



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

Ofício n.º 191/GSC

Unaí (MG), 25 de junho de 2019.



Senhor Presidente,

Dirijo-me à presença de Vossa Excelência para, em atenção ao Ofício n.º 4/CPI, protocolizado nesta Casa sob o n.º 001181 em 24 de junho do corrente, encaminhar-lhe cópia da Petição n.º 1/2019 para ser juntada aos autos do processo da Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI – constituída por intermédio da Portaria n.º 4.141, de 20/5/2019, e, ainda, informar que o servidor Gustavo Bezerra Martins, Consultor Jurídico desta Casa, que se encontrava afastado, já retornou às atividades e irá assessorar os trabalhos da referida Comissão.

Atenciosamente,

VEREADOR CARLINHOS DO DEMÓSTENES
Presidente

Segue anexo

A Sua Excelência o Senhor
Vereador Ilton Campos
Presidente da CPI – Portaria n.º 4.141/2019
Unaí – Minas Gerais

DESPACHO	
☐	DOU CIÊNCIA
☐	INCLUA-SE NO EXPEDIENTE
☒	JUNTE-SE A CPI
EM	21 06 2019
PRESIDENTE DA COMISSÃO	



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ - MG

PROCESSO LEGISLATIVO

DATA:

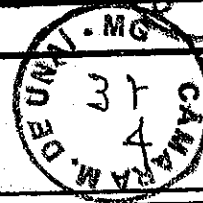
15 / MARÇO

120



MATÉRIA:

PETIÇÃO Nº 1/2019



AUTOR:

GERALDO ARAÚJO MESQUITA

VERSÃO:

DENUNCIA DESCASO DE ATENDIMENTO NA SAÚDE

PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE UNAÍ E SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

MATÉRIA ENCAMINHADA ÀS SEGUINTE COMISSÕES:

EDUCAÇÃO, SAÚDE, SANEAMENTO E...

DATA ___/___/___ PRAZO DO RELATOR ___/___/___ PRAZO DE PRORROGAÇÃO ___/___/___ DILIGÊNCIA ___/___/___

2

DATA ___/___/___ PRAZO DO RELATOR ___/___/___ PRAZO DE PRORROGAÇÃO ___/___/___ DILIGÊNCIA ___/___/___

3

DATA ___/___/___ PRAZO DO RELATOR ___/___/___ PRAZO DE PRORROGAÇÃO ___/___/___ DILIGÊNCIA ___/___/___

4

DATA ___/___/___ PRAZO DO RELATOR ___/___/___ PRAZO DE PRORROGAÇÃO ___/___/___ DILIGÊNCIA ___/___/___

PETIÇÃO Nº 1/2019

Unai 14 de março de 2019

CÂMARA MUNICIPAL DE UNAI - MG
DESPACHO DE PROPOSIÇÕES
☒ Recebido ☒ Numere-se ☒ Publique-se
Unai-MG, 15 / 03 / 2019

PRESIDENTE

Ao excelentíssimo Senhor Presidente da Comissão de Educação, Saúde, Saneamento e Assistência Social da Câmara Municipal de Unai.

Eu Geraldo Araújo Mesquita, CPF 696.379.031-00, venho através deste relatório ocorrido com a minha esposa Magna Martins de Faria, CPF 039.611.406-77. No dia 01 de março de 2019 foi realizada uma cirurgia em minha esposa através da parceria via Prefeitura Municipal de Unai e Hospital Santa Monica, ela deu entrada no Hospital Santa Monica as 06h:00min do dia 01 de março, o procedimento cirúrgico começou às 18:00hrs da tarde e recebeu alta no dia 02 de março de 2019 as 08h:00min, ou seja 14 horas após o procedimento cirúrgico. No dia 03 de março a minha esposa Magna por volta das 22h00min passou mal e de imediato eu a levei no PA, porém os médicos recusaram a realizar o atendimento, mas após ela vomitar na frente do médico eles viram a situação e realizaram o atendimento, aplicando soro. No dia 05 de março a minha esposa voltou a passar mal, aproximadamente 20h00min e novamente fizeram a medicação para aliviar as dores. No dia 08 de março procuramos atendimento particular, uma vez que a minha esposa não estava aguentando de dor, o médico percebeu que tinha uma obstrução intestinal e a mandou para o hospital Santa Monica, porem ao chegar ao hospital houve certo desprezo no atendimento, chegando a perguntar se tinha algum plano de saúde ou convenio com o hospital para realizar o atendimento e assim que estávamos saindo para procurar outro hospital um médico que ajudou no procedimento cirúrgico a reconheceu e a levou para um sala, onde realizaram aplicação de medicação para dor e após isso minha esposa foi liberada, "O medico que a atendeu no dia 08 de março entrou em contato com o médico que realizou a cirurgia e o mesmo solicitou para que a mesma voltasse no dia 09 de março para atendimento no PA". No dia 09 de março de 2019 a levamos para o PA e o medico que atendeu solicitou uma tomografia, ligamos no hospital Santa Mônica solicitando a mesma com urgência, porem foi negado, mas após algumas horas o hospital Santa Mônica entrou em contato querendo realizar a tomografia, após a realização da tomografia mais uma vez foi constatada uma obstrução intestinal e após isso eles mandaram minha esposa mais uma vez para o PA onde ela foi internada com sonda para fazer a drenagem. No dia 10 de março ela permaneceu internada durante todo o dia, porém por volta das 18h00minhrs foi necessário realizar mais um procedimento cirúrgico, uma vez que a drenagem não estava solucionando os problemas e as dores, após o procedimento minha esposa ficou entubada esperando vaga na UTI. " Vale ressaltar que no dia 10 procuramos o Hospital Santa Monica afim de ajudar em conseguir uma UTI, porem o hospital relatou que não era de responsabilidade deles". Na madrugada de terça feira, por voltas da 01h00min conseguimos uma vaga na UTI do Hospital São Lucas do município de Patos de Minas, vale ressaltar que os médicos relataram que o estado dele era grave e crítico, No dia 12 de março as 20h00min minha esposa não resistiu e faleceu.

Conforme relato acima eu venho solicitar desta comissão ações e investigações para que apure os responsáveis, e que a população do município de Unai não possa mais sofrer e passar por tudo que passei e estou passando.

CÂMARA MUNICIPAL DE UNAI-MG
PUBLICADO NO QUADRO DE AVISOS
NO SAGUÃO DA CÂMARA
EM: 15 / mar / 2019
SERVIDOR RESPONSÁVEL

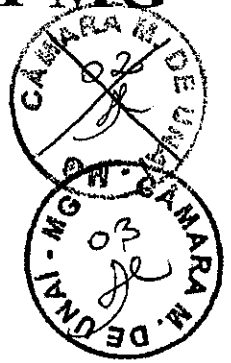
Geraldo Araújo Mesquita
Geraldo Araújo Mesquita
RG- MG 20.620.344
Tel: 038 99810-1852

PROTÓTIPO OFICIAL -14-Mar-2019-17:21-000360-1/2

CÂMARA MUNICIPAL DE UNAI - MINAS GERAIS



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG



DISTRIBUIÇÃO DE PROPOSIÇÃO

O PRESIDENTE DA CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ, no uso da atribuição que lhe confere o artigo 80, inciso III, alínea "m" da Resolução 195, de 25 de novembro de 1992, **DISTRIBUI** à Comissão de Educação, Saúde, Saneamento e Assistência Social a Petição n.º 1/2019 para exame e parecer nos termos e prazos regimentais.

Gabinete da Presidência, em 15/3 /2019.


VEREADOR CARLINHOS DO DEMÓSTENES
Presidente

DESPACHO	
☒	DOU CIÊNCIA
☐	INCLUA-SE NO EXPEDIENTE
☐	
EM 21/3/2019	103
PRESIDENTE DA COMISSÃO	

ATA DA 2ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA COMISSÃO DE EDUCAÇÃO, SAÚDE, SANEAMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL DA 3ª SESSÃO LEGISLATIVA DA 18ª LEGISLATURA, REALIZADA EM 21 DE MARÇO DE 2019.

Presidência: Vereador Valdir Porto. **Abertura:** 15h15min. **Quórum de Abertura:** Registrada a presença dos Vereadores membros da Comissão: Valdir Porto (PTB), Silas Professor (PRB) e Eugênio Ferreira (MDB). Ausentes os Vereadores Paulo Arara (PSB) e Andréa Machado (PSD). **Sumário: 1ª Parte: Expediente:** Dispensada a leitura e aprovada a ata da 1ª reunião ordinária da 3ª Sessão Legislativa, realizada em 14 de março de 2019. **2ª Parte: ORDEM DO DIA: PETIÇÃO N.º 1/2019,** de autoria do Senhor Geraldo Araújo Mesquita, denuncia descaso de atendimento na saúde pública do município de Unai e solicita providências. O Presidente efetuou a leitura da Petição e apresentou os seguintes requerimentos de providências: 1) *Ao Peticionário* convocação para prestar depoimento no dia 26/3/2019, às 16h00min e encaminhar cópia dos seguintes documentos: prontuário da paciente Magna e dados de entrada, permanência e alta do Hospital Santa Mônica; prontuário de atendimento durante o período da paciente no Hospital Municipal até a transferência para o Hospital São Lucas em Patos de Minas; certidão de óbito com a declaração, documento pessoal da paciente, exame de ultrassom, exames pré-operatórios, raio X e tomografia realizados; e prontuário do atendimento da paciente no Hospital São Lucas em Patos de Minas. *Ao Hospital Santa Mônica* solicitando informações sobre a paciente Magna Martins de Faria e o encaminhamento dos seguintes documentos: ficha de atendimento da paciente Magna Martins de Faria no dia 8 de março de 2019 pelos Doutores Waldir Silveira Duarte e André Brostel; quais os dias da semana eram feitas as cirurgias conveniadas com o município, quantas eram realizadas por dia, quantas cirurgias foram realizadas no dia 1º de março de 2019 e a relação dos pacientes atendidos no mencionado dia; quais os tipos de cirurgias que eram previstas no contrato firmado entre a Prefeitura e o Hospital Santa Mônica; qual o vínculo do Dr. Poolo com o Hospital Santa Mônica; cópia do contrato firmado com o município referente às cirurgias eletivas; e se no período do contrato houve solicitação de uti móvel para atendimento de pacientes. *A Regulação de Saúde* solicitando informações e o encaminhamento dos seguintes documentos: documentos relacionados ao pedido de cirurgia da paciente Magna Martins de Faria; e relação dos pedidos de todas as cirurgias requeridas à Regulação e que foram encaminhados para procedimentos cirúrgicos no Hospital Santa Mônica desde o início do contrato firmado entre a Prefeitura e o referido hospital. *Ao Hospital Municipal* informações sobre a paciente Magna Martins de Faria e o encaminhamento dos seguintes documentos: fichas dos atendimentos da paciente Magna Martins Faria no PA pelo Dr. Vosmar do dia 3/3/2019, pela Dra. Juliana no dia 4/3/2019 e pelo Dr. Ian no dia 9/3/2019; relação de todos os pacientes que fizeram cirurgias no Hospital Santa Monica e foram para o Hospital Municipal por falta de acompanhamento no pós-operatório; e se houve contato do Hospital Municipal com o Hospital Santa Mônica solicitando UTI para a paciente Magna Martins Faria. *A Secretaria Municipal de Saúde* solicitando cópia do contrato celebrado entre o município de Unai e o Hospital Santa Mônica para realização de cirurgias eletivas; e informação se o município já utilizou UTI móvel para atender pacientes durante o período do contrato mencionado. Durante a discussão da Petição e apresentação dos requerimentos usaram da palavra os Vereadores Eugênio Ferreira, Silas Professor, Shilma Nunes, Valdir Porto e Ilton Campos. O Vereador Eugênio Ferreira sugeriu que o pedido de solicitação do envio de cópia do contrato firmado entre o município e o Hospital Santa Mônica fosse também direcionado à Secretaria Municipal de Saúde e que fosse solicitado ao Hospital Municipal e ao Hospital Santa Mônica informarem se no período do contrato houve solicitação de uti móvel para atendimento de pacientes. Todos os requerimentos foram submetidos a votação e aprovados por três votos favoráveis, nenhum voto contrário e duas ausências dos Vereadores Paulo Arara e Andréa Machado. Encerrada a ordem do dia e nada mais havendo para tratar, o Presidente declarou encerrada a reunião, às 16h18min e agradeço a presença de todos e convoco os Vereadores membros da Comissão para a 2ª reunião extraordinária, a realizar-se no dia 26 de março de 2019, às 16h00min.



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

Ofício n.º 9/SACOM

Unai(MG), 21 de março de 2019.



Senhor Peticionário,

Informo a Vossa Senhoria que a Comissão de Educação, Saúde, Saneamento e Assistência Social da Câmara Municipal de Unai recebeu a Petição n.º 1/2019, de sua autoria, denunciando descaso de atendimento na saúde pública do Município de Unai e solicita providências.

Diante disso, cumpre-me convocá-lo para comparecer na reunião extraordinária da Comissão que será realizada no dia 26 de março de 2019, às 16h00min, no Plenário Vereador Geraldo Melgaço de Abreu, na Sede do Poder Legislativo de Unai, situado à Avenida José Luiz Adjuto, n.º 117, para prestar depoimento sobre fatos denunciados.

Na oportunidade, solicito que Vossa Senhoria encaminhe a esta Comissão cópia dos seguintes documentos:

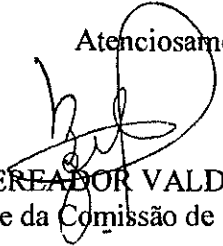
1 – prontuário da paciente Magna e dados de entrada, permanência e alta do Hospital Santa Monica;

2 – prontuário de atendimento durante o período da paciente no Hospital Municipal até a transferência para o Hospital São Lucas em Patos de Minas;

3 – certidão de óbito com a declaração, documento pessoal da paciente, exame de ultrassom, exames pré-operatórios, raio X e tomografia realizados; e

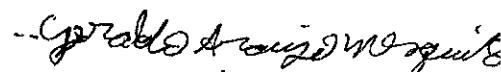
4 – prontuário do atendimento da paciente no Hospital São Lucas em Patos de Minas.

Atenciosamente,


VEREADOR VALDIR PORTO
Presidente da Comissão de Educação e Saúde

A Sua Senhoria o Senhor
Geraldo Araújo Mesquita
Rua Benedito Osório, n.º 105, Bairro Iúna
Unai – Minas Gerais

RECEBI
em 21/03/19
às 17:35





CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

Ofício n.º 10/SACOM

Unai(MG), 21 de março de 2019.



