de cirurgia 3:                                                                                                                        | Circulante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                           |

Confere com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO. HSJ. CC . 003  
Versão: 002, Página 2 de 3

|                                                                                   |                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>FORMULÁRIO</b>                                                        |
|                                                                                   | <b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA - SAEP</b> |

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE          |                                                       |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Suzana Ferreira Silva</u> | Data de Nascimento: <u>01/06/68</u>                   |
| Data: <u>29/11/19</u>              | Nome da Mãe (se homônimo): <u>Elda Ferreira Silva</u> |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Risco para infecção<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de glicemia instável<br><input checked="" type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada<br><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada<br><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada<br><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz<br><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente<br><input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade<br><input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Proteção Ineficaz<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de sangramento<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio de volume de líquidos<br><input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de lesão por posicionamento perioperatório<br><input checked="" type="checkbox"/> Risco de queda<br><input type="checkbox"/> Risco de hipotermia perioperatória<br><input type="checkbox"/> Dor aguda<br><input type="checkbox"/> Outros: |

| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | APRAZAMENTO                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Posicionar paciente com alinhamento corporal, usando suporte adequado<br><input checked="" type="checkbox"/> Aferir e registrar SSVV de 4/4 horas<br><input checked="" type="checkbox"/> Levantar grades da cama<br><input checked="" type="checkbox"/> Travar as rodas da maca durante a transferência para o leito<br><input type="checkbox"/> Monitorar nível de consciência, reflexo de tosse, náusea e capacidade de deglutir<br><input type="checkbox"/> Medir e anotar diurese de ___/___ horas<br><input type="checkbox"/> Lateralizar a cabeça do paciente se queixa de náusea<br><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar a presença de sinais flogísticos na ferida operatória<br><input type="checkbox"/> Posicionar o paciente em decúbito de ___º (graus)<br><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar cor, temperatura e umidade da pele<br><input type="checkbox"/> Colocar manta térmica<br><input checked="" type="checkbox"/> Avaliar condições do curativo<br><input type="checkbox"/> Infundir soluções venosas aquecidas<br><input type="checkbox"/> Instalar oxigênio em ( ) cateter nasal ou ( ) máscara venturi ___ l/min<br><input type="checkbox"/> | <br>ROTINA<br>ATENÇÃO<br>ATENÇÃO<br><br>OX AO DIA<br>ANOTAR<br>08 |

| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Às 08:50h, após a visita no c.c. para realizar procedimento aos cuidados do 1º ferido. Não há cateter de urina, cateter e compressivo.<br>Às 11:00h, para S.O. n.º, para início do procedimento.<br>Às 19:00h, paciente evolui com hemostase normal, sem queixas, encaminhado ao leito, acompanhado da equipe de enfermagem e do c.c. e familiares e provido os cuidados da equipe de enfermagem. |

| PROBLEMA ATIVO |
|----------------|
|                |
| CONDUTA        |
|                |
| META           |
|                |

| CARIMBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO |
|------------------------------------|
|------------------------------------|

Fabíola de Oliveira Barbosa  
Enfermeira  
COREN - AC 473411 - 2

Márcio Coelho Rodrigues  
Enfermeiro  
COREN / AC 505.771

Conferir com a Original  
Hospital Santa Juliana  
CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
Rua Alvorada nº 806 - Bosque

Código: FO. HSJ. CC . 003  
Versão: 002, Página 3 de 3



# FORMULÁRIO

## RELATÓRIO CIRÚRGICO DE ENFERMAGEM

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: Suzana Ferreira Silva Leito: 105.A  
 Data: 29/10/19 Data de Nascimento: 01/06/1968  
 Nome da Mãe (se homônimo): Elida Ferreira Silva

### PRÉ-OPERATÓRIO IMEDIATO

Procedimento Cirúrgico: Fratura de Rádio Distal + F úmero Proxim Hora: 08 : 50 hs

PA 100 x 60 mmHg FC 88 bpm Tax 38 °C SatO2 97 % Altura 1.60 m Peso: 63 kg

NÍVEL DE CONSCIENTIZAÇÃO: (x) Acordado (x) Lúcido ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Sedado

LOCOMOTORA: (x) Deambulando ( ) Cadeira de Rodas ( ) Maca

ESTADO EMOCIONAL: (x) Ansioso ( ) Tranquilo ( ) Emotivo

CIRURGIAS ANTERIORES: ( ) Não (x) Sim Qual:

COMORBIDADES: ( ) HAS ( ) Diabetes Mellitus ( ) Outras: Nega

MEDICAMENTOS EM USO: (x) Não ( ) Sim Qual:

EXAMES: Laboratoriais: (x) Sim ( ) Não Imagem: (x) Sim ( ) Não  
 Risco Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não

ALERGIAS: (x) Não ( ) Sim Qual:

PREPARO CIRÚRGICO: Tricotomia: ( ) Sim ( ) Não Jejum: (x) Sim ( ) Não Há Quanto tempo: 13 h

Retirado próteses, lentes e adornos: (x) Sim ( ) Não  
 Entregues ao familiar: (x) Identificadas e guardadas no armário: ( )

ACESSO VASCULAR: Portanto AVP: (x) Sim ( ) Não Bom fluxo: (x) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

As 08:50 paciente deu entrada no pré-operatório para submeter-se a tratamento cirúrgico, portando AVP em MSD com bom fluxo. Tec

Glaucia Glaucia Aguiar

CORENAC 000.760.893

as: 13:30 Realizada a troca de acesso pós o mesmo enfiltar, utilizado o Alacath nº 18 + nº 20. Pós paciente difícil acesso, equipe, múltiplas tentativas e materiais de rotina P/HV.

