

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: EDNALDO MANOEL DA SILVA, BRASILEIRO, CASADO, TECNICO DE SEGURANÇA ELETRONICA, CPF Nº 496.790.074-72, RESIDENTE NA RUA BELA VISTA, N 181, PONTE DOS CARVALHOS, CABO/PE.

OUTORGADO: RIVADAVIA NUNES DE ALENCAR BARROS NETO SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA – EIRELI, CNPJ Nº 24.601.231/0001-19, inscrita na OAB/PE sob o nº 1.933, com sede na AV. EVARISTO DA VEIGA, N 217, SALA 402, TORQUE EMPRESARIAL, CASA AMARELA, RECIFE/PE, CEP 52.070-100, representada por seu titular, Dr. Rivadávia Nunes de Alencar Barros Neto, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PE sob o nº 25410.

PODERES: Os contidos na cláusula “AD JUDICIA E AT EXTRA”. E em especial para representar o(a) Outorgante, ativa ou passivamente, podendo, para tanto, conjunta ou isoladamente, independentemente da ordem de nomeação, propor ações, receber citações, notificações, intimações, peticionar, transigir, desistir, fazer acordo, dar quitação, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromisso, atuando em juízo, especial ou comum, ou qualquer outra instância judicial ou administrativa, agindo em conjunto ou isoladamente, podendo para tanto substabelecer no todo ou em parte e, por fim, praticar os demais atos conexos aos já enumerados exemplificadamente.

RECIFE, 17/01/2019.



OUTORGANTE

HONORARIOS ADVOCATICIOS.

O OUTORGANTE e o OUTORGADO acordam, desde já, à título de honorários advocatícios, que o OUTORGANTE pagará o valor de 20% sobre o proveito econômico da ação, autorizando a sua retenção em juízo e expedição de alvará/RPV/precatório em separado, sem prejuízo de outros valores acordados em outro instrumento de contrato.

RECIFE, 17/01/2019



OUTORGANTE



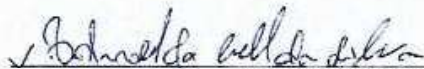
OUTORGADO



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, EDNALDO MANOEL DA SILVA, BRASILEIRO, CASADO, TECNICO DE SEGURANÇA ELETRONICA, CPF Nº 496.790.074-72, RESIDENTE NA RUA BELA VISTA, N 181, PONTE DOS CARVALHOS, CABO/PE, declaro, nos termos da Lei 7.115/83, especialmente para obter o benefício da Assistência Judiciária Gratuita de que trata a Lei 1.060/50, que é pobre na acepção legal do termo, não dispondo de recursos financeiros para o pagamento das custas, despesas processuais e honorários de advogado e perito.

RECIFE, 17/01/2019.



DECLARANTE







Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT



Correios
25.13.45

EDINALDO MANOEL DA SILVA
TV BELA VISTA, 181 CASA
PONTE DOS CARVALHOS
CEP 54560755 - CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE



B1344454082BR

Pag. 0163101632 - carta_02 - INVALIDEZ

00010816

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT-Como Requerer





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041ª CIRCUNSCRIÇÃO -
PONTE DOS CARVALHOS - DP41ªCIRC DIM/10ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0131000942

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia
23/07/2018 às 09:34

Complementa o BO Número: **18E0131000871**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos
(Consumado) que aconteceu no dia **28/12/2017 às 11:16**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PONTEZINHA, 101,
RODOVIA BR 101-SUL-PONTEZINHA-CABO-PE.** - Bairro:
**PONTEZINHA - CABO DE SANTO
AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO. (AUTOR \ AGENTE)
EDNALDO MANOEL DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em

23/07/2018 09:14



posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO.

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

EDNALDO MANOEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **AMBROZINA MARIA DE AZEVEDO** Pai: **MANOEL DEOSCODIO DA SILVA** Data de Nascimento: **15/5/1970** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3163995/SDS/PE (RG), 49679007472 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2°. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO ELETRONICO**
Telefones Celulares:
- **985947614**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 34, QUADRA 34 LOTE 10-LOTEAMENTO NOVA ERA-PONTE DOS CARVALHOS-CABO-PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO. (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTEZINHA, 101, RODOVIA BR 101 SUL-PONTEZINHA-CABO-PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTEZINHA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

KOMBI BRANCA-KIK-2190-PE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO.**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO.** Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **KIK2190** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMOU QUE IA PARA O SEU TRABALHO ÀS 07:40 HORAS DO DIA, 28/12/2017, NA BR 101 SUL ONDE ELE A VÍTIMA CONDUZIA SUA MOTOCICLETA HONDA FAN PRETA DE PLACA KII4048-PE. QUE DE REPENTE SURTIU UM SR. NA RODOVIA, FICANDO INDECISO, SEM SABER SE IA OU VOLTAVA; QUE NESTE MOMENTO

23/07/2018 09:14



VINHA UMA KOMBI ONDE COLIDIU NA MOTO. INFORMA AINDA A VITIMA QUE A MOTO EM QUESTÃO ESTA ERA CONDUZIDA POR ELE, E LHE PERTENCE MAS ESTA EM NOME DO SENHOR GILIARD FRANCISCO DA SILVA COM CPF. N° 058249224-62 O CONDUTOR DO VÉICULO FUGIU DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR SOCORRO. SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO. CERTIDÃO NÚMERO: 2018APH000052-DIV.OP. FOI CONDIZIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. SEQUE OS LAUDOS ANEXOS PARA ENFEITOS COMPROVATORIOS. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAS.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**EDNALDO MANOEL DA SILVA
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **JOSE FERNANDO BATISTA DA SILVA -**
Matrícula: **3848949**

23/07/2018 09:14





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000052 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). EDILEUZA IZABEL DO NASCIMENTO , 42 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 4249895 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 824.596.734-34, residente à LOT NOVA ERA , nº 195, QUADRA 34 LOTE 10, PONTE DOS CARVALHOS, CABO -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/12/2017, por volta das 07:45 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, PONTEZINHA CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA FAN PRETA KII4048-PE ; KOMBI BRANCA KIK2190-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) EDNALDO MANOEL DA SILVA , inscrito sob o CPF nº 496.790.074-72 e Registro Geral ° 3163995, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 704119-5 HEITOR. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 101051. Ficou aos cuidados do médico RAIMUNDO NASCIMENTO, registro 9427. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 17/04/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000052

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 14400 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041A. CIRCUNSCRICAO - PONTE DOS CARVALHOS

Ofício nº. 104 / 2018 Data 23 / 4 / 2018

ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041A. CIRCUNSCRICAO - PONTE DOS CARVALHOS

O médico-legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 08:51 do dia 23 de Abril de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de EDNALDO MANOEL DA SILVA filho(a) de MANOEL DEOSCÓDIO DA SILVA e de AMBROZINA MARIA DA CONCEICAO, de cor Branca, sexo Masculino, cabelo Ondulado, estado civil Casado (a), aparentando a idade de 47 Anos, peso Sobrepeso, de estatura Baixa, natural de CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 3163995, profissão TÉCNICO ELERONICO, endereço QUADRA 34, complemento: LOTE 10. LOTEAMENTO NOVA ERA, bairro PONTE DOS CARVALHOS, telefone/s. (81) , CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando comparece para realização de exame traumatológico no IMLAPC (Sede). Vem acompanhado do OF. nº 104/2018, referente ao BO 18E0131000516. Ofício da 41ª Circunscrição Policial - Ponte dos Carvalhos - Cabo de Santo Agostinho - PE; datado de 13 de abril de 2018, assinado pelo delegado de polícia Dr. Adelson dos Santos Barbosa. Periciando traz Certidão do Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco, no qual consta atendimento a ocorrência, no dia 28/12/2017, por volta das 07:45, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, PONTEZINHA, CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a uma colisão envolvendo motocicleta Honda, K114048-PE, com Sr. Ednaldo Manoel da Silva como vítima, sendo levado ao Hospital Dom Helder. Periciando refere que desviou de pedestre e colidiu com uma Kombi. Traz dois atestados médico com hipótese diagnóstica: CID S72 (fratura de fêmur); S62 (fratura de punho); S52 (fratura dos ossos do ante-braço) (todas no lado esquerdo), uma datada de 17/01/18, assinada pelo Dr. (pouco legível - Eduardo Queiroga?), CRM 14508, e outro atestado datado de 02/02/2018, assinado pelo Dr. Homero Rodrigues, CRM 18625. Traz ainda Resumo de Alta do Hospital Dom Helder Câmara, Registro 101051, data de admissão hospitalar 28/12/2017, no qual consta: "diagnóstico de fratura de ossos do antebraço esquerdo e fêmur esquerdo", com intervenção cirúrgica para instalação de placa e parafusos no antebraço e placa DCP no fêmur, datado de 17/01/18, assinado pelo Dr. Vinicius S. Couto, CRM 25593-PE.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Periciando chega deambulando com auxílio de duas muletas, em bom estado geral, consciente e orientado. Apresenta cicatrizes pelo corpo: cicatrizes resolvidas em ombro, bilateral, em mesma região, de dimensões similares, aproximadamente 30 x 20 milímetros; Cicatriz, resolvida, de corte em linha média de peitoral, de aproximadamente 70 milímetros, cicatriz resolvida de perfuração por freio de moto, em região de deltoide direito, de dimensões aproximadas de 25 x 5 milímetros; Cicatrizes em punho e mão direita, particularmente em base de polegar da mão direita, tanto face interna, quanto externa; Refere dor articular de ombro esquerdo, com dificuldade em elevar o cotovelo acima da linha dos ombros; cicatriz escoriativa resolvida em extensa área de face externa de antebraço esquerdo (~170 x 60 milímetros) e cicatriz cirúrgica de aproximadamente 70 milímetros de comprimento em face interna de antebraço esquerdo. Apresenta dificuldade em pronar (girar) braço esquerdo. Refere que não consegue fechar a mão esquerda, e o quinto quirodáctilo não flexiona minimamente. Cicatriz de arrasto extensa em parede abdominal anterior direita, de aproximadamente 180 x 110 milímetros; Cicatriz cirúrgica abdominal de 255 milímetros de comprimento em linha média do abdômen; Cicatriz de arrasto em região lateral esquerda de dimensões 40 x 25 milímetros, todas com boa cicatrização. Cicatriz hipertrófica de dimensões aproximadas 65 x 35 milímetros, em região escapular, próxima à axila esquerda. Cicatriz cirúrgica extensa, em face externa de coxa esquerda, de 210 milímetros de comprimento; e cicatriz de corte superficial em face interna da coxa esquerda, de aproximadamente 45 milímetros de comprimento. Refere o periciando que ainda há sessões de fisioterapia a fazer, refere que a prescrição para essas já está no posto de saúde (Posto Manoel Vigia). Refere caloseias, mais frequentes após o acidente.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Diante do histórico informado e dos achados ao exame, concluo que o periciando foi vítima de traumatismo por instrumento contundente, compatível com acidente automobilístico (motocicleta):

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?
Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?
Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)
Sim. Debilidade à deambulação, necessita de muletas

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)
Aguardar exame complementar.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^ª), PETER PEREIRA STAMFORD - CRM 15495.

Peter Stamford

Perito responsável
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Instituto de Medicina Legal - Antônio Persivo Cunha
Seção de Protocolo

De acordo com a legislação em vigor, foi extraída esta cópia autenticada com valor de original por solicitação de EDICENZA IZABEL DO

JOSÉ GENÍO Posto Oficial N°
13.106.118 756 Dado de
Arquitado em 10/06/2018

Funcionário - Distribuidor

Fábio Farias Aivim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula n° 263.378-7





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

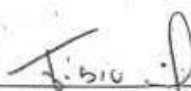
**OFÍCIO DE RETIFICAÇÃO
(ANEXO AO LAUDO TRAUMATOLOGICO 14400/2018)**

Recife, 19 de junho de 2018.

IMLAPC – Setor de Cartório

Com base no Protocolo nº 756/2018, solicitado pelo (a) Sr. (a) Edileuza Izabel do Nascimento ; Informamos para os devidos fins de direito que, ONDE SE LÊ: **"AMBROZINA MARIA DA CONCEIÇÃO"**, no cabeçalho do Laudo TRAUMATOLOGICO nº 14400/2018, no campo Filiação, LEIA-SE **"AMBROZINA MARIA DE AZEVEDO"**, conforme RG Nº 3.163.995 SDS/PE.

Atenciosamente,



Chefia do Cartório - IMLAPC



Fabio Farias Alvim
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 263.378-7

Rua Marquês do Pombal, 455 - Santo Amaro - Recife-PE - CEP: 50.100-170 - Fone : (81) 3183-5263
Fax: (81) 3183-5259



Resumo de Alta Hospitalar

| | | | |
|------------------------------------------|----------------|------------------------------|-----------------------|
| PACIENTE: EDNALDO MANOEL DA SILVA | | | |
| REGISTRO: 101051 | IDADE:[Status] | DATA ADMISSÃO: 28/12/2017 | DATA ALTA: 03/01/2018 |

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E FEMUR ESQUERDO

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

PLACA E PARAFUSOS NO ANTEBRAÇO E PLACA DCP NO FÊMUR

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO COTOVELO E DEDOS DA MÃO, JOELHO E QUADRIL
- 3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO
- 4) CARGA ZERO NA PERNA OPERADA!
- 5) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 6) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

Programação Após Alta:

ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: ___/___/2017
Não ()

[Gerente]

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitan Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 412187

Data e Hora do Atendimento: 28/12/2017 11:16

Usuário do Atendimento: JULIANAMC

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: EDNALDO MANOEL DA SILVA

Prontuário: 101051

Nome da Mãe: AMBROZINA MARIA DA CONCEICAO

Nome do Pai: MANOEL DEOSCODIO DA SILVA

Data do Nascimento: 15/05/1970

Idade: 47 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 3163995

SDS PE Data Emissão:

CPF: 49679007472

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 708405797871765

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: QUADRA TRINTA DOIS

PONTE DOS CARVALHOS

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54580970

Fone: 31830000

DADOS DO ATENDIMENTO

em: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-4 C

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 28/12/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Mellancabi

Diagnóstico: Sintomas de zoster e herpes E e herpes E

Tratamento: Placa e parafusos na costela e placa de P na fêmur

Alta em: 03/01/18

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Hospital Dom Helder Câmara
Dr. Kellyny
Saúde/Tratamento

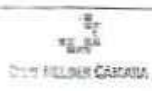
08/01/18

28/12/17 M30 / antebraço (E)
coxa (E)

06



CG 10/10



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Endereço: 412147
Data e Hora: 28/12/2017 08:51

Senha da Classificação: 0013

Paciente: 101051 EDNALDO MANOEL DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 15/05/1970 Idade: 47 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: AMBROZINA MARIA DA CONCEICAO Nome do Pai: MANOEL DEOSCODIO DA SILVA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO CRM: 14861
 Endereço: QUADRA TRINTA DOIS -- Bairro: PONTE DOS CARVALHOS
 Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINH PE Usuário Atendimento: LAZARONI
 RG (Identidade): 3163995 SDS PE Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 49679007472 Fone: 31830000
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 09:20

Queixa Principal
 História de lesão moto/carro (prato de ueto) refere qd o carro passou
 para o mesmo, houve de capacidade, perda dos sentidos, vem
 buscando pelo bombeiros que infer qd o acidente foi na cerca de 2:5h

Exame Físico
 EC inconsciente, pálido, consciente, orientado, isocórico, FR, respiração (EC) = 12
 RR, BR, FE = 90 Lpm
 MV (+) bilateral e fômites levemente em ref estímulo de ± 10, com
 dist e inspiração em musculatura de esp. Odeparável, pouco dolorosa.
 A sup. E de estabilização e in esp de depredações (profundas)

Diagnóstico
 Politraumático I e fraturas de fêmur E, úmero e antebraço E.

Conduta Terapêutica
 Laminectomia lúmbica, analgésica, avaliação da fratura por tomografia

Prescrição Médica
 PRU 19% - 2.00ml em 1h de 12-14h
 Injeção de E1 com ATENDIDO 09:45
 Administração exames
 Evolução e acompanhamento lógico

Dr. Raimundo Nascimento Neto
 Cirurgia Geral
 CRM-PE 8427


EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
 UNIDADE: _____
 LEITO DO PACIENTE: _____



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO RFEDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/12/2017 08:48

| | |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome Paciente: | EDNALDO MANOEL DA SILVA |
| Cód. Paciente: | 101051 |
| Data de Nascimento: | 15/05/1970 |
| Sexo: | Masculino |
| Idade: | 47 |
| Senha: | 0013 |
| Convênio: | 2 - SUS/SIA AMB/URG |
| Atendimento: | 412147  |
| SAME: | |

Período: 28/12/2017 08:58 - 28/12/2017 09:00

MARIA CAROLINA DE ARAUJO CUNHA - COREN: 227286 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COLISÃO DA (MOTO-CARRO C/CAPACETE) CONSCIENTE,ORIENTADO,APRESENTA TRAUMA EM MSE,MÃO DIREITA E MIDDLE ALGUMAS ESCORIAÇÕES EM REGIÃO DO ABDOMEN.NEGA VÔMITO OU DESMAIOS.QUEIXA DE DORES NO ABDOMEN

Observação: HAS-
DM-
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
SPO2:90%
FC:75

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: MARIA CAROLINA DE ARAUJO CUNHA - COREN: 227286 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/12/2017 09:01

Fluxograma de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Aviso de Cirurgia : 34338 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 101051 EDNALDO MANOEL DA SILVA Atendimento : 412187
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 29 404 - 03 - LT CMEDICA Idade : 47 Anos
Dt. Inicio : 28/12/2017 17:00 Dt. Fim : 28/12/2017 18:10

Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050098 INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 42 LOCAL

CIRURGIAO 15463 CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN

Descrição Cirúrgica :

- DESCRICAÇÃO CIRÚRGICA
1. ASSEPSIA E ANTISEPSIA CAMPO OPERATORIO
 2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 3. ANESTESIA LOCAL EM PELE E PERIOSTEO DE TIBIA PROXIAML ESQ
 4. PASSAGEM DE FIO DE STEINMANN 4.0 MM
 5. CURATIVO E COLOCACAO DE ESTRIBO ANEXADO A 9KG SOB GOTEIRA
 6. TALA AXILOPALMAR ESQUERDA
 7. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23424



DR(A) : CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN
CRM : 15463

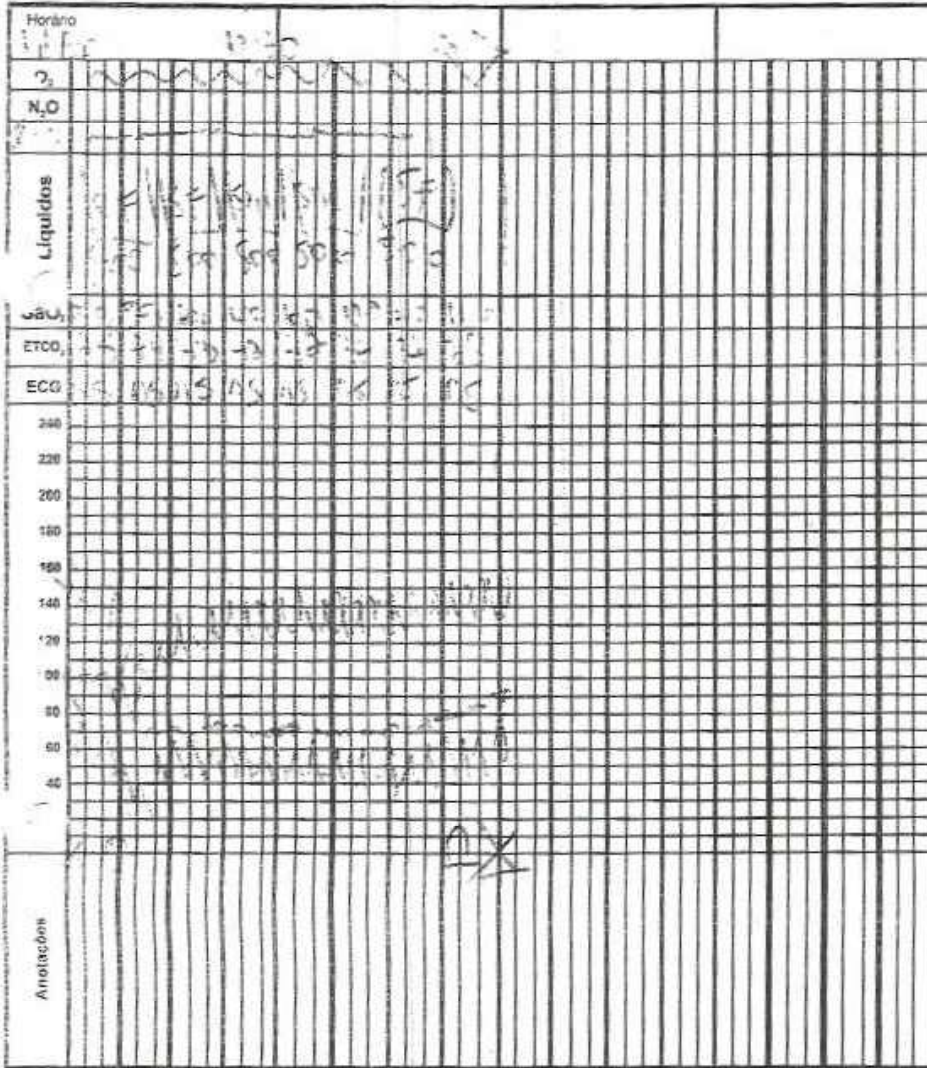


Paciente: RIVADAVIA NUNES DE ALENCAR BARROS NETO DA SILVA Sexo: M Cor: B Idade: 47 Risco: 3

CRM: 11967 Nome do Anestesiologista: RIVADAVIA NUNES DE ALENCAR BARROS NETO Nome do Cirurgião: [illegible]

Medicação Pre-anestésica: [illegible] Urgência: NÃO SIM

Cirurgia: LABORATÓRIA C/ VASALOGIA E SPIROETOMIA



| Drogas Usadas | Dose |
|----------------|-------|
| ETOMIDATO | 10mg |
| PROPOFOL | 100mg |
| SUFENTANIL A | 10mg |
| MORFINA ID | 5mg |
| CC FARMOLINA | 5mg |
| DALTEPARINA | 5mg |
| ROXAPROFEN | 5mg |
| CLOMIDINA | 5mg |
| FISOSTIGMILA | 5mg |
| MORFINA A | 5mg |
| CC FARMOLINA A | 5mg |

Técnica Anestésica:
[illegible handwritten notes]

- Monitorização**
- Cardiocópico
 - Oxímetro
 - PNI
 - Sonda Vesical
 - Capnógrafo
 - Estet. Pré-Cordial
 - Outros
- BIS
 - Temperatura
 - Swan-Ganz
 - Analisador Gases
 - PVC
 - Estimulador de Nervo
 - Linha Arterial
 - Volemia IBP Plus

- Encaminhado**
- Acortado
 - Sonoletivo
 - Intubado
- Destino**
- SRPA
 - Apart/Ent.
 - UTI
 - Externo

Intercorrência: NÃO SIM

Descrever: [illegible]

Observações: [illegible]

Assinatura do Anestesiologista: [illegible]



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

404-03

1. identificação:

Leito da SRPA: 05

Nome: Edneide Manoel da Silva data: 28/12/17 Hora: 13:50 Registro: 101051
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Laparotomia Exploradora
Tipo de anestesia: geral Balanceada
Equipe: Dr. Raimundo Anestesista: Dr. M. E. Estrela

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave°
Respiração: Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: NSVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não Sim Onde: MSD
Acesso Venoso Central: Não () Sim Onde: _____
Drenos: Não () Sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 128 x 44 mmHg FR: - p/min FC: 78 p/min SaPO2: 95%
Glasgow: _____

4. Monitorização

| SSVV/ Horário | 15' | 30' | 60' | 1:30 h | 2:00 h | 3:00 h |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------|
| PA | <u>153x61</u> | <u>139x71</u> | <u>138x57</u> | <u>132x68</u> | <u>127x51</u> | |
| FR | <u>-</u> | <u>-</u> | <u>-</u> | <u>-</u> | <u>-</u> | |
| FC | <u>74</u> | <u>72</u> | <u>74</u> | <u>88</u> | <u>66</u> | |
| SaPO2 | <u>93%</u> | <u>100%</u> | <u>100%</u> | <u>100%</u> | <u>100%</u> | |
| Glasgow | | | | | | |

5. Intercorrências/observações:

Despuizado 1100 de urina as 18:20

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
 IMIP Hospitalar
 CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
 IMIP HOSPITALAR
 CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 101051

Atendimento: 412187

Dt. Cad: 28/12/2017

Nome: EDNALDO MANOEL DA SILVA

Dt. Nasc: 15/5/1970

Mãe: AMBROZINA MARIA DA CONCEICAO

Bairro: PONTE DOS CARVALHOS

End.: QUADRA TRINTA DOIS

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Enferm.: BL-4 C

Leito: 648

CNS: 708405797871765

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não
 Sim e há equipamento disponível

- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
 Checagem do equipamento anestésico
 Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- Não
 Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- Não
 Sim _____

Solicitada reserva sanguínea

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
 O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
 Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

- Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *há na base a sim*
 Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *200/ml*

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
 Não se aplica

- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?
sim

Rx + TC

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado
 A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
 Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
 Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
 O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Laparotomia exploradora



Nome: Ednaldo Mendes Registro: 101051 Leito: _____
 Procedimento Cirúrgico: Lapareotomia exp. Data: _____ Hora: _____

| DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | HORÁRIOS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. Ansiedade | <input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros | |
| 2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input type="checkbox"/> manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros | |
| 3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado <u>S/D</u> | <input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input checked="" type="checkbox"/> Registrar-se: () Dor ao urinar <input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros | |
| 4. Dor <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>FC</u> Leve () Moderada () Severa | <input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros | |
| 5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ___/___ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h <input type="checkbox"/> Outros | |
| 6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>FC</u> () Leve () Moderado () Severo | <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros | |
| 7. Imobilidade no leito prejudicada () | <input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros | |



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

| | | | |
|----------------|----------------------------------|-----------------------|--------------|
| PACIENTE: | <i>Adriano Nunes de A. Silva</i> | DATA: | |
| CIRURGIÃO: | <i>J. M. M. M. M.</i> | AUXILIAR: | |
| ANESTESISTA: | <i>M. M. M. M.</i> | ANESTESIA: | <i>Local</i> |
| CIRURGIA: | <i>Amputação da mão direita</i> | | |
| ESTRUMENTADOR: | <i>M. M. M. M.</i> | COORDENAÇÃO DO BLOCO: | |
| CIRCULANTE: | <i>M. M. M. M.</i> | COREN: | |
| ENFERMEIRA: | <i>M. M. M. M.</i> | HORÁRIO INICIAL: | <i>12:00</i> |
| | | HORÁRIO FINAL: | <i>14:30</i> |

| DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA | | | |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| AGULHAS | | | |
| 13X4,5 | 25X7 | 25X8 | 40X12 |
| CARDIOPLEGICA | STIMUPLEX | RAQUI 26 | RAQUI 27 |
| ATADURAS | | | |
| CREPE 10CM | CREPE 15CM | CREPE 20CM | CREPE 30CM |
| GESSADA 10CM | GESSADA 15CM | GESSADA 20CM | |
| CANULAS | | | |
| TRAQUEOST 7,0 | TRAQUEOST 7,5 | TRAQUEOST 8,0 | TRAQUEOST 8,5 |
| TRAQUEOST 9,0 | | | |
| CATEYER | | | |
| NASAL | CENTRAL PVC | EPIDURAL 16 | SUBCLAVIA 16 |
| PERIDURAL 17 | JELCO 18 | JELCO 16 | JELCO 18 |
| JELCO 20 | JELCO 22 | JELCO 24 | |
| LIMPADORES | | | |
| CLIP 100 | CLIP 200 | CLIP 300 | CLIP 400 |
| CURATIVOS | | | |
| ADAPTIC | KERLIX | PURILON | TELA MARLEX |
| EQUIPOS | | | |
| BOMBA | BOMBA FOTO | P/SANGUE | P/SORO MACRO |
| EXTENSORES | | | |
| 20CM | 40CM | 60CM | 120CM |
| LAMINAS | | | |
| BISTURI 11 | BISTURI 12 | BISTURI 15 | BISTURI 20 |
| BISTURI 22 | BISTURI 24 | DERMATOMO 6 | |
| LUVAS | | | |
| LUVA 7,0 | LUVA 7,5 | LUVA 8,0 | LUVA 8,5 |
| SERINGAS | | | |
| 1ML | 3ML | 5ML | 10ML |
| 20ML | 60ML | 50ML CATEYER | |
| AVENTAL CIRUR. | B5. COLOSTOMIA | COMPRESSAS | CAPA P/ VIDEO |
| COLET. ABERTO | COLET. FECHADO | CONEXAO 2VIAS | CONEXAO 4VIAS |
| ELETRICDOS | FILTRO UMIDIF. | GAZES | GELFOAN |
| KIT CIRURGICO | LATEX | TORNEIRA 3VIAS | PRESERV. URINA |
| SCALP 21 | SCALP 23 | TRANSOFIX | TRANS. PRESSAO |

| DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA | | | |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| DRENOS | | | |
| KHER 8 | KHER 10 | KHER 12 | KHER 14 |
| KHER 18 | SUGCAO 3,2 | SUGCAO 4,6 | SUGCAO 6,4 |
| BLAKER 19FR | BLAKER 24FR | TORAX 20 | TORAX 26 |
| TORAX 28 | TORAX 30 | TORAX 32 | TORAX 36 |
| SONDAS | | | |
| ENTERAL 10 | ENTERAL 12 | | |
| ASPIRACAO 10 | ENDOTRAQ. 2,0 | ENDOTRAQ. 2,5 | ENDOTRAQ. 3,0 |
| ENDOTRAQ. 3,5 | ENDOTRAQ. 4,0 | ENDOTRAQ. 4,5 | ENDOTRAQ. 5,0 |
| ENDOTRAQ. 5,5 | ENDOTRAQ. 6,0 | ENDOTRAQ. 6,5 | ENDOTRAQ. 7,0 |
| ENDOTRAQ. 7,5 | ENDOTRAQ. 8,0 | ENDOTRAQ. 8,5 | ENDOTRAQ. 9,0 |
| FOLEY 3VIAS 14 | FOLEY 3VIAS 16 | FOLEY 3VIAS 18 | FOLEY 3VIAS 20 |
| FOLEY 2VIAS 06 | FOLEY 2VIAS 08 | FOLEY 2VIAS 10 | FOLEY 2VIAS 12 |
| FOLEY 2VIAS 14 | FOLEY 2VIAS 15 | FOLEY 2VIAS 16 | FOLEY 2VIAS 20 |
| NASO 10 | NASO 12 | NASO 14 | NASO 16 |
| NASO 18 | NASO 20 | NASO 22 | URETRAL 4 |
| URETRAL 6 | URETRAL 8 | URETRAL 10 | URETRAL 12 |
| URETRAL 14 | URETRAL 16 | URETRAL 18 | URETRAL 20 |
| FIOS CIRURGICOS | | | |
| ALGODAO 0 | ALGODAO 2-0 | ALGODAO 3-0 | FITA CARDIACA |
| CROMADO 0 | CROMADO 1 | CROMADO 2-0 | CROMADO 3-0 |
| CROMADO 4-0 | SIMPLES 2-0 | SIMPLES 3-0 | SIMPLES 4-0 |
| SIMPLES 5-0 | NYLON 2-0 | NYLON 3-0 | NYLON 4-0 |
| NYLON 5-0 | NYLON 6-0 | NYLON 8-0 | NYLON 9-0 |
| NYLON 10-0 | POLIESTER 2 | POLIESTER 2-0 | POLIESTER 3-0 |
| POLIESTER 4-0 | POLIESTER 5 | PROLENE 0 | PROLENE 2 |
| PROLENE 2-0 | PROLENE 3-0 | PROLENE 4-0 | PROLENE 5-0 |
| VICRYL 0 | VICRYL 1 | VICRYL 2-0 | VICRYL 3-0 |
| VICRYL 4-0 | CERA P/ISSO | MARCAPASSO | VALVEKIT |
| SEDA 2-0 | SEDA 3-0 | MONOCRYL 3-0 | MONOCRYL 4-0 |
| SURGIGEL 5X75 | ACO 1 | ACO 4 | ACO 6 |

CÓD. 38407

Adriano Nunes de A. Silva
9/11/2019



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Edvaldo Viana da Silva Data: 28/12/17 Hora: 11:00 Registro: 5121
Convênio: Unio Letto: 10 Pê. n: 10 Altura: 1,70

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Edvaldo Viana da Silva Anestesiista: Dr. Douglas
Auxiliar: Dr. Edvaldo Viana da Silva 2º Auxiliar: Dr. Edvaldo Viana da Silva Instrumentador: Dr. Edvaldo Viana da Silva

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Proctomia com esfinterectomia Início: 11:00 Término: 12:30
Anestesia: RA Início: 10:45 Término: 12:30

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom Regular () Crise
Nível de Consciência: () Orientado Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: Sim () Não
Chegou no CC em uso de: _____

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim () _____

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso Monitor Cardíaco PNI Bomba CEC Aspirador
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artroscópio () Microscópio Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico Local da Placa 1000
Carro de Anestesia () Difusor () Intensificador () Nº () _____
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim Não () NAO Punção Venosa: Sim () Não
Sonda Vesical de Demora: Sim Não () NAO Sonda Gástrica: Sim Não () _____
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()
Curativo (Tipo e Local): Sim Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: RA CIRURGIA: Proctomia

6 - OBSERVAÇÕES:

Proctomia com esfinterectomia. O paciente foi submetido a proctomia com esfinterectomia. O paciente foi submetido a proctomia com esfinterectomia. O paciente foi submetido a proctomia com esfinterectomia.

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA S. Intensiva () LICOR () UTI () Apf () Residência ()

Data: 28/12/17 Hora: 11:35 Enfermeiro: Renata Circulante: Edvaldo Viana da Silva



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Carvalho, Ricardo da Silva Data: 28/12/17 Registro: 117
 Convênio: 322 Leito: 1105 Hora: 11:05

2. Equipe médica:

Cirurgião: [assinatura] 1º auxiliar: [assinatura]
 Anestesista: [assinatura] Instrumentador: [assinatura]
 Circulante: [assinatura]

| INSTRUMENTAL | VALIDADE | INDICADOR |
|--------------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| [assinatura] | HDH CME NVG 26.12.17 01 02.01.181364 | |
| [assinatura] | HDH CME CLF HDH CME NVG 26.12.17 1 26.12.17 01 02.01.181364 | |
| [assinatura] | HDH CME LLN 21.12.17 02 28.12.171362 | |
| [assinatura] | HDH CME CLF 27.12.17 01 03.01.181366 | |
| [assinatura] | [assinatura] | |
| [assinatura] | [assinatura] | |
| [assinatura] | [assinatura] | |
| [assinatura] | [assinatura] | |
| [assinatura] | [assinatura] | |

Line turns as dark or darker
 REF 1250 Type 4 STEAM
 121-134°C (250-273°)
 Line turns as dark or darker than color match when processed
 REF 1250 Type 4 STEAM
 121-134°C (250-273°)
 Line turns as dark or darker than color match when processed
 REF 1250 Type 4 STEAM
 121-134°C (250-273°)



Aviso de Cirurgia : 34370 Sala : 0005 SALA 05
Paciente : 101051 EDNALDO MANOEL DA SILVA Atendimento :412187
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 29 404 - 03 - LT CMEDICA Idade :47 Anos
Dt. Início : Dt. Fim : 31/12/2017 17:50
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS ANTEBRAÇO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOQ PLEXO BRAQUIAL

CIRURGIAO 13783 LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Descrição Cirúrgica :

DDH/ANESTESIA/ANTISEPSIA/VASSEPSIA
GARROETAMENTO PROXIMAL
ACESSO DE ANTEBRAÇO(ULNA /DORSAL)
APOSICAO DE 2 PLACAS DCP DA CX 3,5(1 PARA O RADIO E 1 PARA ULNA). COM APOSICAO DE 2 PARAFUSOS INTERFRAGMENTARIOS CORTICAIS / + 12 PARAFUSOS CORTICAIS DA CX 3,5 DCP NEUTROS
LIMPEZA CIRURGICA
SUTURA COM NYLON E VICRYL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Avraham Ferreira
SBOT 33098 / SBCCO
CRM 17411

DR(A) : LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM : 13783





FICHA DE ANESTESIA

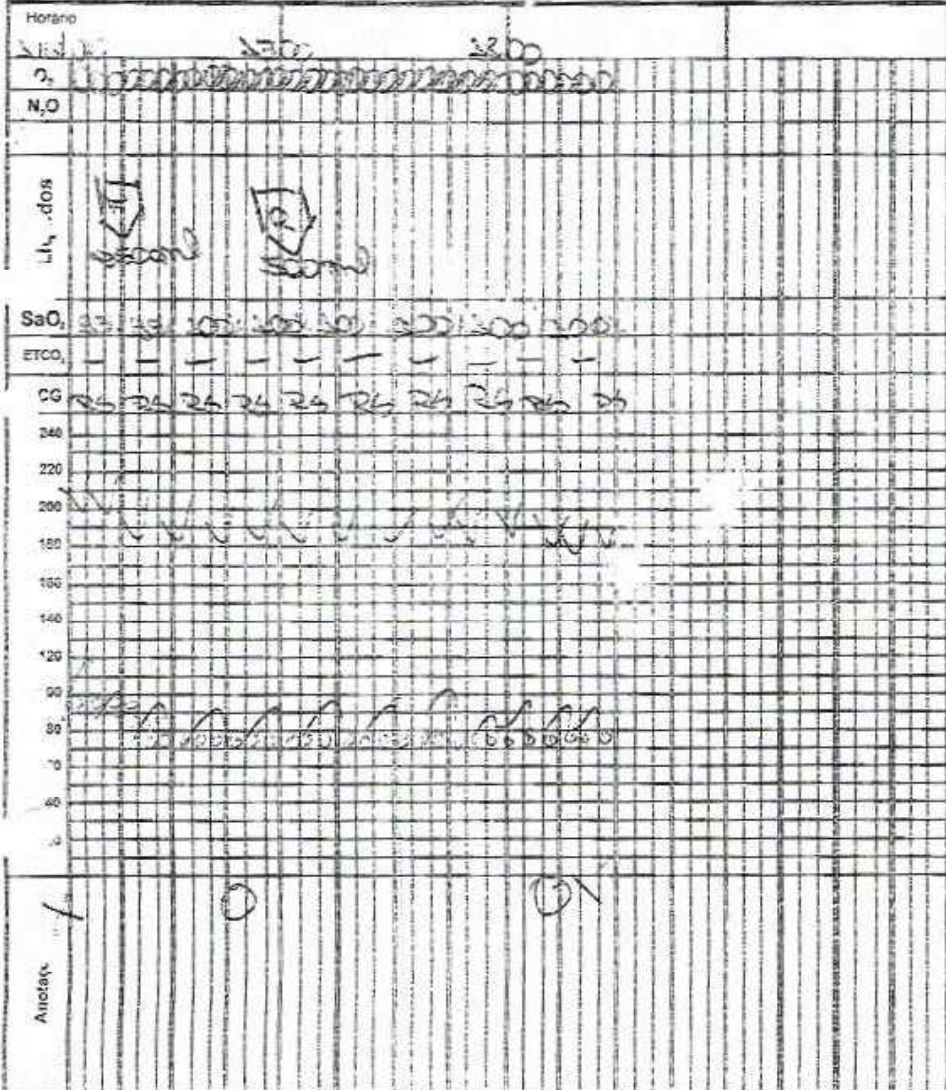
Data: 30/09/19
Acomodação:

Paciente: RONALDO DE OLIVEIRA DA SILVA Sexo: M Cor: P Idade: 47 Risco: 3

CRM: 11111 Nome do Anestesiologista: SIADIC Nome do Cirurgião: RICARDO

Medicação Pré-anestésica: Não Urgência: NÃO SIM

Cirurgia: Transcortical Desbridamento de Ferimento de Antebraço Esquerdo



| Drogas Usadas | Quantidade |
|---------------|------------|
| Fentanil | 5mg |
| Midazolam | 2mg |
| Propofol | 50 |
| Respiratório | - |
| Clonitina | - |
| Desincha | - |
| Amimantona | - |
| Ropivacaína | 100 |
| Bupivacaína | 100 |

Técnica Anestésica: Blindagem de Adesivo Cervical Superior e Inferior

Monitorização

- Cardíaco
- Oxímetro
- PNI
- Sonda Vesical
- Capnógrafo
- Estet. Pré-Cordial
- Outros: sem VSG

Encaminhado

- Alergizado
- Sondado
- Intubado
- Destino**
- SRPA
- Apar. Enf.
- UTI
- Externo

Intercorrência: NÃO SIM

Descrever:

Observações:

[Handwritten Signature]

Assinatura do Anestesiologista



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Edson W. Silva Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

| Data/Hora | |
|-----------|-------------------------|
| 29.12 | # <u>Pimenta forte</u> |
| | <u>1º pp. e pimenta</u> |
| | <u>seco de arroz</u> |
| | <u>no momento de</u> |
| | <u>meio (D)</u> |
| | <u>seco de arroz</u> |
| | <u>col. de arroz de</u> |
| | <u>Uru</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| 29/12/17 | # <u>Arroz</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |

Hospital Dom Helder Câmara
 Pernambuco - Rua ...
 7 - ... - CEP 54118-100

Atendimento Nutricional: Paciente inicia do líquido de
 Data: 29/12/17 Hora: 13:30 meio, até o momento com boa
 Nutricionista responsável: aceite
que sob acompanhamento





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 03

Nome: Adriana de Azevedo data: 24/12/17 Hora: 8:30 Registro: 60651
Leito de origem: 404-03

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 2º tratamento de osteíte torácica
Tipo de anestesia: gên. de Glexa + Sedação
Equipe: Dr. Helder de Azevedo Anestesiista: Dr. Gole

3. Admissão

Estado geral: () Bom Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: Não Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: () Não Sim Onde: jugular
Drenos: não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 123 x 72 mmHg FR: — p/min FC: 85 p/min SaPO2: 93%
Glasgow: _____

4. Monitorização

| SSVV/ Horário | 15' | 30' | 60' | 1:30 h | 2:00 h | 3:00 h |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|--------|
| PA | <u>118 x 58</u> | <u>120 x 63</u> | <u>137 x 55</u> | <u>126 x 57</u> | | |
| FR | | | | | | |
| FC | <u>86</u> | <u>86</u> | <u>85</u> | <u>84</u> | | |
| SaPO2 | <u>96%</u> | <u>97%</u> | <u>98%</u> | <u>96%</u> | | |
| Glasgow | | | | | | |

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: _____ Horário: 21h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____
Tereza C. Silva
Medica
CRM 2010





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 101051

Nome: EDNALDO MANOEL DA SILVA

Mãe: AMBROZINA MARIA DA CONCEICAO

End: QUADRA TRINTA DOIS

Enferm.: 404 - 03 - LT CMEDICA

Atendimento: 412187

Dt Cad: 28/12/2017

Dt. Nasc: 15/5/1970

Bairro: PONTE DOS CARVALHOS

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

CNS: 708405797871765

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local de cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não
- Sim e há equipamento disponível

- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- Não
- Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- Não
- Sim _____

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

- Antecipação de eventos críticos:
 - Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? 7-8cc/min*

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
- Não se aplica

- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

Rx

- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *sim*

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

trat. cirúrg. fiat. anteleração e

Thais Oliveira
Enfermeira
COREN-PE 477.652



Nome: Ednaldo Manoel Registro: 10/05/ Leito:
Procedimento Cirúrgico: Trat. cirúrg. fr. nse Data: 31/12/17 Hora:

| DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | HORÁRIOS |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. Ansiedade | <input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos | |
| | <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares | |
| | <input type="checkbox"/> Outros | |
| 2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado | |
| | <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h | |
| | <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz | |
| | <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso | |
| 3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado | <input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). | |
| | <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler | |
| | <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Registrar-se <input checked="" type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea | |
| | <input type="checkbox"/> Outros | |
| 4. Dor <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>FO</u> <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa | <input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação | |
| | <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor | |
| | <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor | |
| | <input type="checkbox"/> Outros | |
| 5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Descrever características da lesão | |
| | <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ___/___ h | |
| | <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ h | |
| | <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___ h | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h | |
| 6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>FO</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo | <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___ h | |
| | <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo | |
| | <input type="checkbox"/> Outros | |
| 7. Imobilidade no leito prejudicada <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente | |
| | <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) | |
| | <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: | |
| | <input type="checkbox"/> Outros | |



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

| | | |
|--------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Nome: <u>Edmundo Manoel da Silva</u> | Data: <u>31 / 12 / 17</u> | Registro: <u>101051</u> |
| Convênio: <u>SUS</u> | Leito: <u>404-03</u> | Hora: <u>15:60</u> |

2. Equipe médica:

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Cirurgião: <u>Dr. Leonardo Canjo</u> | 1º auxiliar: _____ |
| Anestesista: <u>Dra. Iali</u> | Instrumentador: <u>Laura</u> |
| Circulante: <u>Thaisle F. G. da Silva</u> Téc. de Enfermagem COREN 884.515 | _____ |

| INSTRUMENTAL | VALIDADE | INDICADOR |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------|
| Lap + Copoã do NHI I do Anestesia Punção de Foco | RDH CME LLN 23.12.17 02 04.01.181405 | |
| Lx 3.5 Pionad NOLA Bwra | RDH CME CAM 27.12.17 02 05.01.181408 | |
| | RDH CME MICO 20.12.17 01 06.01.181391 | |
| | RDH CME MOPM 29.12.17 02 09.03.181412 | |
| | RDH CME BRS 20.12.17 01 10.01.181391 | |
| | RDH CME MICO 20.12.17 01 10.01.181391 | |
| | RDH CME MICO 20.12.17 01 10.01.181391 | |
| | RDH CME S 24.12.17 01 10.01.181391 | |



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Emaldo Manoel da Silva Data: 31/12/17 Hora: 15:40 Registro: 109051
Convênio: SUB Leito: 404-03 Pe...: --- Altura: ---

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Leonardo Campos Anestesiista: Dra. Izabel
Auxiliar: --- 2º Auxiliar: --- Instrumentador: Laura

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: IT: cirurgia fixação de antebraço E Início: 17:20 Término: ---
Anestesia: bloqueio + sedação Início: 16:00 Término: ---

4 - PRÉ-OPERATORIO:

Estado Geral: () Som Regular () Grave
Nível de Consciência: Orientado Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Tricotomia: () Sim Não
Chegou no CC em uso de: coma

5 - TRANS-OPERATORIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso Monitor Cardíaco PNI Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico Local da Peça: ITB
Carro de Anestesia Díprofulsor () Intensificador () N° ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protótipo () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não Função Venosa: Sim Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não Sonda Gástrica: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não
Curativo (Tipo e Local): Sim Não () Antebraço E

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

Início do Curativo 17:20
Término do Curativo 18:00

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA S. Intensiva () LICOR () UTI () Apr () Residência ()

Data: 31/12/17 Hora: 18:00 Enfermeira: Thaís Circulante: Thaís F. G. da Silva
Téc. de Enfermagem
CGREN 104.616

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------|----------------|----------------|----------------------------------|-------------------|----------------|----------------|
| PACIENTE: | Ednação Manoel da Silva | | | DATA: | 21/02/19 | | |
| CIRURGIÃO: | Dr. Leonardo Campos | | | AUXILIAR: | | | |
| ANESTESISTA: | Dra. Tati | | | ANESTESIA: | Brogues + Sedação | | |
| CIRURGIÃO: | Dr. Campos | | | COORDENAÇÃO DO BLOCO: | Manuel | | |
| ESTRUMENTADOR: | Lara | | | COREN: | | | |
| CIRCULANTE: | Thaísia F. G. da Silva | | | HORÁRIO INICIAL: | 17:30 | | |
| ENFERMEIRA: | Téc. de Enfermagem Thaís COREN 284515 | | | HORÁRIO FINAL: | | | |
| DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05 | | | | DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA | | | |
| AGULHAS | | | | GREMOS | | | |
| 13X4,5 | 25X7 | 25X5 | 40X12 | KHER 8 | KHER 10 | KHER 12 | KHER 14 |
| CARDIOPLEGICA | STIMUPLEX | RAQUI 25 | RAQUI 27 | KHER 18 | SUCCAO 3,2 | SUCCAO 4,8 | SUCCAO 6,4 |
| ATADURAS | | | | BLAKER 19FR | BLAKER 26FR | TORAX 20 | TORAX 28 |
| CREPE 10CM | CREPE 15CM | CREPE 20CM | CREPE 30CM | TORAX 28 | TORAX 30 | TORAX 32 | TORAX 38 |
| GESSADA 10CM | GESSADA 15CM | GESSADA 20CM | | RODAS | | | |
| CANULAS | | | | ENTERAL 10 | ENTERAL 12 | | |
| AQUEOST 7,0 | TRAQUEOST 7,5 | TRAQUEOST 8,0 | TRAQUEOST 8,5 | ASPIRAÇÃO 10 | ENDOTRAQ. 2,0 | ENDOTRAQ. 2,5 | ENDOTRAQ. 3,0 |
| TR. EOST 9,0 | | | | ENDOTRAQ. 3,5 | ENDOTRAQ. 4,0 | ENDOTRAQ. 4,5 | ENDOTRAQ. 5,0 |
| CATETER | | | | ENDOTRAQ. 5,5 | ENDOTRAQ. 6,0 | ENDOTRAQ. 6,5 | ENDOTRAQ. 7,0 |
| NASAL | CENTRAL PVC | EPIDURAL 16 | SUBCLAVIA 16 | ENDOTRAQ. 7,5 | ENDOTRAQ. 8,0 | ENDOTRAQ. 8,5 | ENDOTRAQ. 9,0 |
| PERIDURAL 17 | JELCO 18 | JELCO 18 | JELCO 18 | FOLEY 3VIAS 14 | FOLEY 3VIAS 16 | FOLEY 3VIAS 18 | FOLEY 3VIAS 20 |
| JELCO 20 | JELCO 22 | JELCO 24 | | FOLEY 2VIAS 06 | FOLEY 2VIAS 08 | FOLEY 2VIAS 10 | FOLEY 2VIAS 12 |
| LINFADORES | | | | FOLEY 2VIAS 14 | FOLEY 2VIAS 16 | FOLEY 2VIAS 18 | FOLEY 2VIAS 20 |
| CLIP 100 | CLIP 200 | CLIP 300 | CLIP 400 | NASO 10 | NASO 12 | NASO 14 | NASO 16 |
| CURATIVOS | | | | NASO 18 | NASO 20 | NASO 22 | URETRAL 4 |
| ADAPTIC | KERLIX | PURILON | TELA MARLEX | URETRAL 6 | URETRAL 8 | URETRAL 10 | URETRAL 12 |
| EQUIPOS | | | | URETRAL 14 | URETRAL 16 | URETRAL 18 | URETRAL 20 |
| BOMBA | BOMBA FOTO | P/SANGUE | P/SORO MACRO | FIOZ DIVERSOS | | | |
| EXTENSORES | | | | ALGODÃO 0 | ALGODÃO 0,2 | ALGODÃO 3-0 | FITA CARDIACA |
| 20CM | 40CM | 60CM | 120CM | CROMADO 0 | CROMADO 1 | CROMADO 2-0 | CROMADO 3-0 |
| LAMINAS | | | | CROMADO 4-0 | SIMPLES 2-0 | SIMPLES 3-0 | SIMPLES 4-0 |
| BISTURI 11 | BISTURI 12 | BISTURI 15 | BISTURI 20 | SIMPLES 5-0 | NYLON 2-0 | NYLON 3-0 | NYLON 4-0 |
| BISTURI 22 | BISTURI 24 | DERMATOMO 5 | | NYLON 5-0 | NYLON 6-0 | NYLON 8-0 | NYLON 9-0 |
| LUVAS | | | | NYLON 10-0 | POLIESTER 3 | POLIESTER 2-5 | POLIESTER 3-0 |
| LUVA 7,0 | LUVA 7,5 | LUVA 8,0 | LUVA 8,5 | POLIESTER 4-0 | POLIESTER 5 | PROLENE 0 | PROLENE 2 |
| SERINGAS | | | | PROLENE 2-0 | PROLENE 3-0 | PROLENE 4-0 | PROLENE 5-0 |
| 1ML | 3ML | 5ML | 10ML | VICRYL 0 | VICRYL 1 | VICRYL 2-0 | VICRYL 3-0 |
| 20ML | 50ML | 80ML CATETER | | VICRYL 4-0 | CERA P/COSSO | MARCAPASSO | VALVEKIT |
| AVENTAL CIRUR. | | | | SEDA 2-0 | SEDA 3-0 | MONOCRYL 3-0 | MONOCRYL 4-0 |
| BS. COLOSTOMIA | COMPRESSAS | CAPA P/ VIDEO | | SURGIGEL 5X75 | ACC 1 | ACC 4 | ACC 8 |
| COLET. ABERTO | COLET. FECHADO | CONEXAO 2VIAS | CONEXAO 4VIAS | | | | |
| ELETRODOS | FILTRO UMIDIF. | GAZES | GELFOAM | | | | |
| KIT CIRURGICO | LATEX | TORNEIRA 3VIAS | PRESERV. URINA | | | | |
| SCALP 21 | SCALP 23 | TRANSOFIX | TRANS. PRESSAO | | | | |

CÓD. 38407





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

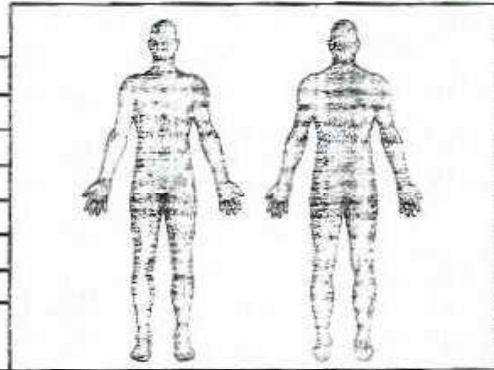
Data: 31 / 12 / 2019

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: _____



| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | |
|---------------------------|--------------------------|
| Nome: | _____ |
| Data de Nascimento: | 12/27/82 Registro: _____ |
| Setor: | Leito: 404 - III |



| SINAIS VITAIS | | |
|---------------|----|------|
| PA: | T: | HGT: |
| Observação: | | |

| ENTREVISTA | | | |
|-------------|----------------------------------------------------------------|-------------------|----------------|
| HIPERTENSO: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | MEDICAÇÃO EM USO: | _____ |
| DIABÉTICO: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | MEDICAÇÃO EM USO: | _____ |
| HÁBITOS: | TABAGISTA: SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | Há quantos anos: | Qtd/dia: _____ |
| | ETILISTA: SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | Há quantos anos: | Qtd/dia: _____ |

| EXAMES SOLICITADOS | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------------------|
| IMAGEM: | RX (<input type="checkbox"/>) | TAC c/ Contraste (<input type="checkbox"/>) | USG (<input type="checkbox"/>) | ECO (<input type="checkbox"/>) | LABORATORIAL: SIM () NÃO (<input type="checkbox"/>) |
| | | TAC s/ Contraste (<input type="checkbox"/>) | RNM (<input type="checkbox"/>) | CATE (<input type="checkbox"/>) | Observação: _____ |
| PARECER CARDIOLÓGICO: | SIM () NÃO (<input type="checkbox"/>) | Risco Cirúrgico: | _____ | | |
| RESERVA DE HEMODERIVADOS: | SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) | GRUPO SANGUÍNEO: | _____ | | |
| RESERVA DE LEITO DE UTI: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | Qual?: UTI: _____ | LEITO: | _____ | |

| ALERGIA | | USO DE SONDAS | |
|----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| SIM () | QUAL: _____ | SNE () | SNG (<input type="checkbox"/>) |
| NÃO (<input type="checkbox"/>) | OBSERVAÇÃO: _____ | SVD (<input type="checkbox"/>) | |
| | | Outra: _____ | |
| ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO | | DRENO | |
| SIM () | QUAL: _____ | SIM () | NÃO (<input type="checkbox"/>) |
| NÃO (<input type="checkbox"/>) | OBSERVAÇÃO: _____ | Qual: _____ | |
| SIM () | QUAL: _____ | Local: _____ | |
| NÃO (<input type="checkbox"/>) | HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____ | | |

| CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|----------------------------------|-------------------|
| JEJUM: | SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) | À partir do dia: 30/12/19 às 20:00 | Observação: | _____ | |
| HIGIENIZAÇÃO: | SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) | Observação: | _____ | | |
| TRICOTOMIA: | SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | Observação: | _____ | | |
| RETIRADO ADORNOS: | SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>) | RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: | SIM () | NÃO (<input type="checkbox"/>) | |
| CIRURGIAS ANTERIORES: | SIM (<input type="checkbox"/>) | Quais/Datas: _____ | | | |
| ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: | SIM (<input type="checkbox"/>) | Quais/Datas: _____ | | | |
| PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: | SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) | Observação: _____ | LATERALIDADE DEMARCADA: | SIM () | Observação: _____ |
| | NÃO (<input type="checkbox"/>) | | | NÃO (<input type="checkbox"/>) | |

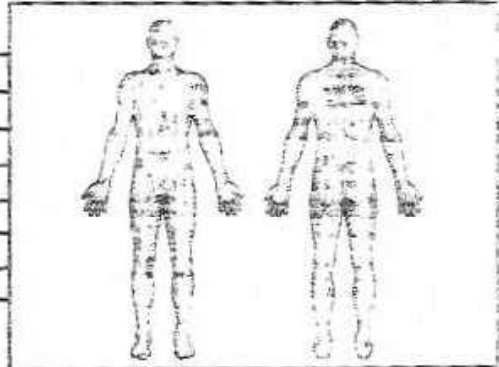
Responsável: _____

COD 38404



CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | |
|--------------------------------|-----------------|
| Nome: _____ | |
| Data de Nascimento: 13/02/1977 | Registro: _____ |
| Sector: _____ | Leito: 102 |
| SINAIS VITAIS | |
| PA: 120/80 | HGT: _____ |
| Observação: _____ | |



| ENTREVISTA | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HIPERTENSO: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) MEDICAÇÃO EM USO: _____ |
| DIABÉTICO: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) MEDICAÇÃO EM USO: _____ |
| HÁBITOS: | TABAGISTA: SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____ |
| | ETILISTA: SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____ |

| EXAMES SOLICITADOS | |
|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| IMAGEM: RX () TAC c/ Contraste () USG () ECO () | LABORATORIAL: SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) |
| TAC s/ Contraste () RNM () CATE () | Observação: _____ |
| PARCEER CARDIOLÓGICO: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) Risco Cirúrgico: _____ |
| RESERVA DE HEMODERIVADOS: | SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () GRUPO SANGÜINEO: _____ |
| RESERVA DE LEITO DE UTE: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) Qual? UTI: _____ LEITO: _____ |

| ALERGIA | | USO DE SONDAS | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|
| SIM () QUAL: _____ | OBSERVAÇÃO: _____ | SNE () SNG () | Outra: _____ |
| NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | | SVD () | |
| ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO | | DRENO | |
| SIM () QUAL: _____ | OBSERVAÇÃO: _____ | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | Qual: _____ |
| NÃO () | | Local: _____ | |
| SIM () QUAL: _____ | HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____ | | |
| NÃO () | | | |

| CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| JEIUM: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | A partir do dia: 13/02/2019 às 18:00 | Observação: _____ |
| HIGIENIZAÇÃO: | SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () | Observação: _____ | |
| TRICOTOMIA: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | Observação: _____ | |
| RETIRADO ADORNOS: | SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () | RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) |
| CIRURGIAS ANTERIORES: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | Quais/Datas: _____ | |
| ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | Quais/Datas: _____ | |
| PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | LATERALIDADE DEMARCADA: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) |
| Observação: _____ | | Observação: _____ | |

Enfermeiro Responsável: _____

CÓD 3840



Ficha de Cirurgia Descritiva

| | | |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Aviso de Cirurgia : 34385 | Sala : 0002 SALA 02 | |
| Paciente : 101051 | EDNALDO MANOEL DA SILVA | Atendimento : 412187 |
| Convênio Atend. : 1 | SUS - INTERNACAO | Carteira : |
| Leito : 29 | 404 - 03 - LT CMEDICA | Idade : 47 Anos |
| Dt. Início : | Dt. Fim : 02/01/2018 13:33 | |
| d Prè-Operatório : S723 | FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR | |
| d Pós-Operatório : | | |

Procedimentos

| | |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Procedimento: 0408050632 | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA (PRINCIPAL) |
| Convênio: 001 | SUS - INTERNACAO |
| Anestesia: 86 | RAQUI ANESTESIA + SEDACAO |

Equipe Médica

| | | |
|-------------|-------|-------------------------------------|
| CIRURGIAO | 11874 | CLAUDIO DE OLIVEIRA ANDRADE MARQUES |
| ANESTESISTA | 15883 | DEBORA SPENCER DE CASTRO LEITAO |

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO : FRATURA DE FEMUR (32 B2) ESQ.
 CD : SINTESE INTERNA

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS EM MIESQ.;
4. INCISÃO DE PELE DE 15CM NA FACE LATERAL DA COXA ESQUERDA LONGITUDINAL;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS;
6. VISIBILIZADO FOCO DE FRATURA;
7. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA FEITO FIXAÇÃO COM PLACA DCP 4.5 08 PARAFUSOS(4 PROXIMAI E 4 DISTAI);
8. REDUÇÃO DA ASA DE BORBOLETA E FIXAÇÃO COM 02 PARAFUSOS CORTICAIS
9. LIMPEZA COM SF 0,%;REVISÃO DE HEMOSTASIA;
10. COLOCADO DRENO ASPIRATIVO;
11. SUTURA POR PLANOS;
12. CURATIVO;
13. RX CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

[Handwritten Signature]
 Conselho de Classe
 Médicos Cirurgiões
 Nº 14861-0E

[Handwritten Signature]
 R. Rivada
 09 JAN 2018

DR(A) : CLAUDIO DE OLIVEIRA ANDRADE MARQUES
 CRM : 11874





HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA



FICHA DE ANESTESIA

Data

02/02/2019

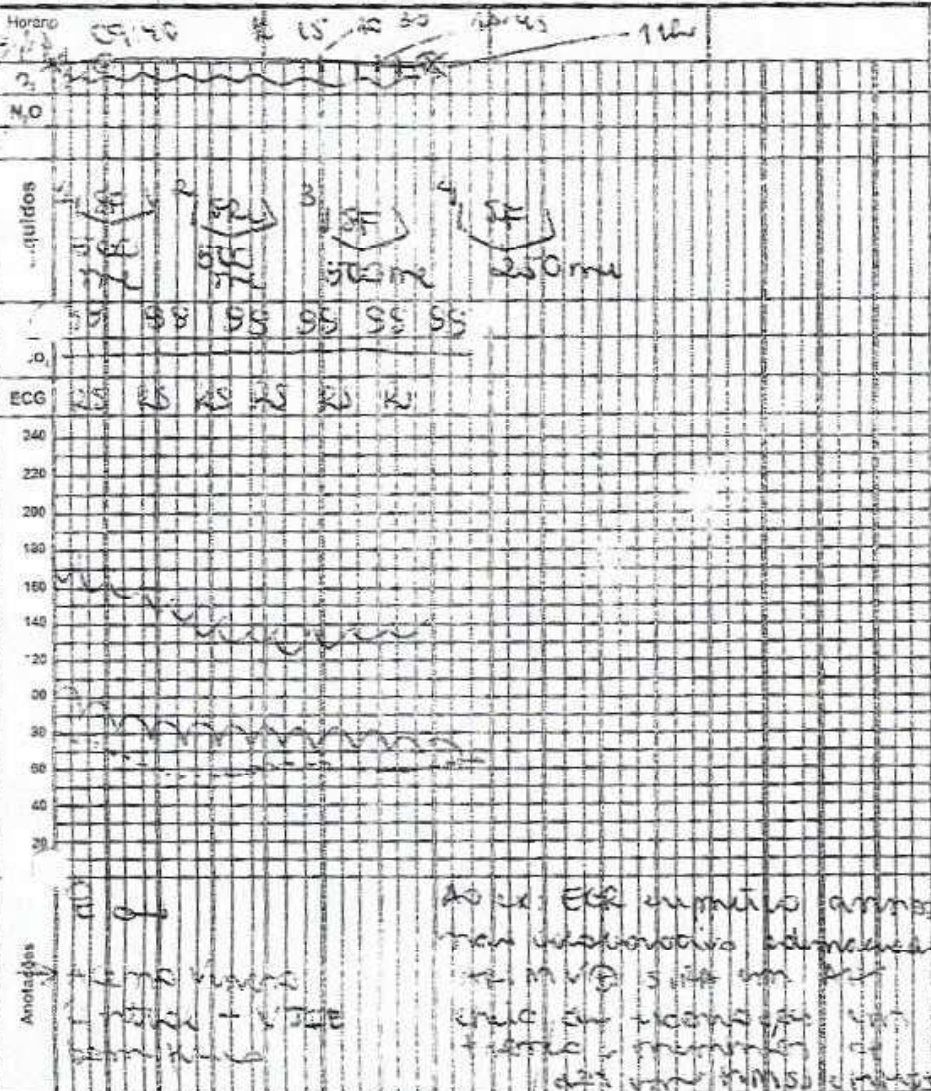
Acomodação

Paciente: Ednaide Manoel de Siqueira Sexo: M Cor: P Idade: 47 Raça: B

CRM: 31313 Nome do Anestesiologista: Sperelli Nome do Cirurgião: Chamone

Medicação Pré-anestésica: Nenhuma Urgência: NÃO SIM

Cirurgia: Testeamento cirúrgico de prótese em fêmur ESS REG: 104051 P: 304



| Drogas Usadas | Quantidade |
|-----------------------------|------------|
| Fentanyl 100mcg | |
| Diazepam 10mg | |
| Cipropofol 200 | |
| Dexametasona 8 | |
| Oraxinon 500 | |
| Dimorona 20 | |
| Levomepromil 10 | |
| Rauv. Mecurina 100.15mg 5ml | |
| Ami 3mg | |
| Técnico Anestésico 3 | |
| Regulamentação de | |
| paciente anestesiado com | |
| na + entorquêo de | |
| de L4-L5 transmedi | |
| na, despinha 20 | |
| de, após testes de | |
| co L4-L5 transmedi | |
| na | |
| simulação | |
| na | |

- Monitorização**
- Cardiocópio
 - Oxímetro
 - PNI
 - Sonda Vesical
 - Capnógrafo
 - Estaf. Pré-Cordial
 - Outros
- BIS**
- Temperatura
 - Swan-Ganz
 - Analisador Gases
 - PVC
 - Estimulador do Nervo
 - Linha Arterial
 - Volémis ICP Plus

- Encaminhado**
- Acomodado
 - Sono ent
 - Int. D&A
 - Destino
 - SRPA
 - Acor/E-Inf
 - UTI
 - Externo

Intercorrência: NÃO SIM SEM NA 7 SA

Descrever: Pré-anestésico NEGA com 100mcg fentanyl, 10mg diazepam, 200mcg cipropofol, 8mg dexa, 500mcg oraxinon, 20mg dimorona, 10mg levomepromil.

Observações: anestesiado com na + entorquêo de L4-L5 transmedi na, despinha 20 de, após testes de co L4-L5 transmedi na, simulação na

28/12 - ABB) e de 100mcg fentanyl, 10mg diazepam, 200mcg cipropofol, 8mg dexa, 500mcg oraxinon, 20mg dimorona, 10mg levomepromil.





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 03

Nome: Adriano Manoel data: 02/04/19 Hora: 11:30 Registro: 40040
Leito de origem: 009-03

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: TCR de Fígado de Fígado
Tipo de anestesia: sedação - Sedação
Equipe: Dr. Cirurgião Anestesista: Dr. Welton

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: CVSF
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: UJE
Sinais vitais: PA: 162 x 67 mmHg FR: _____ p/min FC: 62 p/min SaPO2: 95%
Glasgow: _____

4. Monitorização

| SSVV/ Horário | 15' | 30' | 60' | 1:30 h | 2:00 h | 3:00 h |
|------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------|
| PA | 146 x 10 | 168 x 72 | 176 x 75 | 180 x 70 | 183 x 73 | |
| FR | — | — | — | — | — | |
| FC | 65 | 66 | 67 | 72 | 77 | |
| SaPO2 | 95% | 95% | 98% | 96% | 95% | |
| Glasgow | | | | | | |

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

13:45 sem febre, sem bloqueio

Sinais vitais: PA: 141 x 77 FC: 73 FR: — SaPO2: 97% Glasgow: 15 motor

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 02/04/19 Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

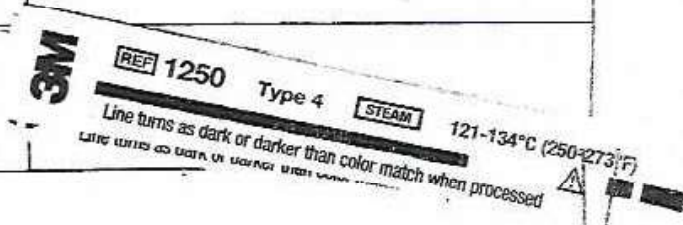
1. Identificação

Nome: Enfermeiro Municipal da Silva Data: 02/01/18 Registro: 101052
 Convênio: SUB Leito: 404-03 Hora: _____

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Ricardo Paiva 1º auxiliar: Dr. Bernardo
 Anestesiista: Dr. Ricardo Instrumentador: Carlos
 Circulante: Andréia

| INSTRUMENTAL | VALIDADE | INDICADOR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|
| <p>101052 CAN 12.17 02 01.161370</p> | | <p>Lap Capote BS MM II</p> |
| <p>101052 17 810.5</p> | | <p>BS Anestésico CX: 4,5 Prosrad CX 4,5 Prosrad (varofus)</p> |
| <p>MOTOR BROCA 031 FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME</p> <p>LOTE 219535 PLASMA EST: 30 12/2017 VAL 30 12/2018 CAMILA FIGUEIRÉDO COREN/PE 148616</p> | | <p>Pinho de Foco caveta distal motor Broca</p> |
| <p>101052 M&S 12.17 02 01.161370</p> | | <p>Alicate de pressão osteotomia Roma</p> |
| <p>101052 TB 12.17 02 01.161384</p> | | <p>Martelo</p> |



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Fernando Manoel da Silva Data: 02/10/18 Hora: _____ Registro: 1410 SA
Convênio: Saúde Leito: _____ Pac: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Claudio Marques Anestesiologista: Dr. Debora
Auxiliar: Dr. Reinaldo 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Carlos

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Pro. cir. = 8/101. de fêmur (E) Início: 09:40 Término: 11:00
Anestesia: RACU + Sedação Início: 14:15 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATORIO:

Estado Geral: () Bom (X) Regular () Grave
Nível de Consciência: (X) Orientado (X) Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: (X) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
Cotomia: () Sim () Não
Chegou no CC em uso de: _____

5 - TRANS-OPERATORIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal (X) Ventral () Ginecológico ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (X) Monitor Cardíaco (X) PNI (X) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico (X) Local da Placa _____
Cabo de Anestesia (X) Difusor () Intensificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não () _____ Função Venosa: Sim () Não () _____
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não () _____ Sonda Gástrica: Sim () Não () _____
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não () _____
Curativo (Tipo e Local): Sim (X) Não () _____

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____
Medicados de Prenturina Medicados de Prenturina

6 - OBSERVAÇÕES:

Sigilo PI SR sem intercorrência

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (X) Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (X) S. Intensiva () UCOR () UTI () Apt () Residência ()

Data: 02/10/18 Hora: _____ Enfermeira: Thais Circulante: Fabiana



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

| | | | |
|-----------------|------------------------------|-----------------------|-----------------|
| PACIENTE: | Ednaldo Manoel da Silva | DATA: | 02/02/2019 |
| QUIRURGIÃO: | Dr. Claudio Marques | RG: | 11111111 |
| ANESTESISTA: | Dr. Debora | AUXILIAR: | |
| QUIRURGIA: | Proctop. trat. de Fimura (E) | ANESTESIA: | Raqui + Sedação |
| INSTRUMENTADOR: | Carles | COORDENAÇÃO DO BLOCO: | Ma. Almeida |
| CIRCULANTE: | Fabiana | CGREN: | |
| ENFERMEIRA: | Man | HORARIO INICIAL: | 9:45 |
| | | HORARIO FINAL: | 11:00 |

| DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA | | | |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| AGULHAS | | | |
| 13X4,5 | 25X7 | 25X8 | 40X12 |
| ARQUILOPLÉGICA | STIMUPLEX | RAQUI 25 | RAQUI 27 |
| ATADURAS | | | |
| CREPE 10CM | CREPE 15CM | CREPE 20CM | CREPE 30CM |
| CESSADA 10CM | CESSADA 15CM | CESSADA 20CM | |
| CANULAS | | | |
| TRAQUEOST 7,0 | TRAQUEOST 7,5 | TRAQUEOST 8,0 | TRAQUEOST 8,5 |
| OST 9,0 | | | |
| CATETER | | | |
| NASAL | CENTRAL PVC | EPIDURAL 16 | SUBCLAVIA 16 |
| PERIDURAL 17 | JELCO 18 | JELCO 16 | JELCO 18 |
| JELCO 20 | JELCO 22 | JELCO 24 | |
| LIMPADORES | | | |
| CLIP 100 | CLIP 200 | CLIP 300 | CLIP 400 |
| CURATIVOS | | | |
| ADAPTIC | KERLIX | PURILON | TELA MARLEX |
| EQUIPOS | | | |
| BOMBA | BOMBA FOTO | P/SANGUE | P/SORO MACRO |
| EXTENSORES | | | |
| 20CM | 40CM | 50CM | 120CM |
| LAMINAS | | | |
| BISTURI 11 | BISTURI 12 | BISTURI 15 | BISTURI 20 |
| BISTURI 22 | BISTURI 24 | DERMATOMO 6 | |
| LUVAS | | | |
| LUVA 7,0 | LUVA 7,5 | LUVA 8,0 | LUVA 8,5 |
| SERINGAS | | | |
| 1ML | 3ML | 5ML | 10ML |
| 20ML | 60ML | 60ML CATETER | |
| AVENTAL CIRUR. | BS. COLOSTOMIA | COMPRESSAS | CAPA P/ VIDEO |
| COLET. ABERTO | COLET. FECHADO | CONEXAO 2VIAS | CONEXAO 4VIAS |
| ELETRODOS | FILTRO UMIDIF. | GAZES | GELFOAN |
| KIT CIRURGICO | LATEX | TORNEIRA 3VIAS | PRESERV. URINA |
| SCALP 21 | SCALP 22 | TRANSOFIX | TRANS. PRESSAO |

| DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA | | | |
|----------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| DRENOS | | | |
| KHER 8 | KHER 10 | KHER 12 | KHER 14 |
| KHER 18 | SUCCAO 3,2 | SUCCAO 4,8 | SUCCAO 6,4 |
| BLAKER 19FR | BLAKER 24FR | TORAX 20 | TORAX 26 |
| TORAX 28 | TORAX 30 | TORAX 32 | TORAX 36 |
| SONDAS | | | |
| ENTERAL 10 | ENTERAL 12 | | |
| ASPIRAÇÃO 10 | ENDOTRAQ. 2,0 | ENDOTRAQ. 2,5 | ENDOTRAQ. 3,0 |
| ENDOTRAQ. 3,5 | ENDOTRAQ. 4,0 | ENDOTRAQ. 4,5 | ENDOTRAQ. 5,0 |
| ENDOTRAQ. 5,5 | ENDOTRAQ. 6,0 | ENDOTRAQ. 6,5 | ENDOTRAQ. 7,0 |
| ENDOTRAQ. 7,5 | ENDOTRAQ. 8,0 | ENDOTRAQ. 8,5 | ENDOTRAQ. 9,0 |
| FOLEY 3VIAS 14 | FOLEY 3VIAS 16 | FOLEY 3VIAS 18 | FOLEY 3VIAS 20 |
| FOLEY 2VIAS 06 | FOLEY 2VIAS 08 | FOLEY 2VIAS 10 | FOLEY 2VIAS 12 |
| FOLEY 2VIAS 14 | FOLEY 2VIAS 16 | FOLEY 2VIAS 18 | FOLEY 2VIAS 20 |
| NASO 10 | NASO 12 | NASO 14 | NASO 16 |
| NASO 18 | NASO 20 | NASO 22 | URETRAL 4 |
| URETRAL 6 | URETRAL 8 | URETRAL 10 | URETRAL 12 |
| URETRAL 14 | URETRAL 16 | URETRAL 18 | URETRAL 20 |
| FIOS CIRÚRGICOS | | | |
| ALGODÃO 0 | ALGODÃO 2-0 | ALGODÃO 3-0 | FITA CARDIACA |
| CROMADO 0 | CROMADO 1 | CROMADO 2-0 | CROMADO 3-0 |
| CROMADO 4-0 | SIMPLES 2-0 | SIMPLES 3-0 | SIMPLES 4-0 |
| SIMPLES 5-0 | NYLON 2-0 | NYLON 3-0 | NYLON 4-0 |
| NYLON 5-0 | NYLON 6-0 | NYLON 8-0 | NYLON 9-0 |
| NYLON 10-0 | POLIESTER 2 | POLIESTER 2-0 | POLIESTER 3-0 |
| POLIESTER 4-0 | POLIESTER 5 | PROLENE 0 | PROLENE 2 |
| PROLENE 2-0 | PROLENE 3-0 | PROLENE 4-0 | PROLENE 5-0 |
| VICRYL 0 | VICRYL 1 | VICRYL 2-0 | VICRYL 3-0 |
| VICRYL 4-0 | CERA P/OSSE | MARCAPASSO | VALVEGT |
| SEDA 2-0 | SEDA 3-0 | MONOCRYL 3-0 | MONOCRYL 4-0 |
| SURGIGEL 5X75 | ACO 1 | ACO 4 | ACO 6 |

CÓD. 38407





DOM HELDER CÂMARA

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-50

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 101051

Atendimento: 412187

Dt. Cad: 28/12/2017

Nome: EDNALDO MANOEL DA SILVA

Dt. Nasc: 15/5/1970

Mãe: AMBROZINA MARIA DA CONCEICAO

Bairro: PONTE DOS CARVALHOS

End.: QUADRA TRINTA DOIS

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Enferm.: 404 - 03 - LT CMEDICA

Leito: 29

CNS: 708405797871765

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não
- Sim e há equipamento disponível

- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- Não
- Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- Não
- Sim _____

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

- Antecipação de eventos críticos:
 - Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Reduções de fratura*
 - Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1: 00/ sim*

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
- Não se aplica *Rx*

- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Treat. cirurg fratur fêmur e



Nome: Ednaldo Manoel da Silva Registro: 101051 Leito:
 Procedimento Cirúrgico: Urol. Cirúrg. nos. femur (E) Data: 02/01/18 Hora:

| DIAGNÓSTICO | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM | HORÁRIOS |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 1. Ansiedade | <input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional | |
| | <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares | |
| | <input type="checkbox"/> Outros | |
| 2. Ventilação prejudicada () | <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado | |
| | <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h | |
| | <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz | |
| | <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler | |
| | <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR | |
| | <input type="checkbox"/> Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso | |
| | <input type="checkbox"/> Outros | |
| 3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado | <input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler | |
| | <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica | |
| | <input type="checkbox"/> Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea | |
| | <input type="checkbox"/> Outros | |
| 4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa | <input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação | |
| | <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor | |
| | <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor | |
| 5. Integridade tissular prejudicada () | <input type="checkbox"/> Descrever características da lesão | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de <u>2x</u> h | |
| | <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ h | |
| | <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___ h | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>2x</u> h | |
| 6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo | <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___ h | |
| | <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo | |
| 7. Imobilidade no leito prejudicada () | <input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente | |
| | <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) | |
| | <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: | |
| | <input type="checkbox"/> Outros | |





HOSPITAL
JOM HELDER CÂMARA

Data: 02/02/18

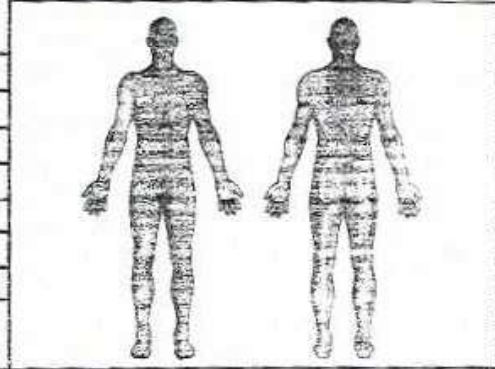
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: 06:00



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Nome: <u>Edinaldo Almeida</u> | |
| Data de Nascimento: <u>1/1</u> | Registro: <u>30303</u> |
| Sector: <u>T2C</u> | Leito: <u>404-03</u> |
| SINAIS VITAIS | |
| PA: <u>130x80</u> | T: <u>36.3</u> HGT: <u>80</u> |
| Observação: | |



| ENTREVISTA | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HIPERTENSO: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) MEDICAÇÃO EM USO: _____ |
| DIABÉTICO: | SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) MEDICAÇÃO EM USO: _____ |
| HÁBITOS: | TABAGISTA: SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____ |
| | ETILISTA: SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____ |

| EXAMES SOLICITADOS | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| IMAGEM: RX (<input checked="" type="checkbox"/>) TAC c/ Contraste () USG () ECO () LABORATORIAL: SIM () NÃO () | TAC s/ Contraste () RNM () CATE () Observação: _____ |
| PARECER CARDIOLÓGICO: | SIM () NÃO () Risco Cirúrgico: _____ |
| RESERVA DE HEMODERIVADOS: | SIM () NÃO () GRUPO SANGUÍNEO: _____ |
| RESERVA DE LEITO DE UTI: | SIM () NÃO () Qual?: UTI: _____ LEITO: _____ |

| ALERGIA | | USO DE SONDAS | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------|--------------|
| SIM () QUAL: _____ | OBSERVAÇÃO: _____ | SNE () SNG () | Outra: _____ |
| NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>) | | SVD () | |
| ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO | | DRENO | |
| SIM () QUAL: _____ | OBSERVAÇÃO: _____ | SIM () NÃO () | Qual: _____ |
| NÃO () | | Local: _____ | |
| SIM () QUAL: _____ | HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____ | | |
| NÃO () | | | |

| CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE | |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| JEIUM: | SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () À partir do dia: <u>1/1</u> às : _____ Observação: _____ |
| HIGIENIZAÇÃO: | SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () Observação: _____ |
| TRICOTOMIA: | SIM () NÃO () Observação: _____ |
| RETIRADO ADORNOS: | SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO () RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO () |
| CIRURGIAS ANTERIORES: | SIM () Quais/Datas: _____ NÃO () |
| ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE: | SIM () Quais/Datas: _____ NÃO () |
| PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO: | SIM () Observação: _____ LATERALIDADE: SIM () Observação: _____ NÃO () DEMARCADA: NÃO () |

Enfermeiro Responsável: _____

CÓD 38404

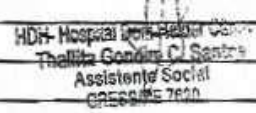
(Carimbar)



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Edmarcio Manoel do Faria Registro: 408051

Clinica: _____ Enfermaria: Unidade 1/404-03 Leito: _____

| Data/Hora | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23/12/17 | Serviço Social Realizado início social com apoio do paciente. Início trabalho sobre fluxo do SUS, DPST e direito Previdenciário |
| |  |
| 31 | Audió, |
| 12 | pul op: |
| 17 | LTC. |
| | HAS @ DM @ FUNO @ AIC @ ANIL @ ALLEGAS @ ALLEGAS @ |
| | 8) queixas audió (respiração e desconforto) |
| | Pulmões limpos RR2 clon2 |
| | 8) Somos PA = 100 x 50 mmHg |
| | 30) sinais de exo respirat conclusos: Resco-baixo |





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

| Data/Hora | |
|-----------|------------------------------|
| 05/06/18 | # 070262021 |
| | É com bom aspecto |
| | Paciente sem queixas |
| | Alta da internação. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | Atendimento Nutricional |
| | Data: 05/06/18 Hora: 10:55HS |
| | Nutricionista responsável |
| | F. S. C. N. de Sa. 199 |
| | Nutricionista |
| | CRN6 10548 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

RIVADAVIA NUNES DE ALENCAR BARROS NETO
 CRM 10548
 CRN 6 10548



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Ednaide Manoel da Silva Registro: 101051

Clínica: _____ Enfermaria: 404 Leito: 3

| Data/Hora | # Serviços Sociais # |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 03/03/18 | Realizado atendimento social por seguir de alta hospitalar. Prestadas orientações por alta e entregue encaminhamento para o Posto de Saúde da família - PSF. |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |


 HDH-Hospital Dom Helder Câmara
 Cibele Maria de Silva-Ferreira
 Assistente Social
 CRESS/PE 10153



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 12/02/19

Nº PRONTUÁRIO: 7202

NOME DO PACIENTE: Edson Barros Neto

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID: A2
S02552

OBS.:

Nº DIAS: 7) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 23/03/18

Nº PRONTUÁRIO: 102054

NOME DO PACIENTE: Edinaldo Manoel da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: 8 mês pós-operatório fratura de fêmur esquerdo e omómero do antebraço esquerdo.

CID: Fêmur esquerdo consolidado.

OBS.: Elbow esquerda evolui com pseudoartrose.

Encontra-se em bela para recuperação.

Nº DIAS _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO

CID: 552.4

572.8

23/03/18

Assinatura do Médico
Carimbo

CÓD. 38391



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 31.01.14

Nº PRONTUÁRIO: 100000

NOME DO PACIENTE: Edson da Silva Manoel de Melo


HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

• Febre alta de 38,5°C
• Tosse seca
• Exame físico normal
CID: J10
• sem sinais de pneumonia
• sem sinais de otite
• sem sinais de sinusite

OBS: CID S71.3
S82.3
S52.2

Nº DIAS: _____

AFASTAMENTO DO TRABALHO


Assinatura do Médico
Carimbo



FISIOTERAPIA DO CABO

Duvido

paciente Edinaldo manual da Esfera, Realizam
fisioterapia muito melhor devido a
plat. articular e fêmur E os sintomas.

O mesmo apresenta dor aguda e cons-
tante, VAR de punho e joelho, déficit
de força de MSE e MIE, estando inca-
paz de realizar atividade laboral.

Atenciosamente

Dr. Edmo Serafim
Fisioterapia
124.458-F

09/04/18

Rua José Plech Fernandes, 115 Loja B - Centro - Cabo de Santo Agostinho - PE
Fone: (81) 4123.0131





RECEITUÁRIO

Laudos médico

Declaram para os devidos fins para o Sr. Edinaldo Manoel de Sales for submetido à laparoscopia exploratória por hérnia de parede femoral.

Realizada a Espectação
No dia 28.12.17

Meneses

31.01-18

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Menandro Bezerra de Melo Martins
Cirurgião Geral - CRM 14418
Coordenador da Cirurgia Geral



CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 20/12/2018

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001AG: 3484 ROSA E SILVA OPER: 013 CONTA: 9.555-1
PERIODO: 01012018 ATE: 20122018 CPF: 496.790.074-72
NOME: EDINALDO MANOEL DA SILVA VLR.BLQ.JUD. : 0,00

| DATA MOV | NR.DOC | HISTORICO | T A X A | V A L O R | S A L D O |
|------------|--------|------------|------------|------------|------------|
| 26/11/2018 | 000001 | CRED TED | 0,00000000 | 4.556,25 C | 5.246,62 C |
| 28/11/2018 | 000000 | REM BASICA | 0,00000000 | 0,00 C | 5.246,62 C |
| 28/11/2018 | 000000 | CRED JUROS | 0,00371500 | 2,56 C | 5.249,18 C |

| | | | | | | | |
|-------------|--------------------------|------------|------------|---------------------|-----|----------|---|
| 20181126 | 0000000001 | 20181127 | 0000000002 | SALDO EM 19/12/2018 | R\$ | 5.249,18 | C |
| F1 AJUDA | F4 SALDO POR DATA LIMITE | F7 VOLTAR | PAG. | | | | |
| F3 RETORNAR | F6 EXTRATO ANTERIOR | F8 AVANCAR | PAG. | F12 FINALIZAR | | | |