Senhora Diretora,

Informo-lhe que a Comissão de Educação, Saúde, Saneamento e Assistência Social da Câmara Municipal de Unai recebeu a Petição n.º 1/2019 – cópia anexa -, de autoria do Senhor Geraldo Araújo Mesquita, denunciando descaso de atendimento na saúde pública do Município de Unai e solicita providências.

Para instrução do processo, cumpre-me solicitar que Vossa Senhoria encaminhe a esta Comissão, no prazo máximo de quinze dias, informações e cópia dos seguintes documentos:

- 1) ficha de atendimento da paciente Magna Martins de Faria no dia 8 de março de 2019 pelos Doutores Waldir Silveira Duarte e André Brostel;
- 2) quais os dias da semana eram feitas as cirurgias conveniadas com o município, quantas eram realizadas por dia, quantas cirurgias foram realizadas no dia 1º de março de 2019 e a relação dos pacientes atendidos no mencionado dia;
- 3) quais os tipos de cirurgias que eram previstas no contrato firmado entre a Prefeitura e o Hospital Santa Mônica;
- 4) qual o vínculo do Dr. Poolo com o Hospital Santa Mônica;
- 5) cópia do contrato com o município referente às cirurgias eletivas; e

A Sua Senhoria a Senhora
Regiane Evangelista
Diretora Administrativa do Hospital Santa Mônica
Unai – Minas Gerais

Para Mrs. Ray 22/3/19

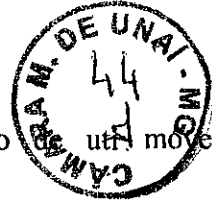


CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

(Fls. 2 do Ofício n.º 10, de 21/3/2019)



6) se no período do contrato houve solicitação de um móvel para atendimento de pacientes.



Atenciosamente,

VEREADOR VALDIR PORTO
Presidente da Comissão



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

Ofício n.º 11/SACOM

Unaí(MG), 21 de março de 2019.



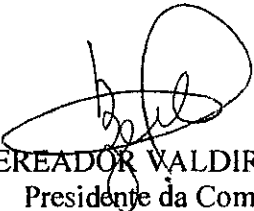
Senhor Diretor,

Informo-lhe que a Comissão de Educação, Saúde, Saneamento e Assistência Social da Câmara Municipal de Unaí recebeu a Petição n.º 1/2019 – cópia anexa -, de autoria do Senhor Geraldo Araújo Mesquita, denunciando descaso de atendimento na saúde pública do Município de Unaí e solicita providências.

Para instrução do processo, cumpre-me solicitar que Vossa Senhoria encaminhe a esta Comissão, no prazo máximo de quinze dias, cópia dos seguintes documentos:

- 1) documentos relacionados ao pedido de cirurgia da paciente Magna Martins de Faria; e
- 2) relação dos pedidos de todas as cirurgias requeridas à Regulação e que foram encaminhados para procedimentos cirúrgicos no Hospital Santa Mônica desde o início do contrato firmado entre a Prefeitura e o referido hospital.

Atenciosamente,


VEREADOR VALDIR PORTO
Presidente da Comissão

A Sua Senhoria o Senhor
Evaldo Alcebíades
Diretor Geral de Regulação Municipal de Saúde
Unaí – Minas Gerais

Recebido: 22/03/2019
Ass.:
Coordenação Geral de Regulação

Evaldo Alcebíades Neto
Coordenador Geral de Regulação
Matrícula: 131284



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

Ofício n.º 12/SACOM

Unaí(MG), 21 de março de 2019.



Senhora Diretora,

Informo-lhe que a Comissão de Educação, Saúde, Saneamento e Assistência Social da Câmara Municipal de Unaí recebeu a Petição n.º 1/2019 – cópia anexa -, de autoria do Senhor Geraldo Araújo Mesquita, denunciando descaso de atendimento na saúde pública do Município de Unaí e solicita providências.

Para instrução do processo, cumpre-me solicitar que Vossa Senhoria encaminhe a esta Comissão, no prazo máximo de quinze dias, informações e cópia dos seguintes documentos:

- 1) fichas dos atendimentos da paciente Magna Martins Faria no PA pelo Dr. Vosmar do dia 3/3/2019, pela Dra. Juliana no dia 4/3/2019 e pelo Dr. Ian no dia 9/3/2019;
- 2) relação de todos os pacientes que fizeram cirurgias no Hospital Santa Monica e foram para o Hospital Municipal por falta de acompanhamento no pós-operatório; e
- 3) Se houve contato do Hospital Municipal com o Hospital Santa Mônica solicitando UTI para a paciente Magna Martins Faria.

Atenciosamente,


VEREADOR VALDIR PORTO
Presidente da Comissão

Recebi em 22/03/19

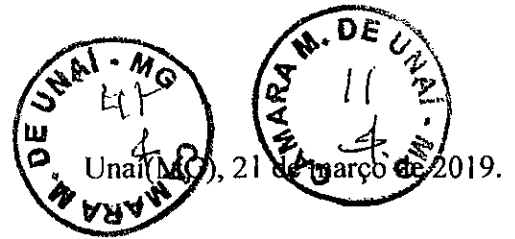

Manoel Barcelos de Lima
Med. 117.203
Hospital Municipal Dr. Joaquim Brochado

A Sua Senhoria a Senhora
Sibelle Lourenço de Brito
Diretora Administrativa do Hospital Municipal
Unaí – Minas Gerais



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

Ofício n.º 13/SACOM



Senhora Secretária,

Informo-lhe que a Comissão de Educação, Saúde, Saneamento e Assistência Social da Câmara Municipal de Unai recebeu a Petição n.º 1/2019 – cópia anexa -, de autoria do Senhor Geraldo Araújo Mesquita, denunciando descaso de atendimento na saúde pública do Município de Unai e solicita providências.

Para instrução do processo, cumpre-me solicitar que Vossa Senhoria encaminhe a esta Comissão, no prazo máximo de quinze dias, o seguinte documento e informação

- 1) cópia do contrato celebrado entre o município de Unai e o Hospital Santa Mônica para realização de cirurgias eletivas; e
- 2) se o município já utilizou UTI móvel para atender pacientes durante o período do contrato mencionado no item 1.

Atenciosamente,

VEREADOR VALDIR PORTO
Presidente da Comissão

A Sua Senhoria a Senhora
Denise Aparecida de Oliveira
Secretária Municipal de Saúde
Unai – Minas Gerais

Recebido
22/03/19
Mendes
Mariana Coelho Mendes
Auxiliar Administrativo II
Mat. 116-180
14:09 ha

Ofício - 01/2019



Excelentíssimo Senhor Vereador Valdir Porto
Presidente da Comissão de Educação, Saúde, Saneamento e Assistência Social

Venho através deste, encaminhar a esta comissão cópia da seguinte documentação:

- 1 - Prontuário da paciente Magna e dados de entrada, permanência e alta do Hospital Santa Mônica;
- 2 - prontuário de atendimento durante o período da paciente no Hospital Municipal até a transferência para o Hospital São Lucas em Patos de Minas;
- 3 - certidão de óbito com a declaração, documento pessoal da paciente, exame de ultrassom, exames pré-operatórios, raio X e tomografia realizados.

Sem mais para o momento agradeço.

Geraldo Araújo Mesquita
Geraldo Araújo Mesquita

DESPACHO	
☒	DOU CIÊNCIA
☐	INCLUA-SE NO EXPEDIENTE
☐	JUNTE-SE A PET. Nº 3/19
EM	26 MARÇO 2019
<i>[Assinatura]</i>	
PRESIDENTE DA COMISSÃO	

Ao Excelentíssimo Sr.
Vereador Valdir Porto
Presidente da Comissão de Educação, Saúde, Saneamento e Assistência Social
Câmara Municipal de Unai
Unai - MG

CÂMARA MUNICIPAL DE UNAI - MINAS GERAIS
PROTOCOLADO OFICIAL - 26-Mar-2019-16:25-00045-2/2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE MINAS GERAIS
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



COLEBAR DIREITO

Isadora Martins de Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALEREM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 10.538.905
DATA DE EMISSÃO 08/08/2019

NOME
MARIA MARTINS DE FARIA

FILIA DO
LAURINDO LOPES DA SILVA

MARIA EMILIANE MARTINS DA SILVA

NAT. ALGODON
UN 17-001

DATA DE NASCIMENTO
11/05/1979

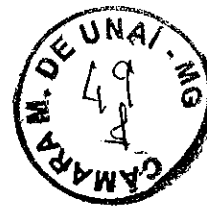
DCC BRAS. CAS. IV-28 FL-148

UN 17-001

CPR 03000-14001-77

PI 1400
JACQUELINE DE OLIVEIRA FERRAZ
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 29/05/83





DO Hospital São Agostinho

Humberto Keiji Matsuura

GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA - ULTRA SONOGRAFIA

Consultório: Rua Calisto Martins de Melo, 116 - Unai - MG

FONE: (38) 3676-3277 - RES.: (38) 3676-6390

urgente!

MATERNA Múltiplos 43 mm

Historecência total pré-termo
há 8 dias

→ Encaminhada para reavaliação
de pós-operatório.

H.D.: Obstrução total.

Unai, 08/03/29

W.

Humberto Keiji Matsuura

MÉDICO

CRM - MG 28 570 - T - CPF 029 250 458-63

Ultrasound Image Report

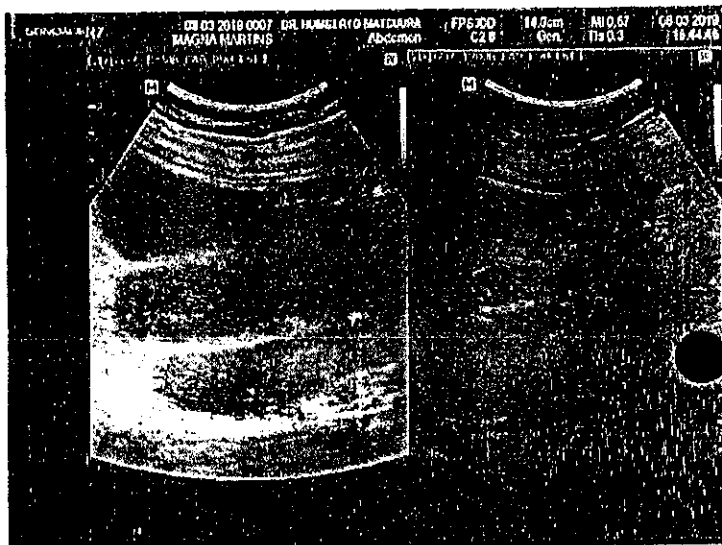
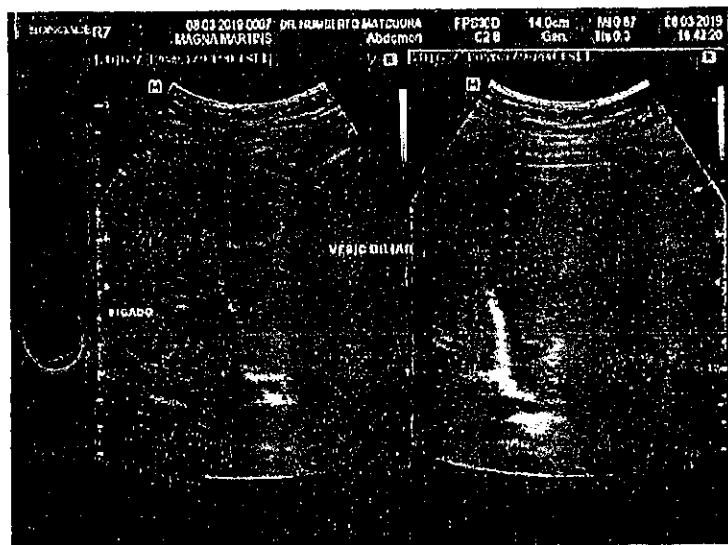
Page 1 of 1

Patient

ID 08-03-2019-0007
Name MAGNA MARTINS
Birth Date
Gender Other

Exam

Accession 51
Exam Date 08/03/2019
Description
Sonographer HUMBERTO MATSUURA



Alta Dilatada

PODER JUDICIÁRIO - TJMG
CORREGEDORIA - GERAL DE JUSTIÇA
REGISTRO CIVIL DO MUNICÍPIO E COMARCA DE
UNAI - MG - MG

Selo Digital: CPS01820 - Cod. Seg.
4168.2806.4129.6952 - Cod. e Quantidade do(s) ato(s)
Praticado(s): 1 (0101), 1 (0101) - Emol.: R\$ 0,00 -
Tx. Judic.: R\$ 0,00 - Total: R\$ 0,00
Consulte a validade no site: <https://selos.tjmg.jus.br>



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

MAGNA MARTINS DE FARIA

CPF

039.611.406-77

MATRÍCULA:

0360040155 2019 4 00030 126 0014094 70

SEXO

Feminino

COR

Branca

ESTADO CIVIL E IDADE

casada, com 42 anos de idade

NATURALIDADE

Unai - MG

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MG-10.386.995 PCMG

ELEITOR

era eleitora

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

LAURINDO LOPES DA SILVA (falecido) e MARIA ZENAIDE MARTINS DA SILVA (falecida)

Era residente à Rua Benedito Osorio 105 Unaí - MG

DATA E HORA DE FALECIMENTO:

doze de março de dois mil e dezenove às 19:45 horas

DIA MÊS ANO

12/03/2019

LOCAL DE FALECIMENTO

Hospital São Lucas em Patos de Minas - MG

CAUSA DA MORTE

Choque Séptico, Pós-operatório de histerectomia

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO

Cemitério São João Batista - Unai - MG

DECLARANTE

DEIVID MARTINS DE FARIA

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Ciro Rodrigues Paes CRM: 75722

OBSERVAÇÕES/ACRÉSCITOS A ACRESCER

Era casada com FÁBIO AUGUSTO CAETANO DE FARIA. Casada no CRC de Unai/MG sob o nº 4669, fis. 148, livro 028-B. Não deixou bens a inventariar, não deixou testamento. Deixou dois (02) filhos da nomes: Fernando Henrique com 25 anos e Delvid com 28 anos de idade. Declaração de óbito nº 28263208-5. Registro feito em data de 13/03/2019.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	MG-10.386.995	08/06/2018	PCMG - Polícia Civil - MG-MG	
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	109189660230	280/218	Unai	MG

CEP Residencial	38.610-000	Grupo Sanguíneo	---
-----------------	------------	-----------------	-----

As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante.

REGISTRO CIVIL DO MUNICÍPIO E COMARCA DE UNAI - MG

Oficial: Magda Alice da Silva

Rua Aldeia 227 Centro

Unai-MG, (38)3676-9464

ccivilunai@unai.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Ou seja,
Unai-MG, 13 de março de 2019.

Magda Alice da Silva
Assinatura do Oficial/Substituto

Magda Alice da Silva
Oficial

Registro Civil das Pessoas Naturais
de Unai-MG
Magda Alice da Silva
Oficial
Rua: Aldeia N° 227 Centro
CEP: 38610-000
TEL: (38) 3676-9464

BRP

002505959

DA

AR

ARPENBRASIL



I Identificação	1 Tipo de óbito ☐ Fetal ☒ Não Fetal	2 Data do óbito 12/03/2014	3 Horário SUS	4 Naturalidade
	5 Nome do Falecido Miguel Martins de Farias	6 Nome do Pai João Carlos Lopes da Silva	7 Nome da Mãe Marta Maria da Silva	8 Data de nascimento 11/05/1976
	9 Idade 42	10 Sexo ☒ M - Masc. ☐ F - Femea	11 Raça/Cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela	12 Situação conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo
II Residência	13 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☒ Fundamental II (5ª a 8ª Série)	14 Idade em anos completos 42	15 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	16 CEP 7105
	17 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Rua Benedito Amorim	18 Número 105	19 Complemento	20 UF MS
	21 Bairro/Distrito Lima	22 Código	23 Município de residência Itapetininga	24 Código
III Ocorrência	25 Local de ocorrência do óbito ☒ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros	26 Estabelecimento Hospital São João	27 Código CNES	28 CEP 7105
	29 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) Rua Benedito Amorim	30 Número 60	31 Complemento	32 UF MS
	33 Bairro/Distrito Lima	34 Código	35 Município de ocorrência Itapetininga	36 Código
IV Fetal ou menor que faleceu	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	37 Idade (anos) 27	38 Escolaridade (última série concluída) ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☒ Fundamental II (5ª a 8ª Série)	39 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	40 Código CBO 2002
	41 Número de filhos vivos 1	42 Nº de semanas de gestação 32	43 Tipo de parto ☐ Única ☒ Dupla ☐ Tripla e mais	44 Tipo de morte em relação ao parto ☐ Antes ☒ Durante ☐ Depois
V Óbito de mulher em idade fértil	45 Causas da morte PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.	46 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. b) Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:	47 ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? ☐ Sim ☒ Não ☐ Ignorado	48 DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 39 Necropsia? ☐ Sim ☒ Não ☐ Ignorado
	49 Nome do Médico Pro. Rodrigues Reis	50 CRM 75752	51 Óbito atestado por Médico ☒ Assistente ☐ Substituto ☐ IML	52 Município e UF do SVO ou IML Itapetininga MS
	53 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	54 Data do atestado 12/03/2014	55 Assinatura	56
VI Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)			
	57 Tipo ☐ Acidente ☒ Suicídio ☐ Homicídio ☐ Outros	58 Acidente de trabalho ☐ Sim ☒ Não	59 Fonte da informação ☐ Ocorrência Policial Nº. ☐ Hospital ☐ Família ☐ Outra	60 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência ☐ Via pública ☐ Endereço de residência ☐ Outro domicílio
	61 Descrição sumária do evento	62 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	63 Número	64 Bairro
VII Cartório	65 Canção	66 Código	67 Registro	68 Data
	69 Município	70 Código	71 UF	72
	73 Declarante	74 Testemunhas A B	75	76



SANTA MÔNICA
Hospital

Av. José Luiz Adjuto, 325 - Centro - CEP 38.610-000
(38) 3677-9700 - (38) 3676-1229

Dr R. Durães
Diretor Técnico Médico
CRM-MG: 5828 - RQE 4198/4200



NOME: MARIA MARTINS FARIA IDADE: 42 ANOS
DATA: 08/03/2019 PRONTUÁRIO: 00017066 SEXO: FEMININO
SOLICITANTE: DR(A) DR WALDIR SILVEIRA DUARTE

RADIOGRAFIA DIGITAL DO ABDOME

Exame realizado em apenas uma incidência.

Não se identificam calcificações patológicas.

Acentuada distensão gasosa de alças intestinais delgadas, com formação de níveis líquidos. Não visualizado gás no reto. Estes achados são sugestivos de oclusão intestinal.

Planos musculares e gordurosos preservados.

Elementos ósseos visibilizados de aspecto normal.

Eduardo Deroide do Nascimento

DR. EDUARDO DE ROIDE DO NASCIMENTO
CRM-SP 163541

Data emissão: 08/03/2019



SANTA MÔNICA
Hospital

Av. José Luiz Adjuto, 325 - Centro - CEP 38.610-000
(38) 3677-9700 - (38) 3676-1229

Dr R. Durães
Diretor Técnico Médico
CRM-MG: 5828 - RQE 4198/4200



NOME: MAGNA MARTINS DE FARIA IDADE: 42 ANOS
DATA: 09/03/2019 PRONTUÁRIO: 2627 SEXO: FEMININO
SOLICITANTE: DR(A) DR IAN HERNANDEZ

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOME TOTAL

TÉCNICA:

Exame realizado em tomógrafo computadorizado, com aquisição de imagens do abdome superior e da pelve, antes e após a infusão intravenosa de meio de contraste, incluindo fase excretora.

DESCRIÇÃO:

Sinais de abordagem cirúrgica recente, com histerectomia. Há coleção no plano subcutâneo do hipogástrio, de limites parcialmente definidos, com focos gasosos de permeio, medindo cerca de 17,3 x 2,7 x 7,3 cm e com volume estimado de 177 ml.

Distensão líquido gasosa de alças intestinais delgadas, com formação de múltiplos níveis hidroaéreos patológicos, com preservação apenas do duodeno e de parte do íleo distal. Não se identifica ponto exato do início da dilatação.

Alças colônicas colabadas, apresentando apenas pequena quantidade de conteúdo fecal no reto.

Esparsos divertículos colônicos, notadamente no sigmoide, sem sinais inflamatórios.

Fígado com dimensões e contornos normais, exibindo redução de sua atenuação em relação à do baço, conservando realce uniforme, sem lesões focais.

Não há evidências de dilatação das vias biliares.

Vesícula biliar sem alterações detectáveis ao método.

Pâncreas com conformação habitual e atenuação e realce homogêneos.

Baço com volume normal.

Glândulas adrenais sem alterações de contorno ou espessura.

Rins ortotópicos e com volumes normais, sem hidronefrose nem cálculos, concentrando normalmente o meio de contraste e apresentando atenuação e realce homogêneos. Trajetos ureterais livres.

Bexiga pouco repleta sem alterações grosseiras.

Útero ausente.

Aorta com curso e calibre normais, sem placas ateromatosas calcificadas.

Pequena hérnia umbilical de conteúdo adiposo, com colo medindo cerca de 1,0 cm.

Discretas alterações degenerativas da coluna dorsolumbar.

DR. TIAGO ROSSETTO CARVALHO

CRM-MG 69019

Data emissão: 09/03/2019

AV. José Luiz Adjuto, 325- Centro- CEP: 38.610-000- Unai-MG- PABX (38) 3677 9700 - (38) 36761229

Dr. Waldir Silveira Duarte

CRMMG 13096

Dr. Rodrigo Brandão Braga

CRMMG 32280

Dr. João José Rossi

CRMMG 49346

Dr. Aylton Cesar Guerra Picinalli

CRMMG 52279

Dr. Adilson Antonio de Souza

CRMMG 53965

Dr. Matheus Gomes Fernandes

CRMMG 59805

Dra. Renata Thaís Batista Resende

CRMMG 72442

Dra. Vanessa Boaventura Martins

CRP 0416116

Dr. Simone da Silva Camargo Ferreira

CRP 0444630

Dra. Elaine Cristina Rocha Aguiar

CREFITO/4-57672F

Dr. R. Durães

Fellow Internacional College of Surgeons
CRMMG 5828

Dr. Marcos Eduardo Noacco

CRMMG 30440

Dr. Wyller Cesar Fantini

CRMMG 7341

Dr. Marco Antonio Saraiva Júnior

CRMMG 57977

Dra. Natali Cruz de Castro Nicolino

CRMMG 51614

Dra. Thaís Oliveira de Paula

CRMMG 59806

Dr. Leandro Prates Moraes

CRMMG 93526

Dra. Viviane Borges Kazmirczak

CRP 0416117

Dra. Aline Marcelino Braga

CRMMG 18241

Dra. Márcia Silvania Queiroz

CRFa-MG 4803-6ºR

Dr. Odenir Mendes Damasceno

CRMMG 10340

Dr. Paulo Roberto Sady

CRMMG 30984

Dra. Regiane Maria Carvalho

CRMMG 36646

Dr. Rodrigo Volpon Quatio

CRMMG 65964

Dra. Deliane Aparecida Sena Coelho

CRMMG 47861

Dr. Daniel Rocha Rabelo

CRMMG 46306

Dr. Clênio Fernandes Rodrigues

CRMMG 45411

Dr. Roger Henrique Campos

CRP 18425

Dra. Meiry Christianne Brandão do Carmo

CRP 04-1196-

Dr. Flávio Augusto Guimarães

CREFITO 264613-F



Tratamentos Especializados:

- Doenças de senhores
- Cirurgia video laparoscópica
- Endoscópica e artroscópica
- Histerectomia, retirada do útero por via vaginal
- Hemorroida por ligadura, sem anestesia e sem internamento (popularmente chamada de cirurgia a laser)

Exames complementares:

- Laboratório de análises
- Colposcopia
- Prevenção de câncer
- Video laparoscopia
- Cistoscopia
- Esofagogastrosocopia
- Eletrocardiograma
- Mapa arterial
- Radiografias simples e contrastadas digitalizadas
- Audiometria vocal e tonal
- Imitanciometria
- Eletroencefalograma
- Mapeamento Cerebral
- Tomografia computadorizada, 32 canais
- Ultrassonografia
- Eletroneuromiografia
- Vectonistagmografia
- Urodinâmica
- Holter 24 horas
- Videocolposcopia
- Mamografia digitalizada
- Ecocardiograma- doppler cardíaco
- Colonoscopia
- Retossigmoidoscopia
- Polissonografia
- (tratamento de ronco)

Megma Mortuário de Fome

Cherrie

@ Almarulida

Tomeo, 1 comp. x 100ml

12/12/2015

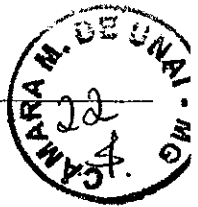
10/10/15
27/9/15



SANTA MÔNICA
Hospital

Av. José Luiz Adjuto, 325 - Centro - CEP 38.610-000
(38) 3677-9700 - (38) 3676-1229

Dr R. Durães
Diretor Técnico Médico
CRM-MG: 5828 - RQE 4198/4200



NOME: MAGNA MARTINS DE FARIA IDADE: 42 ANOS
DATA: 09/03/2019 PRONTUÁRIO: 2627 SEXO: FEMININO
SOLICITANTE: DR(A) DR IAN HERNANDEZ

Bases pulmonares e recessos costodiafragmáticos livres.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Sinais de abordagem cirúrgica recente, com histerectomia e coleção no plano subcutâneo do hipogástrio, com focos gasosos de permeio.
- Distensão líquido gasosa de alças intestinais delgadas, compatível com quadro de oclusão/suboclusão intestinal alta (bridas?). Fundamental correlação clínica e laboratorial.
- Doença diverticular colônica.
- Pequena hérnia umbilical de conteúdo adiposo.

DR. TIAGO ROSSETTO CARVALHO
CRM-MG 69019

Data emissão: 09/03/2019

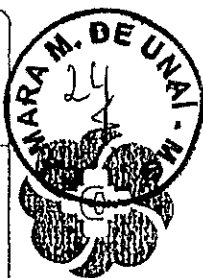
CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO

PACIENTE

Nome: Megano Martins Da Silva Idade: 43
 Endereço: _____
 Tel: 99838-3529 Identidade nº: 10.386.985 Órgão Expedidor: A.B.
 Data de Emissão: _____



1. Autorizo o (a) Doutor (a) Paulo Roberto, CRM _____, e sua equipe de médicos credenciados ao Hospital Santa Monica Unai-Mg, a realizarem os seguinte(s) procedimento(s) Invasivo(s) _____ e/ou cirurgia(s): Histerectomia
2. Fui informado(a) pelo médico(a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração(s) e/ou diagnóstico: _____
3. Se órgão múltiplo especificar: () Direito () Esquerdo () Ambos ou nível: _____ Não se aplica()
4. Declaro que recebi as aplicações necessárias quanto aos benefícios deste exame/procedimento.
5. Fui informado e reconheço que durante a operação/procedimento ou no período pós-operatório, ou mesmo durante a anestesia, novas condições possam requerer procedimentos diferentes ou adicionais daqueles que me foram informados anteriormente. Assim sendo, autorizo o médico e ou seus assistentes, a executarem esses atos cirúrgicos ou outros procedimentos que, segundo o julgamento profissional deles, sejam necessário e desejável, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados. A autorização concedida neste parágrafo estende-se ao tratamento de todas as condições que necessitarem de tratamento e que não sejam do conhecimento do meu médico até o momento em que o procedimento cirúrgico ou médico for iniciado.
6. Estou ciente de que o procedimento(s) invasivo(s), como o citado, pode ser associado a complicações gerais, embora raras, como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares, respiratórios, urinários, que podem inclusive ensejar necessidade de reintervenção cirúrgica. Além disso, me foi respondido todas as perguntas e duvidas formulada.
7. Fui informado sobre a possibilidade de ocorrência de dor relacionada ao procedimento em questão, e que para alivio e para manejo da dor poderá ser necessário adotar medidas farmacológicas apropriadas.
8. Declaro que fui orientado(a), eu e/ou meu acompanhante legal, neste momento, sobre todas as informações necessárias sobre o procedimento e todos os riscos inerentes a esse procedimento, além dos possíveis efeitos colaterais e complicações.
9. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exame complementares, desde que necessário para esclarecimento diagnóstico ou terapêutico.



SANTANA

Hospital

Nome

Endereço

Data de Nascimento

Localidade

Quilômetro

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS E VISTOS DA ENFERMAGEM

24/11/60	10h 00	10h 15	10h 30	10h 45	11h 00	11h 15	11h 30	11h 45	12h 00	12h 15	12h 30	12h 45	13h 00	13h 15	13h 30	13h 45	14h 00	14h 15	14h 30	14h 45	15h 00	15h 15	15h 30	15h 45	16h 00	16h 15	16h 30	16h 45	17h 00	17h 15	17h 30	17h 45	18h 00	18h 15	18h 30	18h 45	19h 00	19h 15	19h 30	19h 45	20h 00	20h 15	20h 30	20h 45	21h 00	21h 15	21h 30	21h 45	22h 00	22h 15	22h 30	22h 45	23h 00	23h 15	23h 30	23h 45	24h 00	24h 15	24h 30	24h 45	25h 00	25h 15	25h 30	25h 45	26h 00	26h 15	26h 30	26h 45	27h 00	27h 15	27h 30	27h 45	28h 00	28h 15	28h 30	28h 45	29h 00	29h 15	29h 30	29h 45	30h 00	30h 15	30h 30	30h 45	31h 00	31h 15	31h 30	31h 45	32h 00	32h 15	32h 30	32h 45	33h 00	33h 15	33h 30	33h 45	34h 00	34h 15	34h 30	34h 45	35h 00	35h 15	35h 30	35h 45	36h 00	36h 15	36h 30	36h 45	37h 00	37h 15	37h 30	37h 45	38h 00	38h 15	38h 30	38h 45	39h 00	39h 15	39h 30	39h 45	40h 00	40h 15	40h 30	40h 45	41h 00	41h 15	41h 30	41h 45	42h 00	42h 15	42h 30	42h 45	43h 00	43h 15	43h 30	43h 45	44h 00	44h 15	44h 30	44h 45	45h 00	45h 15	45h 30	45h 45	46h 00	46h 15	46h 30	46h 45	47h 00	47h 15	47h 30	47h 45	48h 00	48h 15	48h 30	48h 45	49h 00	49h 15	49h 30	49h 45	50h 00	50h 15	50h 30	50h 45	51h 00	51h 15	51h 30	51h 45	52h 00	52h 15	52h 30	52h 45	53h 00	53h 15	53h 30	53h 45	54h 00	54h 15	54h 30	54h 45	55h 00	55h 15	55h 30	55h 45	56h 00	56h 15	56h 30	56h 45	57h 00	57h 15	57h 30	57h 45	58h 00	58h 15	58h 30	58h 45	59h 00	59h 15	59h 30	59h 45	60h 00	60h 15	60h 30	60h 45	61h 00	61h 15	61h 30	61h 45	62h 00	62h 15	62h 30	62h 45	63h 00	63h 15	63h 30	63h 45	64h 00	64h 15	64h 30	64h 45	65h 00	65h 15	65h 30	65h 45	66h 00	66h 15	66h 30	66h 45	67h 00	67h 15	67h 30	67h 45	68h 00	68h 15	68h 30	68h 45	69h 00	69h 15	69h 30	69h 45	70h 00	70h 15	70h 30	70h 45	71h 00	71h 15	71h 30	71h 45	72h 00	72h 15	72h 30	72h 45	73h 00	73h 15	73h 30	73h 45	74h 00	74h 15	74h 30	74h 45	75h 00	75h 15	75h 30	75h 45	76h 00	76h 15	76h 30	76h 45	77h 00	77h 15	77h 30	77h 45	78h 00	78h 15	78h 30	78h 45	79h 00	79h 15	79h 30	79h 45	80h 00	80h 15	80h 30	80h 45	81h 00	81h 15	81h 30	81h 45	82h 00	82h 15	82h 30	82h 45	83h 00	83h 15	83h 30	83h 45	84h 00	84h 15	84h 30	84h 45	85h 00	85h 15	85h 30	85h 45	86h 00	86h 15	86h 30	86h 45	87h 00	87h 15	87h 30	87h 45	88h 00	88h 15	88h 30	88h 45	89h 00	89h 15	89h 30	89h 45	90h 00	90h 15	90h 30	90h 45	91h 00	91h 15	91h 30	91h 45	92h 00	92h 15	92h 30	92h 45	93h 00	93h 15	93h 30	93h 45	94h 00	94h 15	94h 30	94h 45	95h 00	95h 15	95h 30	95h 45	96h 00	96h 15	96h 30	96h 45	97h 00	97h 15	97h 30	97h 45	98h 00	98h 15	98h 30	98h 45	99h 00	99h 15	99h 30	99h 45	100h 00	100h 15	100h 30	100h 45	101h 00	101h 15	101h 30	101h 45	102h 00	102h 15	102h 30	102h 45	103h 00	103h 15	103h 30	103h 45	104h 00	104h 15	104h 30	104h 45	105h 00	105h 15	105h 30	105h 45	106h 00	106h 15	106h 30	106h 45	107h 00	107h 15	107h 30	107h 45	108h 00	108h 15	108h 30	108h 45	109h 00	109h 15	109h 30	109h 45	110h 00	110h 15	110h 30	110h 45	111h 00	111h 15	111h 30	111h 45	112h 00	112h 15	112h 30	112h 45	113h 00	113h 15	113h 30	113h 45	114h 00	114h 15	114h 30	114h 45	115h 00	115h 15	115h 30	115h 45	116h 00	116h 15	116h 30	116h 45	117h 00	117h 15	117h 30	117h 45	118h 00	118h 15	118h 30	118h 45	119h 00	119h 15	119h 30	119h 45	120h 00	120h 15	120h 30	120h 45	121h 00	121h 15	121h 30	121h 45	122h 00	122h 15	122h 30	122h 45	123h 00	123h 15	123h 30	123h 45	124h 00	124h 15	124h 30	124h 45	125h 00	125h 15	125h 30	125h 45	126h 00	126h 15	126h 30	126h 45	127h 00	127h 15	127h 30	127h 45	128h 00	128h 15	128h 30	128h 45	129h 00	129h 15	129h 30	129h 45	130h 00	130h 15	130h 30	130h 45	131h 00	131h 15	131h 30	131h 45	132h 00	132h 15	132h 30	132h 45	133h 00	133h 15	133h 30	133h 45	134h 00	134h 15	134h 30	134h 45	135h 00	135h 15	135h 30	135h 45	136h 00	136h 15	136h 30	136h 45	137h 00	137h 15	137h 30	137h 45	138h 00	138h 15	138h 30	138h 45	139h 00	139h 15	139h 30	139h 45	140h 00	140h 15	140h 30	140h 45	141h 00	141h 15	141h 30	141h 45	142h 00	142h 15	142h 30	142h 45	143h 00	143h 15	143h 30	143h 45	144h 00	144h 15	144h 30	144h 45	145h 00	145h 15	145h 30	145h 45	146h 00	146h 15	146h 30	146h 45	147h 00	147h 15	147h 30	147h 45	148h 00	148h 15	148h 30	148h 45	149h 00	149h 15	149h 30	149h 45	150h 00	150h 15	150h 30	150h 45	151h 00	151h 15	151h 30	151h 45	152h 00	152h 15	152h 30	152h 45	153h 00	153h 15	153h 30	153h 45	154h 00	154h 15	154h 30	154h 45	155h 00	155h 15	155h 30	155h 45	156h 00	156h 15	156h 30	156h 45	157h 00	157h 15	157h 30	157h 45	158h 00	158h 15	158h 30	158h 45	159h 00	159h 15	159h 30	159h 45	160h 00	160h 15	160h 30	160h 45	161h 00	161h 15	161h 30	161h 45	162h 00	162h 15	162h 30	162h 45	163h 00	163h 15	163h 30	163h 45	164h 00	164h 15	164h 30	164h 45	165h 00	165h 15	165h 30	165h 45	166h 00	166h 15	166h 30	166h 45	167h 00	167h 15	167h 30	167h 45	168h 00	168h 15	168h 30	168h 45	169h 00	169h 15	169h 30	169h 45	170h 00	170h 15	170h 30	170h 4
----------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	---------	--------



SANTA MÔNICA
Hospital

CNPJ - 25.840.430/0001-12
UNAI - MG

Dr. R. Durães
Especialista em Medicina
CRM MG 5821 - RQE 4136/1200

NOME

Nº PRONTUÁRIO

ENF:

LEITO

NOME DE NOSOCÔMIO OU CARIMBO

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudanças de diagnósticos, condições ao ser dada a alta. Instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo médico que a fez.



DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
01/11	<i>Admissão em UTI com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2, obesidade mórbida. Tratamento com diuréticos, anti-hipertensivos e insulina.</i>
02/11	<i>Evolutione satisfatória. Continuação do tratamento.</i>
03/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
04/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
05/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
06/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
07/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
08/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
09/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
10/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
11/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
12/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
13/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
14/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
15/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
16/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
17/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
18/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
19/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
20/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
21/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
22/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
23/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
24/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
25/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
26/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
27/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
28/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
29/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
30/11	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
01/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
02/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
03/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
04/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
05/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
06/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
07/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
08/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
09/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
10/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
11/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
12/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
13/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
14/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
15/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
16/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
17/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
18/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
19/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
20/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
21/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
22/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
23/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
24/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
25/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
26/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
27/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
28/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
29/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>
30/12	<i>Continuação da evolução satisfatória. Paciente estável.</i>

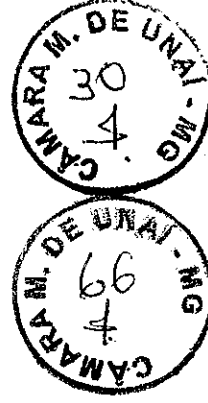


SANTA MÔNICA
Hospital

Av. José Luiz Adjuto, 325 - Centro - CEP 38.610-000
(38) 3677-9700 - (38) 3676-1229
UNAI-MG

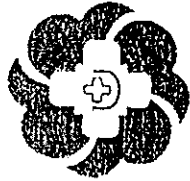
CHECK LIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA (Na presença de, pelo menos membro da equipe de enfermagem e do anestesista) O paciente confirmou a sua identidade, o local da cirurgia, o procedimento e seu consentimento? () sim () não aplicável	ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA (Na presença da equipe de enfermagem do anestesista e do cirurgião) Confirmar que todos membros se apresentaram, indicando o seu nome e sua função	ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA CIRÚRGICA (Na presença de, pelo menos membro da equipe de enfermagem e do anestesista) O membro da equipe de enfermagem confirma verbalmente: O nome do procedimento A conclusão da contagem de instrumentos, compressas e at A identificação das amostras (ter as identificações das amostras voz alta, inclusive o nome do paciente) Se há quaisquer problemas com os equipamentos a serem:
O local está demarcado () sim () não aplicável	Confirmar o nome do paciente, o procedimento e onde será aplicada a incisão	Para o Cirurgião, o Anestesista e a Equipe de Enfermagem Quais são as principais preocupações para a recuperação e deste paciente?
Foi concluída a verificação do equipamento de anestesia e da medicação? () sim () não aplicável	A profilaxia antimicrobiana foi administrada nos últimos 60 minutos? () sim () não aplicável	
O oxímetro de pulso está colocado no paciente e funcionando? () sim () não aplicável	Prevenção de Eventos Críticos Para o Cirurgião: Quais são as etapas críticas ou não rotineiras? Qual a duração do caso? Qual a quantidade de perda de sangue prevista? Para o anestesista: Há alguma preocupação especificamente relacionada ao paciente? Para a equipe de enfermagem: Foi confirmada a esterilização (incluindo os resultados dos indicadores)? Há alguma preocupação ou problema com relação aos equipamentos?	
O paciente possui: Alergia conhecida? () não () sim Via aérea difícil ou risco de aspiração? () não () sim, e que equipamentos/ assistência disponíveis Risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg para crianças)? () não () sim, e 2 acessos intravenosos/ou 01 acesso central e fluidos previstos	Os exames de imagens essenciais estão disponíveis? () sim () não aplicável	



[Assinatura]

Assinatura



SANTA MÔNICA
Hospital

Av. José Luiz Adjuto, 325 - Centro - CEP 38.610-000
(38) 3677-9700 - (38) 3676-1229
UNAI-MG

CENTRO CIRÚRGICO

DATA: 27/03/14 NOME: JOÃO CARLOS MÉDICO: JOÃO
CONVÊNIO: () PARTICULAR: () TIPO DE CIRURGIA: P PORTE: A
INÍCIO: 08:00 TÉRMINO: 12:00

TAXAS E SERVIÇOS

Taxa de Sala			
Instrumental			
Oxímetro			
Aspirador			
Bisturi Elétrico			
Monitor Cardíaco			
Oxigênio			
Protóxido			
Taxa de Video Laparoscópio			
Capnografia			
Ar Comprimido			
Carro Anestésico			



Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Paciente ou Responsável

Unai 01 / 03 / 14



PROCESSO Nº 10.000.000.000
CAMARA M. DE UNAI - MG

10/03/14
CAMARA M. DE UNAI - MG

02103/14

Uterus Myomatosus

Uterus Myomatosus

Alumina

Prostatae benignae Myomatosus

EVOLUÇÃO

Fim.

20/03/14

DATA: 31/03/19

HORA: _____

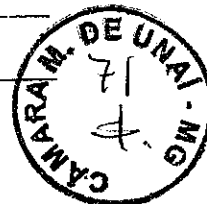


Assinatura do paciente ou responsável:

Mauro Martins de Jesus

Nome (em letra de forma): _____

RG: _____



Testemunha: _____ RG: _____

REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado acima e declaro que não desejo prosseguir o tratamento, e dou esta por finalizado.

Local e Data: _____

Médico

Paciente ou representante

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todos os procedimentos anestésico ao paciente acima identificado e/ou ao responsável, informando inclusive, os benefícios e as alternativas, tendo respondido a todas as perguntas que me foram formuladas. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

Médico: _____ CRM nº: _____ Assinatura: _____



10. Declaro que fui informado(a) que poderei a qualquer momento antes do procedimento, revogar o meu consentimento.
11. Assim o assino por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta minha e de meu médico.

DATA: 01/03/19 HORA: _____

Assinatura do paciente ou responsável:

Magno Martin de Jesus

Nome (em letra de forma): _____

RG: _____ CPF: _____

Testemunha: _____ RG: _____



REVOGAÇÃO

Revogo o consentimento prestado acima e declaro que não desejo prosseguir o tratamento, e dou esta por finalizado.

Local e Data: _____

Médico

Paciente ou representante

Deve ser preenchido pelo médico

Expliquei todos os procedimentos, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos, e alternativas, tendo respondido as perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado.

PACIENTE : Magna Martins de Faria

MÉDICO SOLICITANTE: Dra. Francinely

DATA: 26/09/2018



LAUDO DE ULTRA-SONOGRAFIA PÉLVICA



Exame realizado em modo bidimensional com aparelho MEDSON 8000 usando sonda
convexa multifrequencial por acesso: Abdominal ☐

Endovaginal ☒

D.U.M.:

Bexiga: Vazia

Útero em RVF.

Dimensões: 10,3cm x 8,4 cm x 9,4cm Volume: 423,0cm. Presença de mioma
intramural na região anterior medindo 5,0 x 5,4 x 5,5 cm (79,0 cm³).

Endométrio fino, mede 5 mm

Ovário Direito

Dimensões: Volume: 6,0 cm³

Ovário Esquerdo

Dimensões: Volume: 7,0 cm³.

Fundo de Saco de Douglas: livre

Obs.:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Útero de grande volume com mioma
intramural.

Dra. Bernadete de Lourdes Queiroz
CRM MG 21019

CLINOR

AV: JOSE LUIS ADJUTO, 92
38) 3676-4537

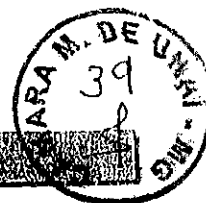


Relatório de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAA)

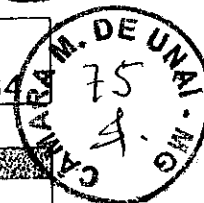
1. Dados do Exame		
Nº do Exame 5ZP-00184	Data de Instalação: 13/11/2018 08:08 Término: 14/11/2018 08:03 Protocolo de Medições: Padrão	Código 5ZP-00184



2. Paciente		
Nome: Magna Martins Farias	Idade: 42	
Sexo: F	Altura: 1,60	Peso: 92
Fumante: Não	Tel: 99838-3509	Fax:
Medicação:	Losartan 2xd	desde longa data até hoje
P.A. no Consultório:	13/11/2018 120/80 mmHg 76 bpm	
Diagnóstico:	HAS, controle (?)	
Motivo do Exame:	Sem sintomas	

LINORJOSE LUIS ADJUTO, 92
3676-4537**Análise Estatística**

Nº do Exame 5ZP-00184	Paciente: Magna Martins Farias Data de Instalação: 13/11/2018 08:08:33	Código: 5ZP-00184
--------------------------	---	----------------------

**Dados Básicos**

Total de Medições: 81
Medições Válidas: 78 = 96%

Valores Médios

Período Total: 128 / 71 mmHg
Período da Vigília: 125 / 71 mmHg
Período do Sono: 137 / 74 mmHg
Pressão Matinal: 145 / 77 mmHg
Ascenso Matinal*: 11 mmHg
Descenso de P.A. no Sono: -9% / -4%
Carga Pressórica** na Vigília: 26% / 13%
Carga Pressórica** no Sono: 100% / 75%
Carga Pressórica** Total: 41% / 26%

até 125 / 75 mmHg
até 130 / 85 mmHg
até 110 / 70 mmHg

acima de 10% / 10%

até 50% / 50%
até 50% / 50%
até 50% / 50%

Ascenso Matinal: Diferença entre a média da pressão matinal e a média da menor pressão no sono.
Carga Pressórica: Percentual de medições acima de 130/85 na vigília e 110/70 no sono.

Valores Máximos em mmHg

Período da Vigília:
PAS: 171 mmHg às 07:18 hs
PAD: 99 mmHg às 07:45 hs
PAM: 118 mmHg às 08:00 hs
PP: 122 mmHg às 07:18 hs
Período do Sono:
PAS: 149 mmHg às 01:00 hs
PAD: 83 mmHg às 04:00 hs
PAM: 110 mmHg às 01:00 hs
PP: 76 mmHg às 02:30 hs

Comentários**Valores Mínimos em mmHg**

Período da Vigília:
PAS: 103 mmHg às 21:00 hs
PAD: 48 mmHg às 13:30 hs
PAM: 75 mmHg às 13:30 hs
PP: 18 mmHg às 08:33 hs
Período do Sono:
PAS: 126 mmHg às 23:00 hs
PAD: 63 mmHg às 02:03 hs
PAM: 93 mmHg às 02:03 hs
PP: 52 mmHg às 23:00 hs

Comentários**Desvio Padrão das Medições de P.A. em mmHg**

Período Total: 13,7 / 10,5
Período da Vigília: 14,2 / 11,4
Período do Sono: 6,3 / 5,0

até 12,0 / 9,0
até 10,0 / 8,0

UNOR

JOSE LUIS ADJUTO, 92

1575-4537



Tabela das Medições

Nº do Exame 5ZP-00184	Paciente: Magna Martins Farias	Código: 5ZP-00184
	Data de Instalação: 13/11/2018 08:08:33	

DATA	HORA	PA	RA	PP	PC	COMENTÁRIOS	DATA	HORA	PA	RA	PP	PC	COMENTÁRIOS
13/11/18	15:59	80	117	80	64	Medição manual	49	20:45	119	84	100	35	68
13/11/18	16:14	96	104	18	73		50	21:00	103	66	83	37	60
13/11/18	16:43	87	114	59	68		51	21:15	128	60	91	68	59
13/11/18	16:45	90	116	56	68		52	21:30	144	81	110	63	59
13/11/18	16:57	77	100	50	60		53	21:45	135	78	104	57	56
13/11/18	17:00	69	96	58	55		54	22:00	156	77	113	79	58
13/11/18	17:42	66	101	76	80		55	22:18	126	63	91	63	57
13/11/18	18:00	64	94	66	69		56	22:30	108	86	96	22	79
13/11/18	18:02	82	95	28	78		57	22:45	121	72	94	49	58
13/11/18	18:14	58	84	56	70		58	23:00	126	74	98	52	71
13/11/18	18:16	58	80	48	71		59	23:30	143	79	109	64	58
13/11/18	18:30	64	88	52	67		60	00:00	137	76	104	61	59
13/11/18	18:51	68	93	55	66		61	00:30	131	69	98	62	55
13/11/18	18:53	71	90	42	67		62	01:00	149	77	110	72	68
13/11/18	18:55	69	89	44	66		63	01:30	131	73	100	58	54
13/11/18	18:58	67	91	52	72		64	02:03	128	63	93	65	65
13/11/18	18:59	57	84	60	70		65	02:30	142	66	101	76	57
13/11/18	19:03	96	109	28	74		66	03:00	134	76	102	59	57
13/11/18	19:05	52	78	56	67		67	03:30	131	73	100	58	57
13/11/18	19:31	48	75	60	65		68	04:00	137	83	108	54	59
13/11/18	19:33	53	86	72	63		69	04:30	143	70	104	73	59
13/11/18	19:39	62	86	52	60		70	05:00	141	74	105	67	61
13/11/18	19:51	68	87	41	65		71	05:30	139	72	103	67	59
13/11/18	19:52	65	88	50	63		72	06:00	133	74	101	59	56
13/11/18	19:55	72	89	38	63		73	06:30	140	79	107	61	69
13/11/18	19:59	63	91	61	62		74	07:00	132	68	97	64	77
13/11/18	20:05	71	98	59	64		75	07:18	171	49	105	122	91
13/11/18	20:30	71	93	49	59		76	07:33	130	85	105	45	91
13/11/18	20:38	88	102	30	69		77	07:45	135	99	115	36	77
13/11/18	20:46	70	91	46	64		78	08:00	157	86	118	71	78
13/11/18	20:55	61	88	60	62		79	08:03					Aparelho desligado manualmente
13/11/18	21:00	49	84	78	75								
13/11/18	21:05	75	97	49	80								
13/11/18	21:09	68	91	49	67								
13/11/18	21:15	74	92	41	66								
13/11/18	21:33	74	96	47	65								
13/11/18	21:42	63	97	74	78								
13/11/18	21:50	71	99	62	74								
13/11/18	21:55	74	102	62	63								
13/11/18	21:59	68	95	58	56								
13/11/18	22:05	73	106	72	66								
13/11/18	22:09	67	93	58	59								
13/11/18	22:15	73	96	50	56								
13/11/18	22:30	71	97	57	57								
13/11/18	22:35	71	87	34	62								
13/11/18	22:40	60	87	59	63								
13/11/18	22:45	62	96	74	56								
13/11/18	22:50	64	90	56	57								



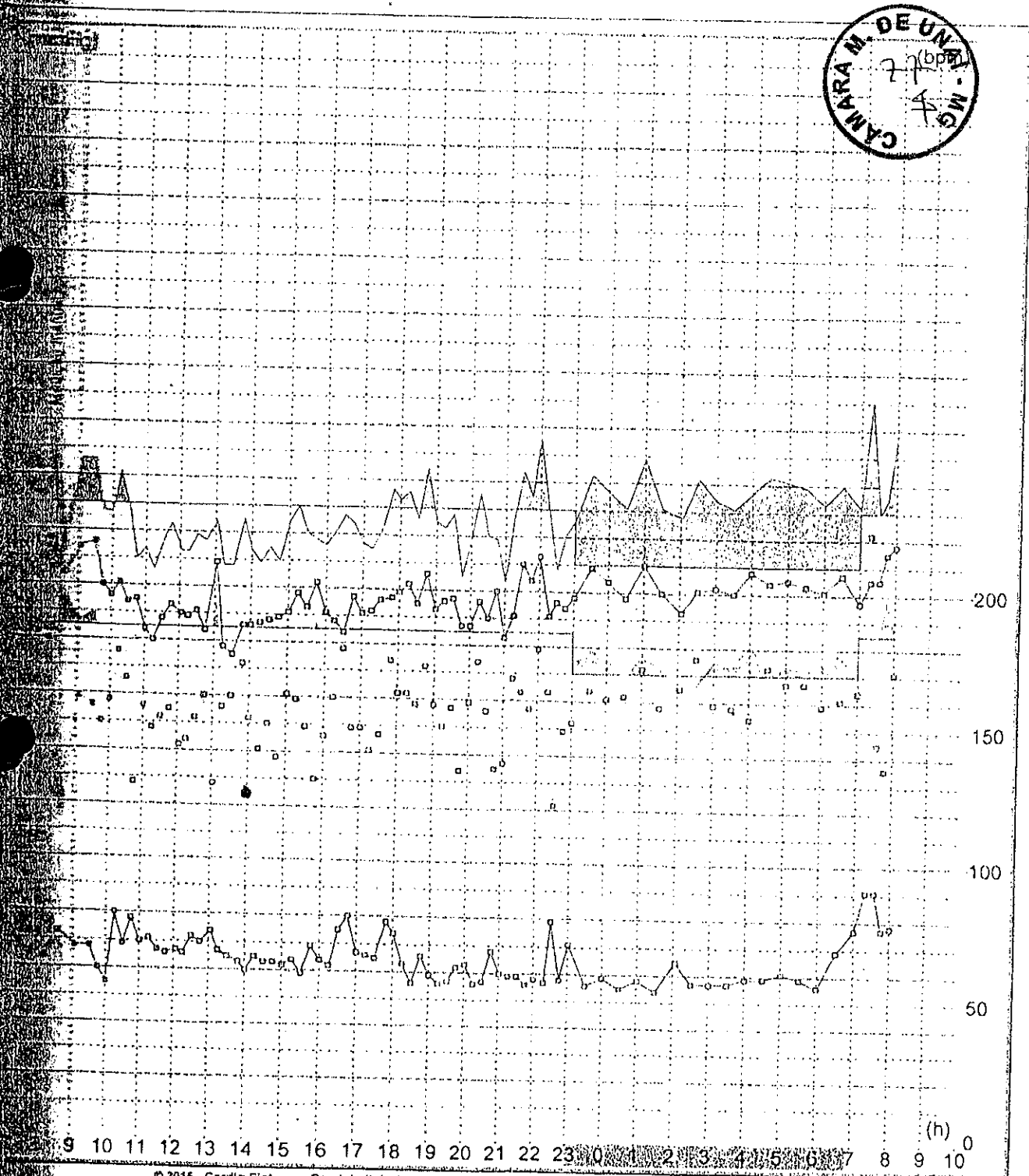
LABOR

LABOR LUIS ADJUTO, 92



Gráfico das Pressões

Exame	Paciente: Magna Martins Farias	Código:
52P-00184	Data de Instalação: 13/11/2018 08:08:33	52P-00184



UNOR

JOSE LUIS ADJUTO, 92
2025-4537



Gráfico de Tendências

Nome do Exame

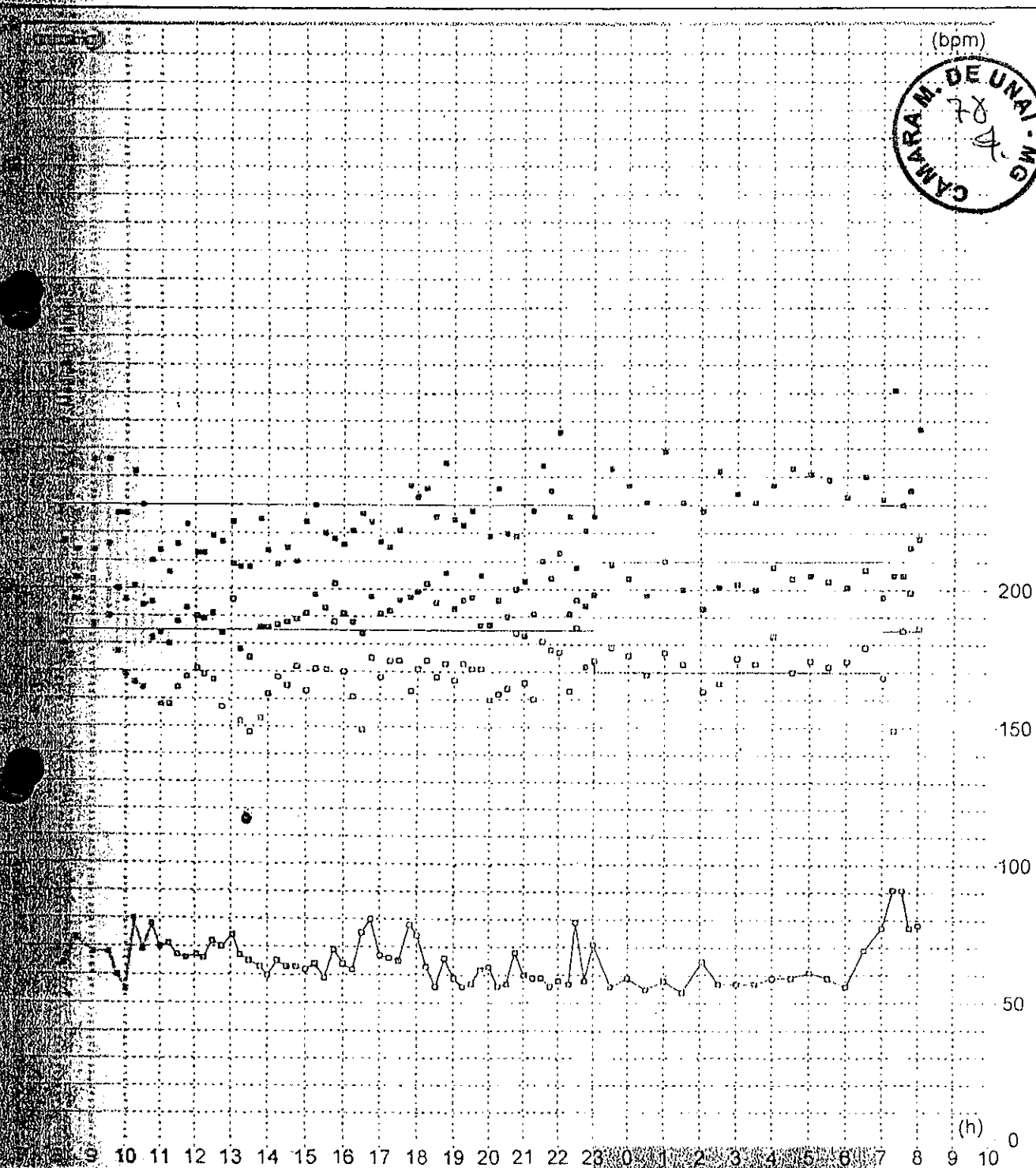
5ZP-00184

Paciente: Magna Martins Farias

Data de Instalação: 13/11/2018 08:08:33

Código:

5ZP-00184



MAIOR

JOSE LUIS ADJUTO, 92
537

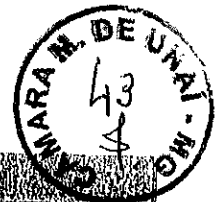


Gráfico de Correlação

Nome do Exame 5ZP-00184	Paciente: Magna Martins Farias	Código: 5ZP-00184
	Data de Instalação: 13/11/2018 08:08:33	

(Sistólica em mmHg)



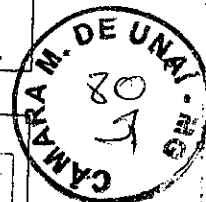
50 100 150 200 250 (Diastólica em mmHg)



Histogramas

Paciente: Magna Martins Farias
Data de Instalação: 13/11/2018 08:08:33

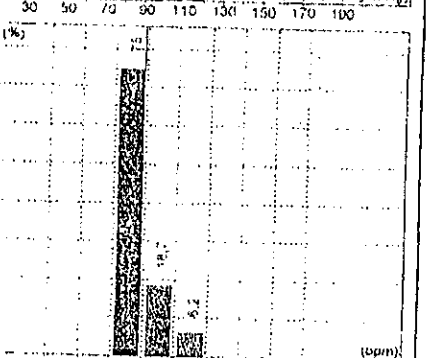
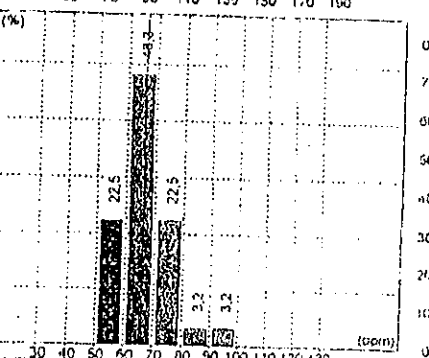
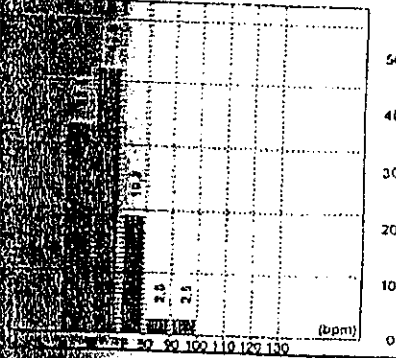
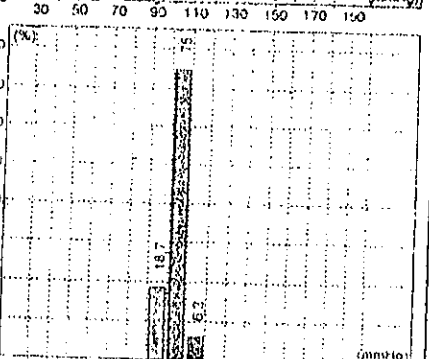
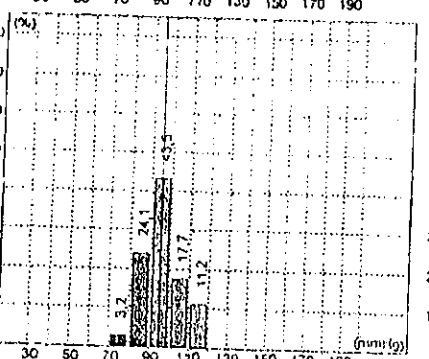
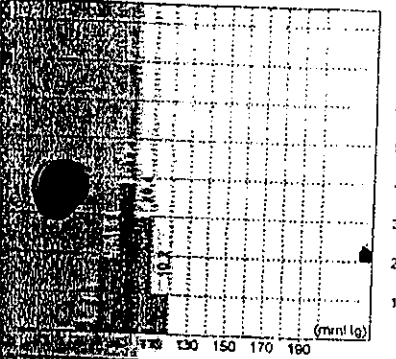
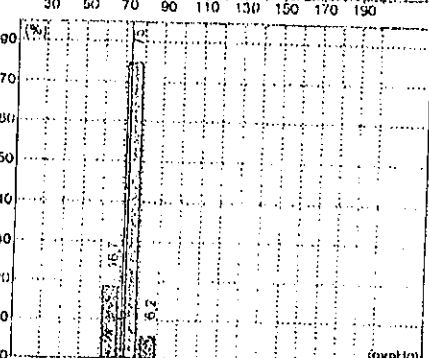
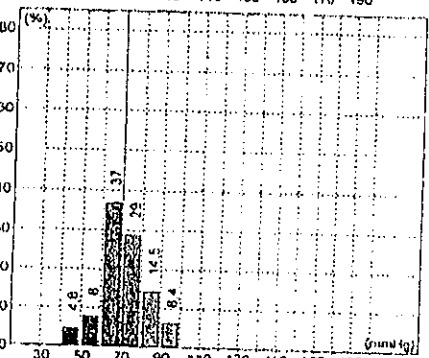
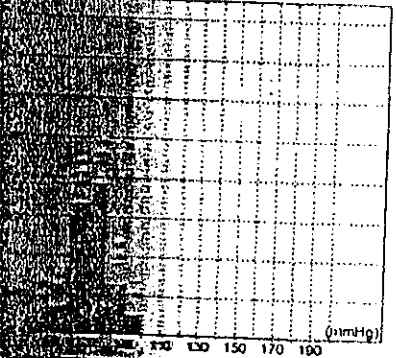
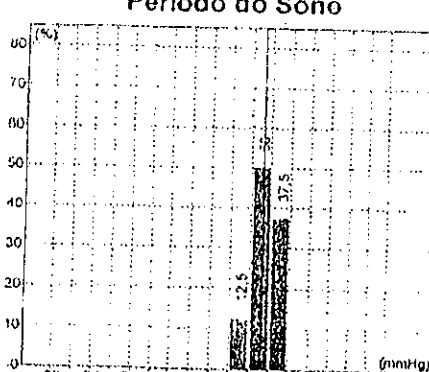
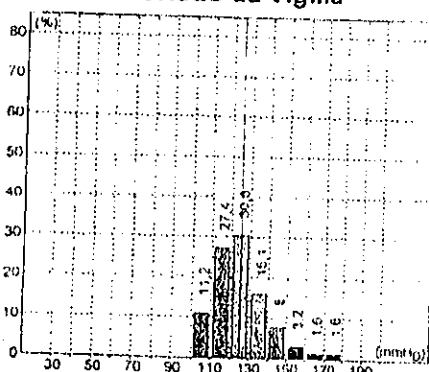
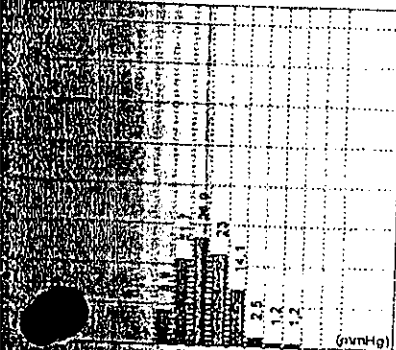
Código: 5ZP-00184



Período Total

Período da Vigília

Período do Sono





LABORATÓRIO
Santa Mônica

CNPJ: 03.205.800/0001-00

CRF: 17912-48

CNEB: 522873

RT: Glacy-Mar Almeida

CRF-MG: 1094



Cliente: MAGNA MARTINS DE FARIA
Idade: 42 anos-Feminino
Solicitante Dr(a):
Convênio: ODONTOMED - Único
Identidade: MG 10386995 SSP/MG

Atendimento: GM-026800
Data: 26/12/2018
Posto: Posto 01
Horário: 07:44
Impressão: 26/12/2018 14:41:47

HEMOGRAMA COMPLETO

Data Coleta: 26/12/2018

Material: Sangue

Método: Sistema Automatizado

ERITROGRAMA

Hematócrito.....	37,30	%	Valores de Referência:
Hemoglobina.....	11,90	g/dl	36,00 a 46,00 %
Hemácias.....	4,75	milhões/mm ³	12,00 a 16,00 g/dl
VCM.....	78,53	fl	4,00 a 5,20 milhões/mm ³
HCM.....	25,05	pg	80,00 a 100,00 fl
CHCM.....	31,90	g/dl	26,00 a 34,00 pg
RDW.....	13,40	%	31,00 a 37,00 g/dl
			12,0 a 16,0 %

LEUCOGRAMA

Leucócitos - Global:	8.400 /mm ³	4.000 a 11.000 /mm ³
Basófilos.....	0,0 %	Até 200 /mm ³
Eosinófilos.....	3,0 %	0 a 500 /mm ³
Mielócitos.....	0,0 %	0,0 - 0,0 /mm ³
Metamielócitos.....	0,0 %	0,0 - 0,0 /mm ³
Bastões.....	1,0 %	Até 1.000 /mm ³
Segmentados.....	48,0 %	1.800 a 7.000 /mm ³
Linfócitos Típicos..	44,0 %	1.000 a 5.000 /mm ³
Monócitos.....	4,0 %	80 a 1.200 /mm ³

PLAQUETAS.....	301.000 /mm ³	140.000 a 450.000 /mm ³
----------------	--------------------------	------------------------------------

Aparelho automatizado PENTRA 60

Dra. Glacy-Mar Almeida
Farmacêutica-Bioquímica
CRF MG 10942

Dra. Cristiane Braga de Lima
Farmacêutica-Bioquímica
CRF MG 18607

Somente o seu médico poderá interpretar corretamente os resultados dos seus exames, uma vez que sofrem influências várias: fisiológicas, patológicas, uso de medicamentos, etc.



23374433

Laudo do Exame Citopatológico do Colo do Útero

Emissão: 10/05/2018

Hora: 10:07

Página: 1

UF: SP



Data da Coleta: 28/02/2018

Unidade de Saúde: FUNDAÇÃO PIO XII

Origem: FUNDAÇÃO PIO XII

Convênio: SUS

Município: BARRETOS

Exame: T4/18/01904

Prontuário:

Paciente: MAGNA MARTINS DE FARIA

Mãe: MARIA ZENAIDE MARTINS DA SILVA

Data do nascimento: 11/05/76

Idade: 42

Endereço: BENEDITO OZORIO

Número: 105

Complemento:

Bairro: IUNA

Telefone: (38) 9838-3509

Município: UNAI

Estado: MG

Cep: 38610000

Laboratório: FUNDAÇÃO PIO XII

C.G.C.: 49.150.352/0001-12

Município: BARRETOS

UF: SP

Data do Recebimento: 01/03/2018

Resultado do Exame

ADEQUABILIDADE DO MATERIAL

Satisfatório

EPITÉLIOS REPRESENTADOS NA AMOSTRA:

Amoso

Endular

ALTERAÇÕES CELULARES BENIGNAS REATIVAS OU REPARATIVAS

Inflamação

MICROBIOLOGIA

Lactobacilos sp

Candida sp

Conclusão

Negativo para neoplasia.

Método de coleta: MEIO LIQUIDO

ATENÇÃO

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde (*)

VOCÊ DEVERÁ REPETIR O EXAME PREVENTIVO (PAPANICOLAOU) EM 28/02/2019.

(*) Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero - 2016.

Data da liberação do laudo: 10/05/2018

Responsável pelo resultado:

Nome: Dr. Vinicius Duval Da Silva

CRM:190113

HOSPITAL MUNICIPAL DR JOAQUIM BROCHADO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LABORATÓRIO MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

Cadastro no CRF-MG sob nº: 22057

RUA VIRGILIO JUSTINIANO RIBEIRO, 1985. BARROCA. 38610000.



Paciente: MAGNA MARTINS DE FARIA

nascimento: 11/05/1976

Profissional: ADILSON ANTONIO DE SOUZA

Data: 03/07/2018

Prontuário: 000016886

Atendimento:

Data do Resultado: 03/07/2018

HEMOGRAMA COMPLETO

Material:

Referências

HISTOGRAMA

HEMATÓCRITO	37,40 %		[40,00 a 54,00
HEMOGLOBINA	12,00 g %		[13,50 a 18,00
HEMOGLOBÍNIAS	5,19 milhões/mm ³		[4,00 a 6,50
HbM	72,06 u3		[82,00 a 93,00
HbA	23,12 pg		[27,00 a 32,00
HbC	32,09 %		[32,00 a 36,00

DIFERENCIAL

NEÚTRÓFILOS	9040 /mm ³		[5.000 a 10.000
LÓFILOS	0 %	0 /mm ³	0 a 1 - 0 a 100
EOSINÓFILOS	1 %	90 /mm ³	2 a 5 - 100 a 500
LEUCÓCITOS	0 %	0 /mm ³	0 a 0 - 0 a 0
PLAQUETÓCITOS	0 %	0 /mm ³	0 a 1 - 0 a 100
PLAQUETAS	0 %	0 /mm ³	3 a 5 - 150 a 500
SEGMENTADOS	62 %	5605 /mm ³	54 a 62 - 2.700 a 6.200
INFÓCITOS	34 %	3074 /mm ³	20 a 38 - 1.900 a 3.500
MONÓCITOS	3 %	271 /mm ³	3 a 8 - 150 a 800

PLAQUETAS	308 mil/mm ³	[150 a 450
-----------	-------------------------	-------------

TEMPO E ATIVIDADE PROTROMBINICA

Material: PLASMA EM CITRATO

TEMPO DO PACIENTE	13,0 segundos
TEMPO CONTROLE	13,0 segundos
ATIVIDADE PROTROMBINICA	100 %
NI	1,00

ROMBOPLASTINA PARCIAL - PTT

Material: PLASMA EM CITRATO

TEMPO DO PACIENTE	34,4 segundos
TEMPO CONTROLE	34,0 segundos

TEMPO DE COAGULAÇÃO

Material: SANGUE TOTAL

RESULTADO	5'00'' minutos
-----------	----------------

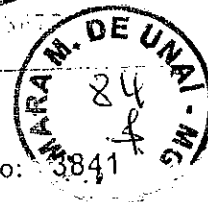
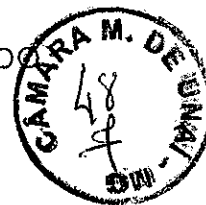
ROSIMEIRE NUNES DA SILVA
CRF 9616

Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados de seus exames.

HOSPITAL MUNICIPAL DR JOAQUIM BROCHADO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 LABORATÓRIO MUNICIPAL DE UNAÍ-MG
 TELEFONE: (38) 3677 5066 RAMAL: 230

Cadastro no CRF-MG sob nº: 22057

RUA VIRGÍLIO JUSTINIANO RIBEIRO, 1583, FARM. DE UNAÍ-MG, 38.600-000, UNAI-MG



Paciente: MAGNA MARTINS DE FARIA

Nascimento: 11/05/1976

Profissional: ADILSON ANTONIO DE SOUZA

Data: 04/07/2018

Prontuário: 000016886

Atendimento: 3841

Data do Resultado: 03/07/2018

OBSERVAÇÃO:

PROTEÍNA C REATIVA

Material:

PCR: REAGENTE

CONCENTRAÇÃO: 24,00 mg/L

FERNANDA DE ALMEIDA GRANDI
 CRE 14562

Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados de seus exames.

TEMPO DE SANGRAMENTO

Material: SANGUE

RESULTADO

1'00'' minutos



ROSIMEIRE NUNES DA SILVA
CRF 9616

Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados de seus exames.

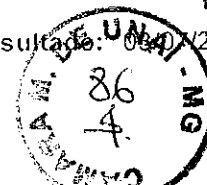
HOSPITAL MUNICIPAL DR JOAQUIM BROCHADO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 LABORATÓRIO MUNICIPAL DE UNAÍ-MG
 Cadastro no CRF-MG sob nº.: 22057
 RUA VIRGILIO JUSTINIANO RIBEIRO, 1585. BARROCA. 38610000.



Paciente: MAGNA MARTINS DE FARIA
 Nascimento: 11/05/1976
 Profissional: ADILSON ANTONIO DE SOUZA
 Data: 04/07/2018 Prontuário: 000016886

Atendimento: 3841

Data do Resultado: 04/07/2018



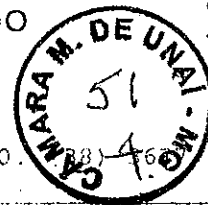
UREATININA	Material: SORO	Valor de Referência
RESULTADO:	0,83 mg/dL	0.16 à 1.4
GLICOSE	Material: SORO	Valor de Referência
RESULTADO:	84,00mg/dL	65 A 99 mg/dL
GLICOSE PÓS PRANDIAL	Material:	Valor de Referência
RESULTADO:	80,00mg/dL	65 a 126 mg/dL
UREIA	Material: SORO	Valor de Referência
RESULTADO:	23,00 mg/dL	15 à 40

FERNANDA DE ALMEIDA GRANDI
 CRF 14562

Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados de seus exames.

HOSPITAL MUNICIPAL DR JOAQUIM BROCHADO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
LABORATÓRIO MUNICIPAL DE UNAÍ-MG

Cadastro no CRF-MG sob nº.: 22057
RUA VIRGILIO JUSTINIANO RIBEIRO, 1585. BARROCA. 38610000.



Paciente: MAGNA MARTINS DE FARIA

Nascimento: 11/05/1976

Atendimento: 3841

Profissional: ADILSON ANTONIO DE SOUZA

Data: 03/07/2018

Prontuário: 000016886

Data do Resultado: 03/07/2018

S Material: URINA

ACIDIDADE:	6,00	
PROTEÍNAS:	1010	
GLICOSE:	AUSENTE	
CORPOS CETÔNICOS:	INDETECTAVEL	
HEMOGLOBINA:	NEGATIVO	
BILIRRUBINA:	AUSENTE	
DEBILIDADE:	AUSENTE	
ERITROS:	NORMAL	
LEUCÓCITOS:	NEGATIVO	
PLAQUETAS:	ALGUNS	p/c. (400 x)
GLÓBULOS:	3	p/c. (400 x)
GLÓBULOS:	1	p/c. (400 x)
CO:	NORMAL	
CORONA BACTERIANA:	ESCASSA	



VIVIANE QUEIROZ E SILVA
CRF 10.047

Somente o seu médico tem condições de interpretar corretamente os resultados de seus exames.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
SUPERINTENDENCIA DE PROGRAMAÇÃO ASSISTENCIAL



USUÁRIO: unai@unai - UNIDADE HOSPITAL MUNICIPAL DE BACUBITA - UNAI

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação / Mudança de Leito /
Leito Complementar

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:
Seleção da solicitação

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

Identificação do paciente



PACIENTE	MAGNA MARTINS DE FARIA
NOME DA MÃE	MARIA ZENAIDE MARTINS DA SILVA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	016886
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	11/05/1976 - 42 ANOS
SEXO	FEMININO
NOME DO RESPONSÁVEL	GERALDO ARAUJO
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	(38) 98101852
ENDEREÇO	BENEDITO OSORIO, Nº 105
BAIRRO	IUNA
ESTADO DE RESIDÊNCIA	MINAS GERAIS
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	UNAI
Plantonista	
MÉDICO	79135412615 - VOSMAR PEREIRA CARDOSO
TELEFONE PARA CONTATO	(38) 96775066
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
Solicitação	
NÚMERO	151245137
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	31480021 - PATOS DE MINAS
DATA - HORA	10/03/2019 - 23:42
PROFISSIONAL	79135412615 - VOSMAR PEREIRA CARDOSO
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0407040161 - LAPAROTOMIA EXPLORADORA
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	3 - CIRURGICOS - CIRURGIA GERAL
CLÍNICA COMPLEMENTAR	75 - UTI ADULTO - TIPO II
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	2 - URGENCIA
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	1 - RISCO DE VIDA
Justificativa da Internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	K565 - ADERENCIAS INTESTINAIS (BRIDAS) COM OBSTRUÇÃO
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	HISTÓRIA CLÍNICA - História Clínica: PACIENTE NO NONO DIA DE PÓS OPERATÓRIO DE HISTERECTOMIA, EVOLUINDO COM QUEIXA DE DOR ABDOMINAL, PARADA DE ELIMINAÇÕES DE FEZES, NÁUSEAS E VÔMITOS FREQUENTES. PRESENÇA DE ABCESSO EM REGIÃO DA FERIDA OPERATÓRIA. DADOS VITAIS - Pressão Arterial: 80X60 - Frequência Cardíaca: 105 - Temperatura Axilar: 36,5 MEDICAMENTOS EM USO



- Medicamentos:

RINGER, CEFTRIAXONA, METRONIDAZOL, HIDROCORTIZONA, DIPIRONA, TRAMADOL, FONDASET, BICARBONATO, MIDAZOLAM, FENTANIL, NARADRENALINA.

DADOS VITAIS

- Pulsos: 105

- Frequência Respiratória: 16



CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EVOLUÇÃO

- EVOLUÇÃO: HOJE EVOLUIU COM QUADRO DE DISTENSÃO ABDOMINAL, ASSOCIADA A TAQUICARDIA (146 BPM) PA: 100x60. COM RHA PRESENTES. SEM SINAIS DE IRRADIAÇÃO PERITONIAL. CONDUTA: LAPARATOMIA PARA IDENTIFICAÇÃO DO QUADRO. PACIENTE SEGUE INTUBADA NO POS OPERATÓRIO IMEDIATO DE LAPARATOMIA EXPLORATÓRIA, NO QUAL APRESENTOU DISTENSÃO IMPORTANTE DE TODO ABDÔMEN, COM ADERÊNCIA DE COLON DE OVÁRIO, COM SEGUIMENTO DISTAL (ANTECEDENTE DE HTA HÁ 10 DIAS). COM CONSEQUENTE RUPTURA DE JEJUNO E COM OBSTRUÇÃO DE FEZES NA CAVIDADE. PACIENTE APRESENTANDO HIPOTENSÃO E TAQUICARDIA, MANTENDO PACIENTE MONITORIZADA, SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA. SEDAÇÃO CONTÍNUA, NORADRENALINA EM BIC.

NÃO DISPOMOS DE SUPORTE NECESSÁRIO PARA DAR CONTINUIDADE NO TRATAMENTO. MESMA NECESSITA DE UTI COM URGÊNCIA.



PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

EXAME CLÍNICO

- Exame Aparelho Circulatório: .

- Exame Aparelho Respiratório: .

EXAMES COMPLEMENTARES

- Outros Exames: .

- Radiografias: .

- Exames Laboratoriais: HM: 38.60 HB: 12.90 HEMÁCIA 4: 58, LEUCÓCITOS: 17110, PLAQUETAS: 461 PCR: 48

AMILASE: 133 CREATININA: 1.59 TGO: 93 TGP: 353 URÉIA: 119

EXAME CLÍNICO

- Outros Achados Exame Físico: .

HEMOGRAMA COMPLETO

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

Evolução do paciente

DATA - HORA ▲ ▼

OPERADOR ▲ ▼

EVOLUÇÃO ▲ ▼

Nenhum registro encontrado.

Volta

Caso deseje cancelar a solicitação de Internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências

4/01/2019
io: 13:30
Hospital Santa Mônica
o: Dr. Durães

PRONTO ATENDIMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL DE UNAI
FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA



Especialidade: ANESTESIOLOGIA

Data da Consulta: 19-12-2018

Horário: 10:00

Nascimento: 11-03-1976

Idade: 43

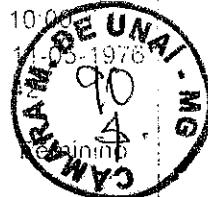
Paciente: MAGNA MARTINS DE FARIA

Nome da Mãe: MARIA ZENAIDE MARTINS DA SILVA

Endereço: RUA BENEDITO OSORIO, 105 - JUNA, UNAI-MG

Prontuário: 000016886 Cartão Municipal: 66932

Cartão SUS: 70900980142581 Sexo: Feminino



Antecedentes Pessoais / Familiares

Cirurgias / Anestesias Anteriores: LXXI CERVICAL

Intercorrência:

Hemotransusão:

Antecedentes Familiares:

() Tabagismo () Cigarro / Dia Tempo: -

() Etilismo () Quantidade Tempo: 100

() Uso de Tóxicos () Alergia Qual: JECI, DERMATITE

Interrogatório Sintomatológico

SISTEMA CARDIOVASCULAR: (X) HAS () Palpitação () Edema MMI () Dor precordial () Marcapasso () Varizes

SISTEMA RESPIRATÓRIO: () Dispneia () Tosse () Asma () Cianose () Hemoptise () Apnéia sono

SISTEMA DIGESTIVO: () Dor epigástrica () Gastrite () Refluxo () Hepatite () Cirrose

SISTEMA UROGENITAL: () Disúria () Poliúria () Dor Lombar () DUM (Mulhor)

SISTEMA ENDÓCRINO: () Diabetes () Doenças da tireóide

SISTEMA HEMATOLOÓGICO: () Anemia () Sangramentos () Transfusão sanguínea

SISTEMA IMUNOLÓGICO: () Alergia () Herpes

SISTEMA LOCOMOTOR: () Frang. muscular () Dor articular () Patol. coluna () Déficit de locomoção

SISTEMA NEUROLÓGICO: () Convulsão () Desmaio () Cefaléia () Parestesias

Observação: Medicamento em uso: LXXI / 10

Exame Físico

Estado Físico: EG: 1000 Peso: 42 Altura: 1,70 PA: 120/80 FC: 70

Avaliação via aérea: Mallampati: 4 Mobilidade pescoço: V Dentes: Limitação ATM

Distância esterno/Mento: <12,5 cm () > 12,5 (X) Coluna vertebral:

SCV: 100 SR: 100

Resultados Exames Laboratoriais

HT (%) HB (g%) Plaquetas (mm3): TP: AE: INR

Ionograma (k) Na: Ca: HC03: Outros:

Glicemia: Ureia: Creatinina:

RX de Torax:

ECG: V DUA

Risco Cirurgico:

Parecer Cardiológico:

Outros Exames:

Conduta

LIBERADO: (X) SIM NÃO () Observação:

Orientação

Jejum:

Medicação:

Cuidados:

Anestesia Geral:



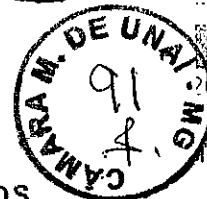
**HOSPITAL
MUNICIPAL**
DR. JOAQUIM BROCHADO
UNAI - MG



R. VIRGÍLIO JUSTINIANO RIBEIRO, 1.585 - B. BARROCA

CNPJ 18 125 161/0001-77

TEL: (38) 3677-5068



7:54:52

2018

1976

TERMO DE CONSENTIMENTO ANÉSTESICO PÓS- INFORMAÇÃO DECISÃO E ORDEM ANTECIPADA DE TRATAMENTO E CUIDADOS MÉDICOS

1. Por determinação explícita de minha vontade e em consideração ao meu interesse pessoal eu por este termo autorizo o

DR _____ CRM-MG _____ e todas os demais profissionais da equipe e do Hospital Municipal Dr. Joaquim Brochado, vinculados a minha assistência, a realizar os procedimentos anestésicos necessários para realização da cirurgia a qual, no momento, me proponho a realizar.

2. Foi claramente exposto a mim que as condutas propostas serão conduzidas de acordo com os princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano, da maximização de benefícios e minimização de danos ou prejuízos esperados e pela obrigação de tratamento moralmente certo e equívoco, buscando sempre dar a cada um aquilo que é de direito.

3. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequência e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos, bem como, em princípio não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa um risco de vida.

4. Os seguintes pontos me foram esclarecidos.

*Poderá ocorrer dor de garganta, dentes fraturados com com perda parcial ou total dos mesmos, sangramento nasal e oral em pequena quantidade e anestesia de partes de língua (intubação oro nasotraqueal).

*Poderá ocorrer dor de cabeça, dores lombares; dores musculares; tonturas; vertigens, dificuldade respiratória e desmaios durante a recuperação anestésica.

*Poderá ocorrer sede, devido ao tempo de jejum prolongado e/ou pelo uso de medicamentos;

*Poderá ocorrer dor nos locais de punções de veias e/ou artérias e flebites, devido aos materiais e medicamentos usados;

*Poderá ocorrer ardência nos olhos, úlcera de córnea, deslocamento de lentes e perda de pêlos.

*Poderá ocorrer frio, tremores, áreas com falta sensibilidade por vícios de posturas ou pós a realização de bloqueios que poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado de tempo e, mesmo raro, poderão ser permanentes;

*Poderá haver transtornos de comportamento afetivo e de memória em geral na forma de ansiedade e, apesar de raro, quadros psicológicos mais complexos.

5. Aceito o fato que o tabagismo, o uso do álcool ou de drogas (assim como doenças associadas) são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar a incidência maior das complicações descritas acima;

6. Reconheço que durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados (dificuldade de intubação, laringoespasmos, broncoespasmos, reações alérgicas, reações medicamentosas, hemotransfusões, parada cardiorespiratória) e, por isso, eventualmente necessitam procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados. Por isto estou ciente e autorizo o médico anesthesiologista, bem como os seus assistentes ou os seus designados a realizar qualquer técnica ou tratamento necessário para condução do ato anestésico incluindo, mas não limitando, procedimentos de remoção de urgência e terapia intensiva em outras instituições.

7. Entendo que médico anesthesiologista e toda sua equipe se obrigam unicamente a usar todos os meios científicos a sua disposição para tentar, com sua arte atingir um fim desejado, porém não certo. Assim, por esta consciência que a medicina não é uma ciência exata, e que é impossível prever-se resultados em quaisquer práticas anestésicas, aceito o fato de que não me podem ser dadas garantias de resultado nos procedimentos anestésicos propostos.

8. Concorro com cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até o meu restabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, oral e/ou por escrito, pois assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados, por em perigo a minha saúde ou meu bem estar, ou ocasionar sequelas temporárias ou permanentes.

9. Autorizo o registro (em prontuário médico) dos procedimentos para realização da anestesia proposta sendo que todas as informações serão mantidas em sigilo e divulgadas que necessitam ou têm direito legal às mesmas.

AUTORIZAÇÃO

Entendo que meios utilizados visando assegurar a compreensão adequada das informações foram observados e, embora sendo sabedor(a) de que os procedimentos os quais me submeterei além de serem de risco poderão ocasionar as alterações descritas acima e limitação das minhas atividades cotidianas por um período indeterminado de tempo, aceito e autorizo que os profissionais acima designados realizem os procedimentos constantes neste termo de autorização.



NOME: _____

QUAR _____

MEDICAMENTOS

DATA

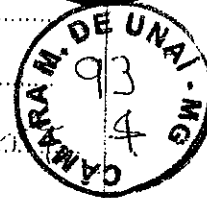
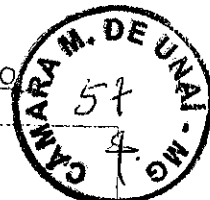
DATA

DATA



MATERIAIS

CIÊNCIA E CONSENTIMENTO ESCLARECIDO PARA PROCEDIMENTO ANESTÉSICO



PACIENTE

Nome: Magner Martins De Faria

Idade:

Endereço:

Tel.: Identidade nº 10.386.22 /

Orgão Expedidor:

Data de Emissão:

1. Autorizo a Equipe do Hospital Santa Mônica a proceder, quaisquer técnica ou tratamento necessário à ideal condução do ato anestésico, incluindo se necessário, transfusão de sangue e outros hemocomponentes, procedimento de monitorização invasiva ou não invasiva, internação hospitalar, entre outros necessários ao bom êxito.
2. Estou ciente que, para realizar o(s) procedimento(s) proposta(s) (Histerectomia), será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anesthesiologista ou cirurgião.
3. A proposta do procedimento anestésico ao qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente, ocasião em que tive oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente.
4. Durante a consulta pré-anestésica, fui devidamente informado(a) acerca de como devo proceder antes do ato anestésico cirúrgico, recebendo as orientações e esclarecimentos sobre possíveis intercorrências com o emprego de fármacos e métodos anestésicos, e não omiti informações relacionadas aos meus estado de saúde ou hábitos que poderiam influenciar no ato anestésico cirúrgico, informando, inclusive, alergias que tive decorrentes de anestesia e medicamentos por mim tomados.
5. Declaro que fui orientado(a), eu e/ou meu acompanhante legal, neste momento, sobre todas as informações necessárias sobre o ato anestésico e todos os riscos inerentes a esse procedimento, além dos possíveis efeitos colaterais e complicações.
6. Estou ciente que dentre os riscos potenciais da anestesia, Embora raras, estão incluídas as alterações de pressão arterial, cardíacas ou metabólicas, associadas ou não a lesões cerebrais por hipóxia, paralisia ou morte. As complicações algumas vezes decorrem de fatores imponderáveis e imprevisíveis, tais como reações orgânicas do próprio paciente, inclusive óbito.
7. Declaro que permaneci em jejum absoluto de no mínimo 11 horas.
8. Declaro ainda, ter compreendido e concordado com todos os termos deste consentimento e ciência, confirmado e AUTORIZO a realizações da anestesia.
9. Declaro que fui informado (o) que poderei a qualquer momento antes do procedimento, revogar o meu consentimento.
10. Assim o assino por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta minha e de meu médico.

PRONTO ATENDIMENTO
HOSPITAL MUNICIPAL DE UNAI

Data: 04-03-2019 Horário: 20:29

Especialidade: MEDICINA INTERNA / CLINICA GERAL

Paciente: MAGNA MARTINS DE FARIA

Nome da Mae: MARIA ZENAIDE MARTINS DA SILVA

Endereço: RUA BENEDITO OSORIO, 105 - IUNA, UNAI-MG

Prontuário: 000016886

Cartão Municipal: 66932

Cartão SUS: 0000001425812

Nº Atendimento: 000016538

Nascimento: 11-05-1976

Idade: 42

Telefone: 03898383509

Origem do Paciente: PRÓPRIO PACIENTE APRESENTOU OS DOCUMENTOS.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável: _____

☐ Paciente☐ Responsável☐ Recusa Assinar☐ Outros

Dados da Triagem

PA: 140 x 100

Peso (kg): _____

Pulso: _____

Temp: _____

Glicemia: 140mg/dl

Sinais Principais:

Faz histerectomia há 4 dias, que
vontade de viver

Resumo Clínico:

romulo
Llanuc > há 4 dias

Exame Físico:

si valoração

Exames Complementares e Resultados:

Hipótese Diagnóstica

14 03 2019

Fampos

Condutas:

Ultrassom

Magda

Avaliação Especializada:

☐

Cardiologia

☐

Cirurgia

☐

Neurologia

☐

Cláudia
21/03

DATA / HORA	PRESCRIÇÃO MEDICA	HORARIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1)	Bunagom 1 amp Ramullama 2 amp	(L) SFO 9-1100ml	
2)	Ibuprofen 1 amp		
3)	Clasid 1 amp		
4)	SFO 9-1, 500 ml amip B 1 amp ml		
<i>alta após sono</i>			
14/03/2019			
<i>Bentes</i>			

Destino do Paciente:

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Alta com orientação e ou receita (Ambulatório)

Evadiu-se

Óbito

Transferencia para

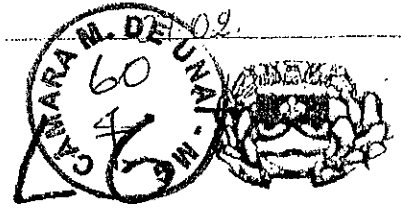
Alta a pedido com responsabilidade assumida por

Internação

Medico



PRONTO ATENDIMENTO HOSPITAL MUNICIPAL DE UNAI



Data: 09-03-2019 Horário: 06:47 Nº Atendimento: 000017713
 Especialidade: MEDICINA INTERNA / CLINICA GERAL
 Paciente: MAGNA MARTINS DE FARIA Nascimento: 11-05-1976
 Nome da Mãe: MARIA ZENAIDE MARTINS DA SILVA Idade: 42
 Endereço: RUA BENEDITO OSORIO, 105 - IUNA, UNAI-MG Telefone: 03898383509
 Prontuário: 000016886 Cartão Municipal: 66932 Cartão SUS: 709009901425812 Sexo: Feminino
 Origem do Paciente: PACIENTE TRAZIDO POR TERCEIROS, APRESENTOU DOCUMENTOS.

Assinatura do Paciente e/ou Responsável: _____

() Paciente () Responsável () Recusa Assinar () Outros _____

Dados da Triagem

PA: 100 x 60 Peso (kg): _____ Pulso: _____ Temp: 36°C Glicemia: _____

Queixa Principal: "Pálida que subtrai a minha sistole e a minha vida" queixa forte
 dor abdominal, de 1 semana.
 Dor abdominal em abdômen D: dor mediana, Dor G.
 Resumo Clínico:

Paciente apresentando dor abdominal
 associada à vomito

Exame Físico: ACV BNRNF, H A1 sono
 Ar. eufônico, muf, sra
 sem dor ou à palpacao

Exames Complementares e Resultados:

Hipótese Diagnóstica

14/03/2019
 Panto

Condutas: Iniciar
 analgesia a seguir

Assinatura
 Nome do Médico
 Data da Assinatura

Avaliação Especializada:

☐ Cardiologia ☒ Cirurgia ☐ Neurologia ☐ Ortopedia

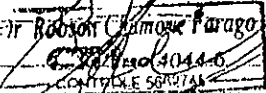
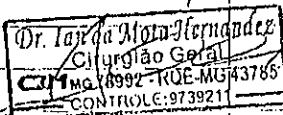


DATA / HORA PRESCRIÇÃO MÉDICA HORARIO OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

1) Dexamet. 1 amp - SF097.100ml (b)
2) Nuplacion 1 amp (b)

09/03/19 / 08:50 / Dr. Yan Costa da Silva
Paciente apresenta
avaliação de
unidade de
nuplacion 1 amp
e dexamet. 1 amp
e dexamet. 1 amp
e dexamet. 1 amp

Soluto TC / B Após exame a unidade de
nuplacion 1 amp e dexamet. 1 amp
e dexamet. 1 amp



Destino do Paciente:

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Alta com orientação e ou receita (Ambulatório)
Evadiu-se
Óbito
Transferencia para
Alta a pedido com responsabilidade assumida por
Internação

14 03 2019
Bastos

Médico



**HOSPITAL
MUNICIPAL**
DR. JOAQUIM BROCHADO



R. VIRGÍLIO JUSTINIANO RIBEIRO, 1585 - B. BARROCA
CNPJ: 18.125.161/0001-77
TEL: (38) 3677-5068



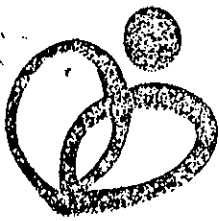
RESUMO DE ALTA

PRONTUÁRIO Nº:		CONVENIO SUS:		ENCAMINHADO POR DR.:			
NOME DO PACIENTE: Magna Martins de Faria							
NATURALIDADE: Alagoas - M3				DATA DE NASCIMENTO: 11.05.76			
ENDEREÇO: Rua Bonifácio Ogeiro 12105 B. Juna							
NOME DOS PAIS: Domínio Lopes da Silva / M ^a . Zeneide Martins da Silva							
Nº DE DOCUMENTO:							
IDADE	SEXO		ESTADO CIVIL			COR	PROFISSÃO
	M	F	S	C	V	D	
		X					
ADMISSÃO	DIA	MES	ANO	SERVIÇO			
	09	03	19				
ALTA	DIA	MES	ANO	LEITO			
	11	03	19				11.03.2019 Pantao
SUMÁRIO DE ALTA							

CONDIÇÕES E TIPO DE ALTA

() CURADO () MELHORADO () FUGA
(X) TRANSFERÊNCIA () A PEDIDO () ÓBITO
() APENAS C/ DIAGNÓSTICO

ASS. E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL



HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAQUIM BROCHADO Unai - MG

R. Virgílio Justiniano Ribeiro, 1.585 - B: Barroca
CNPJ: 18.125.161/0001-77



43

FICHA CADASTRAL

Data atendimento 07/103/2019

Nome: Magna Martins A. Faria

Data Nascimento: 11.05.1976

Idade: 42

Sexo: F.

Cód. Convênio:

Estado Civil: V. Estável Cônjuge: Geraldo Augusto Mesquita

Pai: Lauro de Lacerda Silva

Mãe: Maria Zeneide Martins da Silva

Endereço: R. Benedito Ozório B. Faria Nº: 105

Cidade: Unai - MG UF: MG CEP:

Fone: 99810 1852

Profissão: do lar

Documentos: Nº CIC 039.611.406-77 Nº Identidade: MG-10.386.995

Certidão de Nascimento: Exp: 08-06-2018

Naturalidade: Unai - MG Nacionalidade: Bra

Responsável:

Endereço:

Cidade:

Nome do Médico: 14/03/2019

Tipo de Atendimento: amb

Clínica: urg

Observações:

SUS: 709009801425812



CÂMARA MUNICIPAL DE UNAÍ-MG



TERMO DE ENCERRAMENTO DE VOLUME

Nesta data, encerra-se o primeiro volume do presente processo.

O assunto continuará sendo tratado no segundo volume, que leva o mesmo número do processo e as mesmas especificações.

Unai, 28 de Junho de 2019.

Eclaudio Rodrigues Braga
Chefe do Serviço de Apoio as Comissões.

Z