**Raimundo C. Souza**  
**Téc. Enfermagem**  
**CORENAC 011.314.988**

Confere com a Original  
 Hospital Santa Juliana  
 CNPJ: 00.529.443/0003 - 36  
 Rua Alvorada nº 806 - Bosque

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE RIO BRANÇO - HUERB

UNIDADE: \_\_\_\_\_

RECEITUÁRIO MÉDICO

INFORM

Atesto que a Sra. SUZANA FERNANDA SILVA  
sofreu acidente de trânsito no dia 10/11/2019  
apresentando fratura cabeça visível (grande tuberosidade) e fratura distal (burrão volar). Foi submetido a cirurgia  
ortopedica com placa e parafusos no  
radio distal. Trat. cont. no ombro.

Evolui com cicatriz cirúrgica no punho  
(face volar), aumento de volume punho  
limitação na flexo extensão punho e  
redução da força muscular do punho  
crânio limitação funcional no ombro.  
postura e postura de cabeça  
definitiva no MS de 75% e de alta  
médica.

José L. Silveiro C.  
Médico Ortopedista  
CRM 483 - AC

RBR 19/03/2020

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO

Nº CONSELHO



51 kV

1.16 mA

0.00 mGy\*cm<sup>2</sup>

15.04 µGy

Autowindow



59  
60

**Arco Cirurgico GE - Hosp Santa Juliana**

Medico Francis Kashima  
frat.radio

**Suzana ferreira silva, -**

**56719,2**

**01.05.1968**

**2/3**

**29.11.2019**

**17:20:54**



(/)



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3200126411 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SUZANA FERREIRA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Vida e Previdência S/A-Filial Rio Branco-AC

BENEFICIÁRIO SUZANA FERREIRA SILVA

CPF/CNPJ: 57031118204

## Posição em 20-10-2020 16:38:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

03/04/2020 R\$ 7.087,50 R\$ 0,00 R\$ 7.087,50

## Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência               | Ver Carta                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 11/04/2020    | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO | <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AjwF9pVbzsr5uaK0Hk8ow=:api_key=xv3QU6G4ceJbHm+oZOXCHsphaltsArODn1k5w00PXMQ=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/AjwF9pVbzsr5uaK0Hk8ow=:api_key=xv3QU6G4ceJbHm+oZOXCHsphaltsArODn1k5w00PXMQ=</a> |

|            |                                    |                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24/03/2020 | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT | <br>(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/cLOIfetyLbBZCDUrQW0NuW==/api_key=xv3QU6G4ceJbHm+oZOXCHsphaltsArODn1k5w0OPXMQ=) |
|------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvt/id1375178092?

l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?

id=br.com.seguradoralider.dpvt.plataformadigital)

### ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

### COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

### PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)

### ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(https://www.seguradoralider.com.br)

(https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo)  
(https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo)  
I%C3%ADder-  
dpvat)

## Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



**GOVERNO DO ESTADO DO ACRE**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 048628/2019-A01

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 26/12/2019 11:34 Data/Hora Fim: 26/12/2019 11:37  
 Origem: Polícia Judiciária  
 Delegado de Polícia: Jarlen Alexandre Martins Ridrigues

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Polícia da 2ª Regional  
 Data/Hora do Fato: 10/11/2019

**Local do Fato**

Município: Rio Branco (AC)  
 Logradouro: Rua Vereadora Maria Antônia

Bairro: Cidade Do Povo

Ponto de Referência: próximo ao Mercantil G B Santos  
 Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO | Não Houve            |

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: SUZANA FERREIRA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

| Envolvido(a)          | Grupo   | Subgrupo             | Descrição                                                                                        | Vínculo   |
|-----------------------|---------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Suzana Ferreira Silva | Veículo | Motocicleta/Motoneta | HONDA/CG, Placa MZV8983, Chassi 9C2JC30708R253734, Núm. Motor JC30E78253734, Renavam 00125413408 | Possuidor |

**RELATO/HISTÓRICO**

A vítima/comunicante veio à esta Delegacia para noticiar que no dia, horário e local acima citados, vinha na garupa da moto Yamaha Factor de cor preta de propriedade de sua amiga "Rosa" e que ao manobrar numa curva, dois cachorros apareceram e a manobrista perdeu o controle da motocicleta onde a motocicleta se chocou no meio fio, caindo ambas do veículo, mas a vítima/comunicante foi a que mais se machucou, quebrando o braço e o punho esquerdos; QUE a vítima/comunicante veio registrar este B.O. para o conhecimento da Autoridade Policial e também para dar entrada no DPVAT.



Delegado de Polícia Civil: Jarlen Alexandre Martins Ridrigues  
 Impresso por: Antonio Batista  
 Data de Impressão: 26/12/2019 11:37  
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª REGIONAL - RIO BRANCO - AC

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048628/2019-A01

## ASSINATURAS

Antonio Batista

Agente de Polícia

Matrícula 9933310

Responsável pelo Atendimento

Suzana Ferreira Silva

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Jarlen Alexandre Martins Ridrigues  
Impresso por: Antonio Batista  
Data de Impressão: 26/12/2019 11:37  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos