



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: LUIZ MÁRIO DE OLIVEIRA, brasileiro(a), Solteiro (a), Agricultor, portador(a) da Carteira Profissional sob. nº 73.724 Série 000.40 DRT/PE e Inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas sob nº 054.267.044-57, residente e domiciliado(a) no Sítio Guabiraba, nº 100, Zona Rural, Lagoa dos Gatos - PE, CEP : 55.450-000.

Outorgados: JOSÉ RINALDO FERNANDES DE BARROS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB-PE sob o no. 23.837, estabelecido profissionalmente à Av. México Setenta, no. 75, Centro, Catende/PE, CEP: 55.400-000, endereço eletrônico: rinaldobarros8@gmail.com, JOSÉ CASSEMIRO DE ARAÚJO FILHO, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB sob o número 33.754 com endereço profissional onde recebe intimações na Av: México Setenta nº 75, Centro – Catende/PE, endereço eletrônico: jocafiaraujo@hotmail.com, ITALO RICARDO OLIVEIRA DE LIMA, brasileiro, solteiro, Advogado inscrito na OAB sob o número 47.135 com endereço profissional onde recebe intimações na Av: México Setenta nº 75, Centro – Catende/PE, endereço eletrônico: italoricardo.lima@hotmail.com, JOÃO PAULO ALVES DA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrita na OAB/PE 40.525, com endereço profissional onde recebe intimações na Av. México Setenta, nº75, 1º Andar, Centro, Catende/PE, endereço eletrônico: joãopauloalvesdasilva_hotmail.com, NAYARA MYLLENA SILVA RODRIGUES, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB sob o n°. 38.514, domicílio profissional à Av. México Setenta, n°. 75, Centro Catende/PE, endereço eletrônico: nayary_myllena@hotmail.com, todos integrantes da sociedade de Advogados BARROS, VASCONCELLOS, ARAÚJO e RODRIGUES Advogados Associados, inscrita na OAB-PE sob o nº 1.891e inscrita no CNPJ sob o nº 23.835.182/0001-16, Localizado na Av. Paulo Guerra, nº 52, Centro, Catende-PE, CEP 55400-000, endereço eletrônico: assessoriajuridica6@gmail.com.

Poderes: Com os Poderes das cláusulas ad judícia, ad negotia, e et extra, podendo para tanto os Outorgados patrocinarem, em conjunto ou isoladamente, a defesa do Outorgante em qualquer Instância, Juízo ou Tribunal, propondo ações competentes e impetrando recursos, bem como representá-lo perante quaisquer órgãos Cíveis ou Militares, nos níveis Federal, Estadual e Municipal, quer sejam da Administração Direta, Autárquica ou Fundacional, estando autorizados portanto, a reclamar, requerer direitos inclusive certidões, conciliar, desistir, firmar acordos e compromissos, prestar declarações, discordar, tomar ciência, receber citações, transigir, recorrer, assinar recibos, dar quitação, pagar e receber numerários, assinar documentos públicos inclusive de adjudicação, requerer carga e/ou vistas em Processos Judiciais ou Administrativos, podendo ainda substabelecer no todo ou em parte o presente Instrumento, e tudo o mais necessário para praticar todos os atos inerentes ao fiel e cabal desempenho do presente Mandato, dando tudo por fim, firme e valioso.

DECLARO, para todos os fins de direito que sou pobre no sentido jurídico do termo, e não possuo condições de pagar as custas processuais sem prejuízo de meu sustento próprio e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça, nos termos da Lei nº 1.060/50

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS: Fica acordado por ambas as partes, que o outorgante deverá pagar a sociedade de advogados, supra qualificada, honorários advocatícios de 30% (trinta por cento) pelos serviços profissionais, sobre o valor da condenação decorrente da ação proposta ou em acordo celebrado entre a parte autora e o réu, podendo ainda o MM. Juiz reter os honorários advocatícios autorizados pelo outorgante nos termos do presente contrato.

Catende-PE, 22 de Novembro de 2018.

Luiz Mário de Oliveira

LUIZ MÁRIO DE OLIVEIRA

(Outorgante)

81. 3673-1726 assessoriajuridica6@gmail.com
Escritório 01 | Escritório 02 | Escritório 03
Av. México 70, 75, 1º andar centro, | Av. Paulo Guerra, 52 Centro, | Av. Historiador Pereira da Costa, 44 F
Catende - PE | Catende - PE | 1º Andar, Centro, Cabo de St. A. - PE



Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curtosos" corram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.
 Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
 Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
 Converse e discusso no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.
 Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.
 Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO
 SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 73724 Série 00040



Jose Mario de Oliveira
 ASSINATURA DO PORTADOR





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

054.267.044-57

Nome

LUIZ MARIO DE OLIVEIRA

Nascimento

20/11/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
3517.86AF.9DBE.D29C

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:47:44 do dia 07/01/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sá, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.838.932/0001-09 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

NOME DO CLIENTE
LUIZA BEZERRA LOPES DA SILVA

ENDEREÇO
SITIO GUABIRABA/LAÇOA DOS GATOS RU

CPF 044 822 424-03 NIS 13 195350450

LAÇOA DOS GATOS PE
55450-000

CATEGORIA
BY RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásica

CONTA CONTRATO 7025243492 MÊSANO 04/2018

DATA DE VENCIMENTO 25/04/2018 DATA DE EMISSÃO 18/05/2018

Nº DA NOTA FISCAL 013378978 SÉRIE ÚNICA 18042018
APRESENTAÇÃO 18/04/2018 Nº DO CLIENTE 2075478887 Nº DA INSTALAÇÃO 5416362

TOTAL A PAGAR (R\$) 23,68

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,16909456	5,07
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	50,0000000	0,26887638	14,48
Contribuição Iluminação Pública			0,98
ICMS Subvenção-CDE-NF 002246024-18/01/18			0,58
ICMS Subvenção-CLJE-NF 005838948-17/02/18			0,63
Multa por atraso-NF 005838948-17/02/18			1,31
Juros por atraso-NF 005838948-17/02/18			0,58
Atualização IGPM-NF 005838948-17/02/18			0,04

TOTAL DA FATURA 23,68

Nº DO MÊS ANTERIOR	TIPO DA TARGÃO	ANTERIOR (kWh)	ATUAL (kWh)	Nº DE LEITURAS	Nº DE LEITURAS	CONSTANTE (kWh)	ALJUSTE	CONSUMO (kWh)
ABR 18	00							80,60
MAR 18	00							
FEV 18	00							
JAN 18	00							
DEZ 17	00							
NOV 17	00							
OUT 17	04							
SET 17	01							
AGO 17	01							
JUL 17	00							
JUN 17	04							
MAY 17	120							
ABR 17								

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	VALOR DO IMPORTE	%
Carregio de Energia	R\$ 7,56	36,12%
Transmissão	R\$ 1,90	4,09%
Distribuição (Custos)	R\$ 0,61	3,29%
Perdas de Energia	R\$ 1,56	10,12%
Encargos Setoriais	R\$ 1,95	10,22%
Tributação	R\$ 0,58	2,88%
Total	R\$ 18,84	100%

Na data da última leitura em vigor de 8 vólts. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente e companhia quando há violação recorrente de uso indevido de energia elétrica, poderá ser suspensa a tarifa social e a tarifa normal, com a cobrança de multa por uso indevido de energia elétrica e a suspensão da tarifa social de energia elétrica com o pagamento de 12 meses de multa de 10% sobre o valor da tarifa normal. O cliente e companhia quando há descumprimento ao prazo definido para os serviços de atendimento ao cliente.

Atenção: a tarifa social de energia elétrica é destinada aos consumidores de baixa renda e não pode ser utilizada para fins comerciais. Para mais informações consulte o site www.celpe.com.br





Serviço de Atendimento
Secretaria de Saúde
FICHA DE ATENDIMENTO

5. Saída do hospital: 19/10
7. Data: 10/03/2019

1. Hora do chamado: 23:00
2. Chegada ao local: 3:15
3. Saída do local: 3:17
4. Hora da conclusão: 19/10

6. Motivo/Solicitação: queda de moto com TCE
8. Tipo de recurso: 1. USA, 2. USB, 3. VIR, 4. Helicóptero, 5. Motocicleta, 6. SAC

9. Origem do acionamento: 1. Domicílio, 2. Via Pública, 11. Rádio operador, 13. Solicitante: Dr. Douglas Siqueira

10. Médico regulador: Dr. Betânia
12. Paciente: Louis Inácio da Silva
15. Idade: 39 anos
16. Sexo: 1. Masculino, 2. Feminino

14. Data de nascimento: _____
17. Logradouro: _____
19. Bairro: _____
20. Município: Catalão

21. Zona: 1. Urbana, 2. Rural
22. Referência: _____
23. Local de ocorrência: 1. Via Pública, 2. Domicílio
24. Ocorrência relacionada ao trabalho: 1. Sim, 2. Não
25. Tipo de atendimento: 1. Clínico, 2. Causa externa, 3. Obstétrico, 4. Peculiar, 5. Psiquiátrico, 6. Remoção/Senha: 5330379, 7. Unid. Solicitante: _____

26. Tipo de vítima: 1. Pedestre, 2. Condutor, 3. Passageiro, 4. Pessoa conduzida em local inadequado, 5. Outros
27. Meio de locomoção da vítima: 1. Automóvel, 2. Moto, 3. A pé, 4. Bicicleta, 5. Outro
28. Mecanismo do trauma: 1. Capotamento, 2. Ejeção, 3. Impacto lateral, 4. Impacto traseiro, 5. Ignorado

29. Natureza do acidente: 1. Colisão/Abalroamento, 2. Tombamento ou Capotamento, 3. Choque com objeto fixo, 4. Atropelamento, 5. Queda em/do veículo, 6. Outro, 9. Ignorado

30. Uso de capacete pela vítima: 1. Sim, 2. Não, 88. Não se aplica
31. Uso de cinto pela vítima: 1. Sim, 2. Não, 88. Não se aplica
32. Uso de bebida alcoólica pela vítima: 1. Sim, 2. Não, 88. Não se aplica

33. Intoxicação Exógena: 1. Alcool, 2. Drogas ilícitas, 3. Medicamentos, 4. Animais peçonhentos, 5. Outros
34. Queda: 1. Própria altura, 2. Outra altura/Aproximadamente: _____, 3. Térmica (e elétrica), 4. Outros
35. Agressão: 1. Arma de fogo, 2. Arma branca, 3. Agressão física, 35. Queimadura: 1. Fogo, 2. Fumaça, 3. Térmica (e elétrica), 4. Substância química, 5. Choque elétrico
36. Outros acidentes: 1. Afogamento, 2. Soterramento, 3. Não sei, 4. Outros

37. Tentativa de suicídio: 1. Sim, 2. Não
38. Outras condições: 1. Afogamento, 2. Soterramento, 3. Não sei, 4. Outros

39. Vias aéreas: 1. Livre, 2. Obstruída
40. Respiração: 1. Normal, 2. Traqueopneia, 3. Braquípnea, 4. Apneia, 5. Torax com deformidades ou lesões

41. Circulação/pulso: 1. Ausente, 2. Presente, 3. Cheio, 4. Fino
42. Perfusão periférica: 1. > 2 Segundos, 2. 2 - 3 Segundos, 3. Dificultada

43. Neurologia: 1. Normal, 2. Sonolência, 3. Agitação, 4. Coma, 5. Convulsão
44. Escala de CINCINNATI: 1. Déficit motor, 2. Desvio de comissura labial, 3. Dificultada

45. Coloração da pele: 1. Normal, 2. Pálido, 3. Cianose, 4. Hipermemia, 45. Pupilas: 1. Mioses, 2. Midríase, 3. Resgante, 4. Não reage, 5. Isocóricas, 6. Anisocóricas

46. Coloração da pele: 1. Normal, 2. Pálido, 3. Cianose, 4. Hipermemia, 5. Ictérico
47. Alergia: 1. Sim, 2. Não
48. Usa medicamento: 1. Sim, 2. Não
49. Alguma patologia: 1. Sim, 2. Não

50. Abertura ocular (AO): 1. Espontânea (4), 2. À voz (3), 3. À dor (2), 4. Nenhuma (1)
51. Resposta verbal: 1. Orientada (5), 2. Confusa (4), 3. Palavras inapropriadas (3), 4. Palavras incompletas (2), 5. Nenhuma (1)
52. Respostas Motoras: 1. Obedece a comandos (6), 2. Localiza dor (5), 3. Movimento de retirada (4), 4. Flexão anormal (3), 5. Extensão anormal (2), 6. Nenhuma (1)
53. Sinais vitais - SSV: HORA: 13:00/10:00, PA: 85, FC: 85, FR: 37°C, HGT: _____, SpO2 %: _____

54. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pálpe	Membro Superior		Man
								Esquerdo	Direito	
Amputação										
Contusão										
Escoriação										
Esmagamento										
Perfurante										
Contuso										
Fratura fechada										
Fratura aberta										
Laceração										
Luxação										
Queimadura										
Presença de sangramento										



55. Conduta

- 1. Imob. Coluna cervical
- 2. Utilização de prancha
- 3. Imob. Membros
- 4. KED
- 5. Oxigenoterapia

62. Outras descrições.

O sistema de acidente de
 moto com FCE em fase
 e sutura na tibia foi
 levado pra o H.A. onde
 ficou em obs. médica

56. Unidade de destino

Restauração

57. Médico que recebeu

58. Equipe

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem:

Condutor/Piloto:

Leonardo

Responsável pelo preenchimento:

José Rinaldo

Solicitou apoio da UTI

1. Sim

2. Não

Observações:

Redirecionamento

1. Sim

2. Não

Causa:

Destino:

Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações

59. Cancelamento da ocorrência

- 1. Pelo médico regulador
- 2. Pelo solicitante
- 3. Por trate
- 4. Por cenário de risco para a equipe

60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.

Testemunha:

Assinatura:

RG:

Data:

61. Múltiplas vítimas

1. Sim

2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:





FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LUIZ MARIO DE OLIVEIRA SIC	PRONTUÁRIO: 1625690	ATENDIMENTO: 00943930
DATA DE NASCIMENTO: 20/11/1979	FOI ATENDIDO EM: 10/03/2018 Às 15:49	
	DATA DA ALTA: 16/03/2018 ÀS 16:07	

Diagnóstico Provável:

- 1 - FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA
- 2 - FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO

Tratamento Realizado:

SUBMETIDO A CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR, AMPUTAÇÃO DE 5º PDE NO DIA 10/03/18

Observação:

ANTIBIOTICOTERAPIA E ANLAGESES PARA DOMICILIO
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60 (SESSENTA) DIAS

Encaminhado para:

- 1 - AMBULATORIO DO HR COM DR BERNARDO CHAVES

Luiz Antunes Martins Macedo
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 196449

SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO - CRM: Nº. 26524

Recife, 16, MARÇO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400





PRÓTESE
ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

943813		Data e Hora de Atendimento: 10/03/2018 15:49	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1625690 Paciente: LUIZ MARIO DE OLIVEIRA SIC		Sexo: MASCULINO	
Data de nascimento: 20/11/1979 Idade: 38a 3m 19d		Estado Civil: CASADO Profissão: Acompanhante: EVERALDO FRANCISCO OLIV	
DOC ID / Data expedição /	Mãe: GILVITA DE OLIVEIRA Pai: GNORADO	Cartão SUS: Numero 1 Complemento: UF: PE Telefone: 997152763	
Endereço: ENGENHO GUABIRABA Bairro: ZONA RURAL Cidade: CATENDE		Ocorrências: 99668862	
Motivo do atendimento: COLISAO VEICULO COM MOTO Procedência: HOSPITAL MUNICIPAL DE CATENDE			
Informações do Serviço Social: <i>Qualidade (novo endereço) e o número Becalet</i>			
Confirmação de nome: <i>Luiz Mario de Oliveira</i>		Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		Assistente Social	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> <i>110218.55</i>			
Observação:		Assistente Social	
História Clínica: <i>Paciente vítima de colisão com carro há 4h trazido de Catende em maca rígida e el collar cervical encaminhado a médicos.</i> FATURADO 10/03/18 Mariana			
Atendimento Médico perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por: Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Que?			
Exame Físico:			
A: Geral		Via aérea está pérvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
		O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:	
<i>Vias aéreas pérvias e collar cervical</i>			
B: Respiratório <i>MV ⊕ A/RA</i>			
C: Circulatório PA: X mm Pulso: 700 bpm			
<i>Pulsos cheios, bem perfundidos</i>			



Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular: 2 Hora: _____ Glasgow: Resposta Verbal: 3 Hora: _____ Glasgow: Resposta Motora: 4 Hora: _____

EKG 9

E. Exposição/Abdômen:
 Hematoma em frente
 Abat: Plano, flácido
 Pele está vermelha
 MIE é imobilizado -> PE com deformidade, crepitação e exposição de tendão.

Diagnóstico Inicial: ① TCE ② Fratura exposta pé esquerdo

Cônduta:
 ① SRL 1000 ml 18^h
 ② Cefalotina 1g - 02FA + AD, EV, agora
 ③ VAT 9,5 ml IM agora 18^h
 ④ SAT 5.000 UI IM agora 18^h
 ⑤ Solicito TC crânio, TC coluna cervical

Ass. Médica
 JOSÉ RINALDO FERNANDES DE BARROS
 Médico
 CREMREC 17584

Evolução de Enfermagem: raio x MIE
 ⑥ Ao. NCR, traumatato

Definição do Caso: Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta

Internado na Clínica: Curado Melhorado Inalterado Piorado Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:
 Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para internamento:
 - Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.
 Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
 - Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.
 Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 10-Mar-18

Transmissão 634 - 10/03/2018 às 16:17h
 Paciente vítima de colisão moto x carro há cerca de 4 horas. Deu entrada consciente, desorientado, agitado.

AO exame: ECG grave, consciente, desorientado.
 Pele está vermelha, presença de ferimento em perna esquerda, crepitação em tornozelo esquerdo e ferimento em pé esquerdo. Pulsos periféricos palpáveis. Neurológico não avaliado por não cooperatividade, digo, cooperação do paciente.
 HD: Fratura exposta de osso da perna (E) + Fratura exposta do osso de pé (E).
 CO: 1. Cefalotina 2g + AD, EV, agora.
 2. SAT + VAT, IM, agora.
 4. Acompanhamento com tratamento.

Dra. Flávia Emile Nicolau
 Médica
 CREMREC 17584



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER_V2

10/03/2018 15:44

Nome Paciente: LUIZ MARIO DE OLIVEIRA SIC
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/11/1979
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: U0021
Convênio:
Atendimento:

10/03/2018 15:44 - LARISSA MORELIA SÁ - COREN: 97706 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Caixa Principal: VITIMA DE COLISAO MOTO X CARRO HA 03 HORAS, COM CAPACETE, TCE, FRATURA DE FEMUR E TIBIA ESQUERDA, DESMAIO, VOMITOS, ENCAMINHADO P AYAL DA NCR E TRAUMATO

Observação: COM SENHA5380379

Fluxograma sintoma: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Solicitação: cópia prontuário
Solicitante: Luiz Mario de Oliveira (o mesmo)
Cópia Prontuário - 23-07-2018

Acolhido(a) por: LARISSA MORELIA SÁ
Data: 10/03/2018 15:44



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: LUIZ MARIO DE OLIVEIRA SIC	PRONTUARIO: 1625690	ATENDIMENTO: 00943930
DATA DE NASCIMENTO: 20/11/1979	FOI ATENDIDO EM: 10/03/2018 Às 15:49	
	DATA DA ALTA: 16/03/2018 ÀS 16:07	

Diagnóstico Provável:

- 1- FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA
- 2- FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO

Tratamento Realizado:

SUBMETIDO A CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR, AMPUTAÇÃO DE 5º PDE NO DIA 10/03/18

Observação:

ANTIBIOTICOTERAPIA E ANALGESIA PARA DOMICILIO
AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 60 (SESSENTA) DIAS

Encaminhado para:

AMBULATORIO DO HR COM DR BERNARDO CHAVES

Sandro Alex Pereira Rolim de Araujo
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE: 26489

SANDRO ALEX PEREIRA ROLIM DE ARAUJO - CRM: Nº.26524

Recife, 16, MARÇO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Luiz Manoel de Oliveira

943813

EVOLUÇÃO CLÍNICA

CTBMF # 10.0318

25:20 h

Paciente sob anestesia (Raque), com necessidade de bloco cervical, iniciada pela ortopedia, solicitada a BMF para sutura em região de dorso nasal, após, no exame físico observou-se comprometimento do OTO, no momento impossibilitado de transpor o nariz anterior.

C.D. Sutura

2) Acompanhamento BMF

Dr. Wagner Monteiro
Cirurgia e Traumatologia
Buro Maxilo-Facial
Residência HUOC/UFPE/FOF
Processo CRO-PE 479/2018





Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Luiz Maria de Oliveira

1625690

10/31/18 #CG#

EVOLUÇÃO CLÍNICA

TAC de tórax: sem evidência de pneumotórax ou hemotórax. Ausência de lesões costais, TCS, ou mediastinais.
TAC de abdome: sem evidência de lesões abdominais.

CBT: - Alta da CG

AN considerado da NR e ortopédia

Dr. João Paulo Lima
Medicina
Angiologia e Cirurgia Vascular
CRM - 14337

10/31/2018
19h

#NR#

Paciente com histórico de acidente de trânsito colisão moto x carro há 72h com histórico de perda momentânea de consciência. Exame de estímulos BEG, COF, puprílico, ECG 15. mobiliza 4MM com excitação H2E (fratura exposta) + lesão de face e escarificas TAC crânio e coluna cervical - hematómas subgaleais em fronte não observo mais lesões traumáticas.

CD e libero para procedimento de traumatologia
Dr. BHF

Dr. Ana Carolina Silva
CRM: 25685



CTBMF# 10.03.18
21:20h

Paciente sob anestesia (Raqui), com necessidade de bloqueio cirúrgico, iniciada pela osteopatia, solicitada da BMF para suturas em região de dorso nasal e óvulo, no exame físico observou mobilidade do OPR no momento impossibilidade de temporamento nasal anterior.

CD. ① Sutura
② Acompanhamento BMF

Dr. Wagner Monteiro
Cirurgia e Traumatologia
(Bucco-Maxilo-Facial)
Residência HUOC/UFPE/POP
Processo CRO-PE 479/2018

NCD # 11/03/18 - 9:00h

PCF, GCS=15, SEM DEFICIÊNCIAS MOTORAS, F.A.S.G.O,
EUPNEICO GW DO AMBIENTE.
CT DO CRÂNIO = SEM LESÕES NEUROCIÁRTEGRAS.
CT DO COLUNA CERVICAL = SEM SINAIS DE FRACTURA OU ESTAGNOSO DE ANIL INTEROSSAL.

CD = ① ALTA DO NEUROCIÁRTEGRA,
② REGIMEM COLAR CERVICAL

Dr. Luiz Barripedes Santana
Neurocirurgia
CRM-PE 26.409

Dr. Luiz Barripedes Santana
Neurocirurgia
CRM-PE 26.409

R1 + Dr. Luiz Severina

11/03/18 10:30 MD. JICE + SRPA + 3) Ex. fibra (E)
Paciente vítima de queda de moto com ICE em região de tórax, sem defeitos motores constantes orientado com bom estado clínico. ECG: 15

CD: Alta da SR

Emanuel Alexandre
Médico
CRM: 26234





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Orela Pereira # 11.03.18.

Paciente submetido à TRO CIRÚRGICA
de AMPUTOM EXPOSITO DE TIBIA +
FURCULA E TRANSTICION DE SE D.S +
AMPUTOM EXPOSITO DE MEMBRAS ESQ
S/ INTERFERÊNCIA

① a SR.

Dr. Luiz Vitorio
Traumato / Ortopedia
CRM-PE 24224

11/03/18

#SRA#

2h Paciente admitido em POI de haste intramedular + ampu-
tada de 5º PDE + tultura em face com rotacao de retalho com
falha no bloqueio da traqueostomia Recebo paciente intubul, consci-
ente e orientado, com ecornação em face, em respiração espontânea,
sem alterações no exame cardiopulmonar, em uso de collar
cervical, com boa movimentação dos membros

- Conduta:
1. Aguardo avaliação de NCR, ~~BME~~
 2. Em acompanhamento com a BME e traumato
 3. Solicito Hb/Ht de urgência

Dr. Diego Figueiredo
Médico
CRM-PE 26063

COD. 0123

Processado no Sistema Gerenciador Hospitalar de Alto Nível





NOME: LUIZ MARIO DE OLIVEIRA SIC

PRONTUÁRIO: 1625690

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/11/1979

DATA/HORA: 11/03/2018 12:36

ATENDIMENTO: 943930

Leito 601-L07

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 11/03/2018

Hora: 12:07

TRAUMATOLOGIA

ADM: 10/03/18 ÀS 15:49H

HD: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA + FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PERNA E PÉ ESQUERDO. AO EXAME FOI EVIDENCIADO CREPTAÇÃO EM TORNOZELO ESQUERDO + FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA.

SOLICITADO RAIOS X QUE EVIDENCIARAM TAIS FRATURAS

SUBMETIDO A CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR, AMPUTAÇÃO DE 5º PDE NO DIA 10/03/18 PELO DR HUGO GONÇALVES

NO MOMENTO PACIENTE REFERINDO CEFALÉIA. FEITO ANALGESIA

CD: SUPORTE CLÍNICO

Dr. Marcos Rodolfo de Nascimento
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE - 26619

12/03/2018 -

Realizado curativo.
Máscara.

03
03
18 Realizado curativo.

[Handwritten signature]





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Luiz Mano de Oliveira

Enfermaria/Leito

601-7

Registro

162 5690

EVOLUÇÃO CLÍNICA

13/03/2018 - Fisioterapia Motora

Paciente encontrado no leito orientado, consciente e colaborativo. Na avaliação foi verificada edema em artelhos MIE, dor a realizar dorsiflexão tornozelo e ADM diminuída em MIE em tornozelo em flexão-plantar e dorsiflexão. Paciente realizou dorsiflexão e flexão planta ativamente em tornozelo e (poucos graus) e flexo-extensão de joelho e quadril E. Em MIE, dorsiflexão tornozelo, flexo-extensão joelho e qua-

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114798-F

14/03/2018 - Fisioterapia Motora

Foram realizadas mobilizações nos artelhos e metatarsos MIE. Paciente realizou flexão-extensão tornozelo, joelho e quadril MIE e MIE D.

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114798-F

15/03/18 - Fisioterapia motora

Paciente consciente e orientado, colaborativo, eutímico, corado. Foram realizados: mobilizações de artelhos, flexão e extensão de tornozelo, flexão e extensão de joelho e quadril, elevação de MIE e abdômen e redução usando mobilidade.

Lelliane Macêdo
Fisioterapeuta
CREFITO 250191-F

Red. Juntos, finais

16/03/18 - Fisioterapia Motora

Foram realizadas mobilizações nos artelhos metatarsos do MIE. Paciente realizou flexo-extensão de tornozelo, joelho e quadril MIE e MIE D.

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114798-F

2018 03 16 14:33:00 Hospital da Restauração

COD. 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: LUIZ MARIO DE OLIVEIRA SIC

PRONTUÁRIO: 1625690

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/11/1979

DATA/HORA: 14/03/2018 19:35

ATENDIMENTO: 943930

Leito 601-L07

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 14/03/2018

Hora: 19:35

#TRAUMATOLOGIA

ADM: 10/03/18 ÀS 15:49H

HD: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA + FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO

...ACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PERNA E PÉ ESQUERDO. AO EXAME FOI EVIDENCIADO
CREPTAÇÃO EM TORNOZEL ESQUERDO + FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA.

SOLICITADO RAIOS X QUE EVIDENCIOU TAIS FRATURAS

SUBMETIDO A CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR, AMPUTAÇÃO DE
5º PDE NO DIA 10/03/18 PELO DR HUGO GONÇALVES

CD: SUPORTE CLÍNICO

ANTIBIOTICOTERAPIA

Luan Antunes Martins Macedo

Ortopedia / Traumatologia

CREMEPE: 26469





NOME: LUIZ MARIO DE OLIVEIRA SIC

PRONTUÁRIO: 1625690

SEXO: Masculino

DATA NASC: 20/11/1979

DATA/HORA: 15/03/2018 08:52

ATENDIMENTO: 943930

Leito 601-L07

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 15/03/2018

Hora: 08:50

#TRAUMATOLOGIA

ADM: 10/03/18 ÀS 15:49H

HD: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA + FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO

CIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PERNA E PÉ ESQUERDO. AO EXAME FOI EVIDENCIADO CREPTAÇÃO EM TORNOZELO ESQUERDO + FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA.

SOLICITADO RAIOS X QUE EVIDENCIOU FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA, ALEM DE FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO.

SUBMETIDO A CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR, AMPUTAÇÃO DE 5º PDE NO DIA 10/03/18 PELO DR HUGO GONÇALVES

- CD: 1- SUPORTE CLÍNICO
- 2- ANTIBIOTICOTERAPIA

Luiz Annes Myrtila Macedo
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 25469

16/03/18

Realizado curativo M.I.C.
[Signature]





NOME: LUIZ MARIO DE OLIVEIRA SIC

PRONTUÁRIO: 1625690

DATA/HORA: 16/03/2018 09:35

SEXO: Masculino

ATENDIMENTO: 943930

DATA NASC: 20/11/1979

Leito 601-L07

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 16/03/2018

Hora: 09:34

#TRAUMATOLOGIA

ADM: 10/03/18 ÀS 15:49H

HD: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA + FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM TRAUMA EM PERNA E PÉ ESQUERDO. AO EXAME FOI EVIDENCIADO CREPITAÇÃO EM TORNOZÉLO ESQUERDO + FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA.

SOLICITADO RÁIO X QUE EVIDENCIOU FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA, ALEM DE FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DO PÉ ESQUERDO.

SUBMETIDO A CIRURGIA DE EMERGÊNCIA DA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR, AMPUTAÇÃO DE 5º PDE NO DIA 10/03/18 PELO DR HUGO GONÇALVES

CD: 1-SUORTE CLÍNICO
2- ANTIBIOTICOTERAPIA

(Mo Difícil)

Alta hospitalar

Luan Antunes Martins Macedo
Ortopedia / Traumatologia
CRM/PE: 26469





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

15³

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO

Paciente: <u>Lúcia Martins</u>	Registro:	Data: <u>2/01/19</u>	Hora:
Leito:	Idade:		
Alergia: <u>60117</u>	HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado

Padrão Cognitivo: Consciente () Sonolento () Torpor () Coma Orientado () Desorientado () Confuso

2. Hidratação/Mucosas: Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local: _____
Mucosa: Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico

3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário

4. Sono/Repouso: Concilia () Não Concilia

5. Sistema Respiratório: Espontâneo () Venturi—% () Catéter O2 () TQT
 Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse: _____

6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Acesso Venoso: Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: _____ Puncionado em: _____
Trocar em: _____

7. Dieta: Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____

8. SGI: Abdome: Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
Eliminações Intestinais: Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios

9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso
Local: _____
TRM: () SIM () NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DOR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa

10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: MIS
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
Curativa: Simples () Especial _____
Perfusão Periférica: Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
35: _____

11. Cirurgia: _____ ATB terapia: _____

12. OBS:

Romero da Veiga Martins
COREN-PE 278.115- ENF

Enfermeiro Diurno:

OBS: Part. superior separada intima, mesmo medico do. Glicetor paracet NCR

SUPERVISÃO - ITQ 1^o
Lucia
Enfermeiro Noturno
22:05





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO

Paciente: <u>Luiz Manoel de Oliveira</u>	Registro: _____	Data: <u>12/03/18</u>	Hora: _____
Leito: <u>017</u>	Idade: <u>38</u>		
Alergia: _____	HAS () _____	DM () _____	

1. Estado Emocional: Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
 Padrão Cognitivo: () Consciente () Sonolento () Torpor () Coma () Orientado () Desorientado () Confuso
 2. Hidratação/Mucosas: () Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local: _____
 Mucosas: Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico
 3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário
 4. Sono/Repouso: Concilia () Não Concilia
 5. Sistema Respiratório: Espontâneo () Venturi---% () Catéter O2 () TQT
 Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse: _____
 6. Sistema cardiovascular: FC _____ Normal () Bradicardia () Taquicardia
 Acesso Venoso: Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: M S O Puncionado em: 11/03/18
 Trocar em: _____
 7. Dieta: Via Oral () SNG () SNE () Zero
 SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____
 8. SGI: Abdomen: Flácido () Globoso () Tenso
 Diurese: Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
 Eliminações Intestinais: Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios
 9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso
 Local: _____
 TRM: () SIM NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
 DOR: SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa
 10. Pele: Preservada Lesão Superficial Lesão Extensa Local: NAPE
 () Equimose () Hematoma Local: excisões em base
 Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
 Curativo: () Simples () Especial _____
 Perfusão Periférica: () Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
 Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
 OBS: _____

11. Cirurgia: 2- OPO cirurgião em ATB terapia: _____
MEG

12. OBS: _____

 Enfermeiro Diurno: [assinatura]

OBS: _____

 Enfermeiro Noturno: Viviana Amorim
 Enfermeira
 COREN-PE-127434





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO

Paciente: <u>2012 MACHO</u>	Registro: <u>38</u>	Data: <u>16-03-18</u> Hora: <u>18</u>
Leito: <u>602/2</u>	Idade: <u>38</u>	
Alergia:	HAS ()	DM ()

1. Estado Emocional: Calmo () Ansioso () Deprimido () Agritado

Padrão Cognitivo: Consciente () Sonolento () Torpor () Coma Orientado () Desorientado () Confuso

2. Hidratação/Mucosas: Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local: _____

Mucosa: Normocorada () Hipocorada () Ictérico () Cianótico

3. Boca: Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário

4. Sono/Repouso: Concilia () Não Concilia

5. Ventilação Respiratória: () Espontâneo () Venturi—% () Catéter O2 () TQT
() Suprabeico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse:

6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Arterial: Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: MSD Funcionado em: _____
Trocar em: _____

7. Dieta: Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____

8. Abdômen: Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
Eliminações Intestinais: Normais () Constipado _____ dias () Diarréia Episódios () Êmese Episódios


9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso Local: _____

TRM: () SIM () NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DCR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa


10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: _____
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
Circunferência: () Simples () Especial
Perfusão Periférica: Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
Trocarternos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
OBS: _____

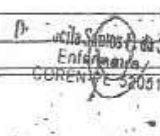
11. Urgia: _____ ATB terapia: _____

12. OBS: NECESSARIEDADE CEFALGIA (TRAUMA) SENDO MEDICADO


Maria Lúcia da Silva
 COREN-PE 84361 - ENF
 Enfermeira Diurna:

OBS: alta plantão diurno


Maria Lúcia da Silva
 COREN-PE 84361 - ENF
 Enfermeira Diurna:


Lucila Santos da Silva
 Enfermeira
 COREN-PE 5001



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO

Paciente:	Registro:	Data:	Hora:
Leito:	Idade:		
Alergia:	HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: () Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado
Padrão Cognitivo: () Consciente () Sonolento () Torpor () Coma () Orientado () Desorientado () Confuso

2. Hidratação/Mucosas: () Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local: _____
Mucosas: () Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico

3. Boca: () Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário

4. Sono/Repouso: () Concilia () Não Concilia

5. Sistema Respiratório: () Espontâneo () Venturi---% () Catéter O2 () TQT
() Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse:

6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Acesso venoso: () Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: _____ Puncionado em: _____
Trocar em:

7. Dieta: () Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____

8. SGI: Abdomen: () Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: () Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
Eliminações Intestinais: () Normais () Constipado _____ dias () Diarréia _____ Episódios () Êmese _____ Episódios

9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso
Local: _____
TRIM: () SIM () NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DOR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa

10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: _____
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
Curativo: () Simples () Especial

Perfusão: Periférica: () Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose _____
Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
OBS:

11. Cirurgia: _____ ATB terapia: _____

12. OBS:

Enfermeiro Diurno: _____

OBS:

Enfermeiro Noturno: _____



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
TRAUMATO/ORTOPEDIA/BMF/PLÁSTICA
PLANTÃO DIURNO/NOTURNO

Paciente: <u>Joãozinho</u>	Registro:	Data: <u>15/03/18</u>	Hora:
Leito: <u>601-7</u>	Idade: <u>38</u>		
Alergia: <u>meiga</u>	HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado

Padrão Cognitivo: Consciente () Sonolento () Torpor () Coma Orientado () Desorientado () Confuso

2. Hidratação/Mucosas: Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local:
Mucosa: Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico

3. Boca: Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário

4. Sono/Repouso: Concilia () Não Concilia

Sistema Respiratório: Espontâneo () Venturi---% () Catéter O2 () TQT
 Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse:

Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Vaso Venoso: Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: MSD Puncionado em: 14/03/18

Trocar em:

7. Dieta: Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto:

8. SGI: Abdomen: Flácido () Globoso () Tenso
Dese: Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto:
Eliminações Intestinais: Normais () Constipado _____ dias () Diarréia Episódios () Êmese Episódios

9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso
Local: _____
TRM: () SIM () NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DOR: () SIM () NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa

10. Pele: () Preservada Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: face + ombro e + MMS + MIE
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização _____ Estágio: _____
Curativo: Simples () Especial
Fusão Periférica: Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
Tubos/Drenos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml

11. Cirurgia: _____ ATB terapia: _____

12. OBS:
Refere efaléia tipo enxaqueca

Cíntia Regina Marques
COREN-PE: 33238-EMF
Enfermeiro Diurno:

OBS:
Estável, sem queixas

Cíntia Regina Marques
COREN-PE: 33238-EMF
Enfermeiro Noturno:



Paciente: <u>Julia Maria</u>	Registro:	Data: <u>24-08-18</u>	Hora:
Leito: <u>6017</u>	Idade: <u>38</u>		
Alergia:	HAS ()	DM ()	

1. Estado Emocional: Calmo () Ansioso () Deprimido () Agitado

Padrão Cognitivo: Consciente () Sonolento () Torpor () Coma Orientado () Desorientado () Confuso

2. Hidratação/Mucosas: Hidratado () Desidratado () Infiltrado/Anasarca () Edema Local: _____

Mucosa: Normocorado () Hipocorado () Ictérico () Cianótico

3. Boca: Lesões () Prótese () Bloqueio Maxilo-Mandibular () Aparelho dentário

4. Sono/Repouso: Concilia () Não Concilia

5. Sistema Respiratório: () Espontâneo () Venturi—% () Catéter O2 () TQT
(Eupneico () Dispneico () Taquipneico Ausculta: () MV () Roncos () Sibilos () Tosse:

6. Sistema cardiovascular: FC _____ () Normal () Bradicardia () Taquicardia
Acesso Venoso: Periférico () Central () Sem acesso () JH Local: U.S.O Funcionado em: _____
Trocar em: _____

7. Dieta: Via Oral () SNG () SNE () Zero
SNG () Aberta Drenagem: _____ ml Aspecto: _____

8. SGI: Abdome: () Flácido () Globoso () Tenso
Diurese: Espontânea () Preservativo () Cateterismo Intermitente () SVD Aspecto: _____
Eliminações Intestinais: Normais () Constipado _____ dias () Diarréia Episódios () Êmese Episódios

9. SME: () Tração Transesquelética () Tração Cutânea () Fixador Externo Linear () Tala gessada () Gesso Local: _____
TRM: () SIM NÃO () Paraplegia () Tetraplegia () Colar Cervical
DCR: () SIM NÃO Intensidade: () Leve () Moderada () Intensa

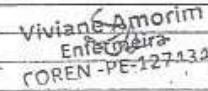
10. Pele: () Preservada () Lesão Superficial () Lesão Extensa Local: _____
() Equimose () Hematoma Local: _____
Úlcera de Pressão: Localização: _____ Estágio: _____
Curativo: Simples () Especial _____
Perfusão Periférica: Adequada () Inadequada () Isquemia () Necrose
Tubos/renos: () Pen Rose () Sucção () Torácico Local: _____ Drenagem: () Hemática () Hialina _____ ml
OBS: _____

11. Cirurgia: _____ ATB terapia: _____

12. OBS: notecefaléia, sonolência medicada


 Enfermeira Diurna: Maria Lúcia da Silva
 COREN-PE-84361-ENF

OBS: Sem queixas.


 Enfermeira Noturna: Viviane Amorim
 COREN-PE-127132

Enfermeiro Noturno: _____



NOME: Faiz Mano de Oei RG: 1625690
SEXO: Feminino () Masculino (x)
LEITO: _____ CLÍNICA: NCR + TR + BLUF
POI (x) PO (): _____ °DPO REOP (): _____ °DPO
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Prostata com o Fx de Hérnia (6) + Amputação do PDE + Prostria em parte de 1º metacarpo (6) + Sutura de Mão

ESTADO GERAL: Bom () Regular (x) Grave ()
Nível de consciência: Consciente (x) Orientado (x)
Acordado () Desorientado () Inconsciente ()
Sob Narcose ()
DROGAS:
Vasoativas: _____ () Sim _____ ml/h (x) Não
ATB: () Sim _____ (x) Não
Sedação: () Sim _____ ml/h (x) Não

ECG: _____
Escore da Escala de sedação de Ramsay: _____

TEGUMENTAR: Corado () Hipocorado (x) (1/4+);
Edema: Não () Sim (): _____ Anasarca ()
Turgor: Preservado (x) Comprometido ()
Temperatura: _____ °C
Lesão por pressão: Não (x) Sim () Grau da lesão: _____ Área da lesão: _____

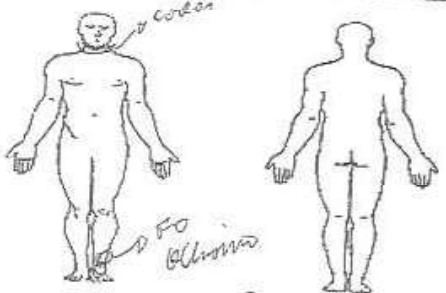
RESPIRATÓRIO: Respiração espontânea (x) Cateter de O2 () Venture () TOT () TOT ()
() VM: Controlada () Assistida () FIO2: _____ PEEP: _____ FR: _____ lpm SAT: 98 %

CIRCULATÓRIO: FC: 65 bpm PA: _____ mmHg

Dieta: Zero (x) Branda () Livre () Via: VO () SNG () SOG () SNE () Outras: _____
Sonda: fechada () aberta () drenagem: _____

Via de acesso venoso: AVP (x): MSE AVC (): _____ outros: _____
Diurese: Espontânea (x) Dispositivo Urinário () SVA () SVD () *ausente () presente () aspecto: _____
Evacuação: ausente () presente () aspecto: _____

FO curativo: Pé (6) Curativo (FO Alcinosa)
+ Dreno: Portovac () DVE () JP () Blake ()
Penrose () Tórax (selo d'água) ()
outros (): _____
Drenagem: _____
*Solução de continuidade: _____



ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK	
Atividade	1
Muscular	1
Respiração	1
Circulação	1
Consciência	1
Saturação de O2	1
Tabela 4 - Índice de Aldrete e Kroulik. Fonte: SOBECC, 2007	

Encaminhado para: Enfermaria ()
UTI () Residência ()

Observação - Exame físico: Foram encontrados os pontos curativos e curativos

Pendências: Alcinosa MSE
Enfermeiro(a)



NO. DO PACIENTE: Luiz Afonso de Oliveira
 ENF./LEITO: 41-03 / 603-14
 REGISTRO: 1625690

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

DIA 11/03/18 DIA 11/03/18 DIA 12/03/18 DIA 13/03 DIA 14/03

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.
1. Dieta zero até 2ª ordem (modificado)			
2. SF 0,9% 2000ml, EV, em 24 horas			
3. Lofafotina 1g + AD, EV, 6/6h			
4. Gentamicina 80mg, D3FA + 200ml de SF 0,9%, EV, 24/24h			
5. Dipirona 1g + AD, EV, 6/6h			
6. Tramal 100mg + 100ml de SF 0,9%, EV, até de 8/8h (se) dor intensa.			
7. Bromoprida 12mg + AD, EV, até de 8/8h, (se) náuseas, e/ou vômitos.			
8. SCCC6 + SSVV			
9. Duas vezes oral lavar com água a cada 2h			

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
11:30	11:30	11:30	11:30	11:30
14:00	14:00	14:00	14:00	14:00
17:00	17:00	17:00	17:00	17:00
20:00	20:00	20:00	20:00	20:00
23:00	23:00	23:00	23:00	23:00

CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO

ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Rinaldo Fernandes de Barros
 17/03/2018



P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO	P. DIURNO
P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO	P. NOTURNO

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

COD. 0313





TE

REGISTRO

15/03/18					NOTURNO: 15/03/18					DIURNO: 16/3/18					NOTURNO:								
<input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido					Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave					Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave					Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave								
Nível de Consciência/Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado					Nível de Consciência/Orientação: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado					Nível de Consciência/Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado					Nível de Consciência/Orientação: <input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado								
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____					Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____					Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____					Alimentação: <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____								
Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado					Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado					Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado					Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado								
Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico					Padrão Respiratório: <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico					Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico					Padrão Respiratório: <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico								
Suporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia					Suporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia					Suporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia					Suporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia								
Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input type="checkbox"/> Higiene Oral					Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input type="checkbox"/> Higiene Oral					Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input type="checkbox"/> Higiene Oral					Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input type="checkbox"/> Higiene Oral								
Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Utilizar <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Talassada <input type="checkbox"/> Gesso					Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Utilizar <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Talassada <input type="checkbox"/> Gesso					Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Utilizar <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Talassada <input type="checkbox"/> Gesso					Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Utilizar <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Talassada <input type="checkbox"/> Gesso								
Eliminações: Diurese: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____					Eliminações: Diurese: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____					Eliminações: Diurese: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____					Eliminações: Diurese: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____								
Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias <input type="checkbox"/> Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto: _____					Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias <input type="checkbox"/> Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto: _____					Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias <input type="checkbox"/> Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto: _____					Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias <input type="checkbox"/> Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto: _____								
Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____					Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____					Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____					Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____								
PA	T	FR	P		HORA	PA	T	FR	P		HORA	PA	T	FR	P		HORA	PA	T	FR	P		
130x80	36				10x70			18	60		10h	110		20	18								
HGT					HGT					HGT					HGT								
HORA					HORA					HORA					HORA								
VALOR					VALOR					VALOR					VALOR								
OBS: <i>Enixa</i>					OBS: <i>Enixa</i>					OBS: <i>Andrea M</i>					OBS:								

PLANILHA DE CONTROLE HÍDRICO - SSV

NOME: Luiz Manoel de Oliveira REGISTRO: LEITO: DATA: 11/3/18

H O R A	SINAIS VITAIS :							GANHOS :			PERDAS :				
	T	P	R	PA	SAT. Q	PVC	HGT	SOROS	HEMO- DERI- VADOS		SECRE- ÇÃO GASTRI- CA	DIURE- SE	EVACU- AÇÃO	COLOS- TOMA	DRENOS
07															
08															
09															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24		65			987										
01															
02															
03															
04	-	-	-	430											
05				40											
06															
TOTAL															
Prescrição de Enfermagem :															

Exatidão

Cod. 0393



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REG.: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DAS 07:00 ÀS 19:00H

1. CIRURGIA REALIZADA: _____
 DATA DE ADMISSÃO: _____
 HORA: _____

2. ESTADO GERAL: _____
 BOM
 REGULAR
 COMPROMETIDO
 GRAVE

3. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: _____
 NARCOSA ORIENTADO
 SONOLENTO DESORIENTADO
 ACORDADO
 TORPOROSO
 COMATOSO

4. CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: _____
 EUPNEICO
 DISPNEICO
 TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO
 ENTUBADO
 EXTUBADO
 VENTILAÇÃO MECÂNICA
 TRAQUEOSTOMIZADO

5. CONDIÇÃO EMOCIONAL: _____
 CALMO
 AGRESSIVO
 ANSIOSO
 AGITADO
 DEPRESSIVO

6. CONDIÇÃO DE PELE E MUCOSA: _____
 NORMOCORADO
 PALIDEZ
 RUBOR
 CIANOSE
 CIANOSE EXT.
 ICTERICIA
 EXTREMIDADES FRIAS

7. CONDIÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA: _____
 LIMPA
 SECREÇÃO SEROSA
 SECREÇÃO SANGUINOLENTA
 SECREÇÃO PURULENTA

8. RENOVACÃO DE CURATIVOS: _____
 SIM COM QUE? _____
 NÃO

9. VENÓCLISE: _____
 MSD
 MSE
 VEIA CENTRAL DIA INST. _____
 DISSECAÇÃO VENOSA DIA INST. _____

10. SECREÇÃO BRÔNQUICA: _____
 ESBRANQUIADA
 SANGUINOLENTA
 AMARELADA
 ESVERDEADA

11. QUANTIDADE SECREÇÃO BRÔNQUICA: _____
 POUCA
 MEDIA
 GRANDE

12. IMOBILIZAÇÃO: _____
 TRAÇÃO CERVICAL LOCAL: _____
 TALA GESSADA LOCAL: _____
 APARELHO GESSADO LOCAL: _____
 TRAÇÃO TRANS. ESQ. LOCAL: _____

13. QUEIXAS: _____
 DOR
 NÁUSEA
 TONTURA
 CALAFRIO
 FRIO

14. DIETA: _____
 ZERO
 SNG
 V. ORAL
 PARENTERAL

15. PROCEDIMENTOS: _____
 HIGIENE CORPORAL
 MUDANÇA DECÚBITO
 NEB. CONTÍNUA
 TOILETE BRONQ.
 OXIGENOTERAPIA
 AASPIRAÇÃO TRAQUEAL
 SONDAGEM GÁSTRICA DIA INST. _____
 QUEM INST: _____
 SONDAGEM VESICAL DIA INST. _____
 QUEM INST: _____
 EXAMES LABORATORIAIS
 CULTURA
 RAIO X
 TOMOGRAFIA

16. INTERCORRÊNCIAS: _____
 HIPERTERMIA
 HEMORRAGIA
 VÔMITO
 RETENÇÃO URINÁRIA
 INCONTINÊNCIA URINÁRIA
 CONSTIPAÇÃO
 DIARREIA
 HIPERTENSÃO ARTERIAL
 HIPOTENSÃO ARTERIAL

17. OBSERVAÇÕES: _____
 SNG SIM NÃO
 MSE NÃO
 VEIA CENTRAL DIA INST. _____
 DISSECAÇÃO VENOSA DIA INST. _____
 COLOSTOMA SIM NÃO
 DRENO SIM NÃO

18. ENCAMINHADO PARA: _____
 ENF.
 UTI
 HOSP. CONVÊNIO
 RESIDÊNCIA

OUTRAS OCORRÊNCIAS: _____

ASSINATURA LEGÍVEL

DATA: _____ LEITO: _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DAS 07:00 ÀS 19:00H

1. CIRURGIA REALIZADA: _____
 DATA DE ADMISSÃO: _____
 HORA: _____

2. ESTADO GERAL: _____
 BOM
 REGULAR
 COMPROMETIDO
 GRAVE

3. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: _____
 NARCOSA ORIENTADO
 SONOLENTO DESORIENTADO
 ACORDADO
 TORPOROSO
 COMATOSO

4. CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: _____
 EUPNEICO
 DISPNEICO
 TAQUIPNEICO
 BRADIPNEICO
 ENTUBADO
 EXTUBADO
 VENTILAÇÃO MECÂNICA
 TRAQUEOSTOMIZADO

5. CONDIÇÃO EMOCIONAL: _____
 CALMO
 AGRESSIVO
 ANSIOSO
 AGITADO
 DEPRESSIVO

6. CONDIÇÃO DE PELE E MUCOSA: _____
 NORMOCORADO
 PALIDEZ
 RUBOR
 CIANOSE
 CIANOSE EXT.
 ICTERICIA
 EXTREMIDADES FRIAS

7. CONDIÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA: _____
 LIMPA
 SECREÇÃO SEROSA
 SECREÇÃO SANGUINOLENTA
 SECREÇÃO PURULENTA

8. RENOVACÃO DE CURATIVOS: _____
 SIM COM QUE? _____
 NÃO

9. VENÓCLISE: _____
 MSD
 MSE
 VEIA CENTRAL DIA INST. _____
 DISSECAÇÃO VENOSA DIA INST. _____

10. SECREÇÃO BRÔNQUICA: _____
 ESBRANQUIADA
 SANGUINOLENTA
 AMARELADA
 ESVERDEADA

11. QUANTIDADE SECREÇÃO BRÔNQUICA: _____
 POUCA
 MEDIA
 GRANDE

12. IMOBILIZAÇÃO: _____
 TRAÇÃO CERVICAL LOCAL: _____
 TALA GESSADA LOCAL: _____
 APARELHO GESSADO LOCAL: _____
 TRAÇÃO TRANS. ESQ. LOCAL: _____

13. QUEIXAS: _____
 DOR
 NÁUSEA
 TONTURA
 CALAFRIO
 FRIO

14. DIETA: _____
 ZERO
 SNG
 V. ORAL
 PARENTERAL

15. PROCEDIMENTOS: _____
 HIGIENE CORPORAL
 MUDANÇA DECÚBITO
 NEB. CONTÍNUA
 TOILETE BRONQ.
 OXIGENOTERAPIA
 AASPIRAÇÃO TRAQUEAL
 SONDAGEM GÁSTRICA DIA INST. _____
 QUEM INST: _____
 SONDAGEM VESICAL DIA INST. _____
 QUEM INST: _____
 EXAMES LABORATORIAIS
 CULTURA
 RAIO X
 TOMOGRAFIA

16. INTERCORRÊNCIAS: _____
 HIPERTERMIA
 HEMORRAGIA
 VÔMITO
 RETENÇÃO URINÁRIA
 INCONTINÊNCIA URINÁRIA
 CONSTIPAÇÃO
 DIARREIA
 HIPERTENSÃO ARTERIAL
 HIPOTENSÃO ARTERIAL

17. OBSERVAÇÕES: _____
 SNG SIM NÃO
 MSE NÃO
 VEIA CENTRAL DIA INST. _____
 DISSECAÇÃO VENOSA DIA INST. _____
 COLOSTOMA SIM NÃO
 DRENO SIM NÃO

18. ENCAMINHADO PARA: _____
 ENF.
 UTI
 HOSP. CONVÊNIO
 RESIDÊNCIA

OUTRAS OCORRÊNCIAS: _____

ASSINATURA LEGÍVEL

Cod. 0393



ALGORÍTIMO DA ABORDAGEM INICIAL DO AVC

PACIENTE COM HIPÓTESE DIAGNÓSTICA AVC

- I - AVALIAÇÃO GERAL IMEDIATA
- AVALIAÇÃO ABC(e), SINAIS VITAIS
 - O2 - / CATETER NASAL
 - ACESSO VENOSO E AMOSTRA SANGUÍNEA (HEMOGRAMA, BIOQUIM..., COAGULAÇÃO)
 - CHECAR GLICEMIA, TRATAR SN
 - ECG / CHECAR ARRITIMIAS
 - AVALIAÇÃO DEFICITIS NEUROLÓGICOS (NÍVEL CONSC, PUPILAS, MOVIMENTOS)
 - ALERTA EQUIPE AVC: NEUROLOGISTA, RADIOLOGISTA, TEC. CT.

- II - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA IMEDIATA
(< 25' DA CHEGADA)
- REVER ANAMNESE / ESTABELECEER INÍCIO SINTOMAS
 - EXAME FÍSICO GERAL E NEUROLÓGICO
 - CT CRÂNIO S/ CONTRASTE
 - AVALIAÇÃO CT (OBJ < 45' DA CHEGADA)

CT CRÂNIO MOSTRA HEMORRAGIA
INTRACEREBRAL OU SUBARACNOÍDE ?

CONSULTA / NEUROCIRURGIA

NÃO

PROVÁVEL AVCI

SUSPEITA DE HSA APESAR
DE ACHADOS ⊖ NO CT.
FAZER PUNÇÃO LIQUÔNICA

SE SANGUE
+ PL

SE SANGUE ⊖ PL.

INICIAR TERAPIA SUPORTE
CONSIDERAR ADMISSÃO
CONSIDERAR ANTICOAGULAÇÃO
CONSIDERAR CONDIÇÕES ADICIONAIS NECESSITANDO DE TX
CONSIDERAR DIAGNÓSTICO ALTERNATIVO

Cod. 0422



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____
Enf / Leito: _____ Registro: _____

DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
() Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)	09	09	09	09	09
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06	09 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 - 03 - 06
() Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Frequência Cardíaca	10					
	16					
	22					
Frequência Respiratória	10					
	16					
	22					
Temperatura	10					
	16					
	22					
Pressão Arterial	10					
	16					
	22					

TURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE
ENFERMAGEM



Registro de Enfermagem

Paciente: _____

Leito: _____

Plantão Diurno Data: / /	Plantão Diurno Data: / /	Plantão Diurno Data: / /	Plantão Diurno Data: / /	Plantão Diurno Data: / /
Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____
Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno	Plantão Noturno
Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____	Ass. Tec./Aux: _____

Cod. 0172



HA DE CONTROLE HÍDRICO E SSVV

NOME: João Manoel REGISTRO: _____ LEITO: 10 DATA: 11.03.18

H O R A	SINAIS VITAIS :						GANHOS :				PERDAS :					
	T	P	R	PA	SAT. O ₂	PVC	HGT	SOROS	HEMO- DERI- VADOS			SECRE- ÇÃO GASTRI- CA	DIURE- SE	EVACU- AÇÃO	COLOS- TOMIA	DRENOS
07	37	89	20	15/91	100%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
08													ESCRITA			
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
01																
02																
03																
04																
05																
06																
TOTAL																
Prescrição de Enfermagem :																



NOME: João Luiz Mota

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM REG.: 162.5690

DATA: 11/02/18

LEITO: Mau 2

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DAS 07:00 ÀS 19:00H

1. CIRURGIA REALIZADA: 11/03/18

2. ESTADO GERAL: BOM REGULAR COMPROMETIDO GRAVE

3. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NARCOSA SONOLENTO ACORDADO TORPOROSO COMATOSO ORIENTADO DESORIENTADO

4. CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO BRADIPNEICO ENTUBADO VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIZADO

5. CONDIÇÃO EMOCIONAL: CALMO AGRESSIVO ANSIOSO INSTAB. DEPRESSIVO

6. CONDIÇÃO DE PELE E MUCOSA: NORMOCORADO

7. CONDIÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA: LIMPA SECREÇÃO SEROSA SECREÇÃO SANGUINOLENTA SECREÇÃO PURULENTA

8. RENOVAÇÃO DE CURATIVOS: SIM NÃO COM QUE?

9. VENÓCLISE: MSD MSE VEA CENTRAL DIA INST. DISSECAÇÃO VENOSA DIA INST.

10. SECREÇÃO BRÔNQUICA: ESBRAQUIÇADA SANGUINOLENTA AMARELADA ESVERDEADA

11. QUANTIDADE SECREÇÃO BRÔNQUICA: POUCA MÉDIA GRANDE

12. IMOBILIZAÇÃO: TRAÇÃO CERVICAL TALA GESSADA LOCAL: APARELHO GESSADO LOCAL: TRAÇÃO TRANS. ESQ. LOCAL:

13. QUEIXAS: DOR NÁUSEA TORTURA CALAFRIO FRIO

14. DIETA: ZERO SNG V. ORAL PARENTERAL

15. PROCEDIMENTOS: HIGIENE CORPORAL MUDANÇA DECUBITO NEB. CONTÍNUA TOILETE BRONQ. OXIGENOTERAPIA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SONDAGEM GÁSTRICA DIA INST. QUEM INST. SONDAGEM VESICAL DIA INST. QUEM INST. EXAMES LABORATORIAIS: CULTURA RAIOS X TOMOGRAFIA

16. INTERCORRÊNCIAS: HIPERTERMIA HEMORRAGIA VÔMITO RETENÇÃO URINÁRIA INCONTINÊNCIA URINÁRIA CONSTIP. DIARREIA HIPERTENSAO ARTERIAL HIPOTENSAO ARTERIAL

17. OBSERVAÇÕES: SNG SIM NÃO SVD SIM NÃO COLOSTOMIA SIM NÃO DREN. SIM NÃO LOCAL:

18. ENCAMINHADO PARA: ENF. UTI HOSP. CONVÊNIO RESIDÊNCIA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DAS 07:00 ÀS 19:00H

1. CIRURGIA REALIZADA: 11/02/18

2. ESTADO GERAL: BOM REGULAR COMPROMETIDO GRAVE

3. NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: NARCOSA SONOLENTO ACORDADO TORPOROSO COMATOSO ORIENTADO DESORIENTADO

4. CONDIÇÃO RESPIRATÓRIA: EUPNEICO DISPNEICO TAQUIPNEICO BRADIPNEICO ENTUBADO VENTILAÇÃO MECÂNICA TRAQUEOSTOMIZADO

5. CONDIÇÃO EMOCIONAL: CALMO AGRESSIVO ANSIOSO AGITADO DEPRESSIVO

6. CONDIÇÃO DE PELE E MUCOSA: NORMOCORADO

7. CONDIÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA: LIMPA SECREÇÃO SEROSA SECREÇÃO SANGUINOLENTA SECREÇÃO PURULENTA

8. RENOVAÇÃO DE CURATIVOS: SIM NÃO COM QUE?

9. VENÓCLISE: MSD MSE VEA CENTRAL DIA INST. DISSECAÇÃO VENOSA DIA INST.

10. SECREÇÃO BRÔNQUICA: ESBRAQUIÇADA SANGUINOLENTA AMARELADA ESVERDEADA

11. QUANTIDADE SECREÇÃO BRÔNQUICA: POUCA MÉDIA GRANDE

12. IMOBILIZAÇÃO: TRAÇÃO CERVICAL TALA GESSADA LOCAL: APARELHO GESSADO LOCAL: TRAÇÃO TRANS. ESQ. LOCAL:

13. QUEIXAS: DOR NÁUSEA TORTURA CALAFRIO FRIO

14. DIETA: ZERO SNG V. ORAL PARENTERAL

15. PROCEDIMENTOS: HIGIENE CORPORAL MUDANÇA DECUBITO NEB. CONTÍNUA TOILETE BRONQ. OXIGENOTERAPIA ASPIRAÇÃO TRAQUEAL SONDAGEM GÁSTRICA DIA INST. QUEM INST. SONDAGEM VESICAL DIA INST. QUEM INST. EXAMES LABORATORIAIS: CULTURA RAIOS X TOMOGRAFIA

16. INTERCORRÊNCIAS: HIPERTERMIA HEMORRAGIA VÔMITO RETENÇÃO URINÁRIA INCONTINÊNCIA URINÁRIA CONSTIP. DIARREIA HIPERTENSAO ARTERIAL HIPOTENSAO ARTERIAL

17. OBSERVAÇÕES: SNG SIM NÃO SVD SIM NÃO COLOSTOMIA SIM NÃO DREN. SIM NÃO LOCAL:

18. ENCAMINHADO PARA: ENF. UTI HOSP. CONVÊNIO RESIDÊNCIA

OUTRAS OCORRÊNCIAS:

OUTRAS OCORRÊNCIAS:

ASSINATURA LEGÍVEL

ASSINATURA LEGÍVEL

Cod. 0225





Secretaria de saúde do estado de Pernambuco

HOSPITAL-DA-RESTAURAÇÃO



PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

PACIENTE	Luiz Mario de Oliveira	REGISTRO	1625690	LEITO	601.7	EMISSÃO	15/03/2018
		Número do Médico: Luiz Antonio Martins COREN-PE/76.115 - ENF					
DIETA ORAL LIVRE	15/03/2018	16/03/2018	17/03/2018	18/03/2018	19/03/2018	20/03/2018	21/03/2018
SF 0,9% 1000ML, EV. EM 24H	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					
CEFALOTINA 1G + AD, EV, 6/6H.	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					
GENTAMICINA 80MG - 3AMP + 240ML SF 0,9%, EV, 24/24H	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					
DIPIRONA 01 AMP+ AD, EV, 6/6 HORAS.	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					
TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9%, EV, 8/8H S/N	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					
OMEPRAZOL 20MG, 01 CP, VO, 1X PELA MANHÃ EM JEJUM.	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					
BROMOPRIDA 01 AMP + AD, IV DE 08/08H	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					
CLEXANE 40MG, 01 AMP, SC, 1X ÀS 18H. NA FALTA, FAZER HIBOR	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					
3500 UI, 01 AMP, SC, 1X ÀS 18H.	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					
CURATIVO DIÁRIO	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					
SSVV + CCGG	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>					

Luiz Antonio Martins Macedo
Otorrinolaringologista
CREMORB: 26469

[Handwritten signature]





CLÍNICA TRAUMA TOLOGIA DIVERSAS

PERNAMBUCO

PACIENTE

DIURNO: 15/03/18		NOTURNO: 11/03/2018		DIURNO: 12/03/18		NOTURNO: 12/03/18								
Estado geral: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave		Estado geral: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave		Estado geral: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave		Estado geral: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave								
Nível de Consciência/Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado		Nível de Consciência/Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado		Nível de Consciência/Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado		Nível de Consciência/Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado								
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero motivo: <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____		Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero motivo: <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____		Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero motivo: <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____		Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero motivo: <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____								
Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nenhuma		Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nenhuma		Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nenhuma		Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Nenhuma								
Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado		Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado		Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado		Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado								
Punção em: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado		Punção em: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado		Punção em: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado		Punção em: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado								
Trocar em: 11-03 3-10		Trocar em: 11-03 3-10		Trocar em: 12-03 18		Trocar em: 12-03 18								
Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico		Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico		Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico		Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Dispneico								
Suporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia		Suporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia		Suporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia		Suporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia								
Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input type="checkbox"/> Higiene Oral		Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input type="checkbox"/> Higiene Oral		Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input type="checkbox"/> Higiene Oral		Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input type="checkbox"/> Higiene Oral								
Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ilizarov <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Transesquelética <input type="checkbox"/> Tala gessada <input type="checkbox"/> Gesso		Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ilizarov <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Transesquelética <input type="checkbox"/> Tala gessada <input type="checkbox"/> Gesso		Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ilizarov <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Transesquelética <input type="checkbox"/> Tala gessada <input type="checkbox"/> Gesso		Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ilizarov <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Transesquelética <input type="checkbox"/> Tala gessada <input type="checkbox"/> Gesso								
Eliminações: Diurese: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____		Eliminações: Diurese: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____		Eliminações: Diurese: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____		Eliminações: Diurese: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____								
Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias		Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias		Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias		Evacuação: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias								
Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto: _____		Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto: _____		Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto: _____		Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto: _____								
Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____		Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____		Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____		Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____								
ORA	PA	T	FR	P	HORA	PA	T	FR	P	HORA	PA	T	FR	P
34	120x80		18		02	120x80	86	18	80	9:00	120x80			82
T	RA				HGT	HORA				HGT	HORA			
LOR					VALOR					VALOR				
					OBS:					OBS:				

Edwards Lou Jallo
01.166.553

Assinatura: [Assinatura]
Téc. Enfermagem
COREN-PE 1.107.479

[Assinatura]





ACIENTE:

REGISTRO

JRNO: 13/03/18	NOTURNO: 13/03/18	DIURNO: 14/03/18	NOTURNO: 14/03/18
Estado geral: <input checked="" type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave	Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave	Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave	Estado geral: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Comprometido <input type="checkbox"/> Grave
Nível de Consciência/Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado	Nível de Consciência/Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado	Nível de Consciência/Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado	Nível de Consciência/Orientação: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado
Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero motivo: <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____	Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero motivo: <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____	Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero motivo: <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____	Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Zero motivo: <input type="checkbox"/> SNG aberta Volume: _____
Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Nenhuma	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Nenhuma	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Nenhuma	Aspecto: <input checked="" type="checkbox"/> Boa <input type="checkbox"/> Pouca <input type="checkbox"/> Nenhuma
Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado	Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado	Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado	Acesso venoso: <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Hidrolizado
Punção em: _____ Trocar em: _____	Punção em: 11/1 Trocar em: 11/1	Punção em: 11/1 Trocar em: 11/1	Punção em: 11/1 Trocar em: 11/1
Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espúrico <input type="checkbox"/> Dispneico	Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espúrico <input type="checkbox"/> Dispneico	Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espúrico <input type="checkbox"/> Dispneico	Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espúrico <input type="checkbox"/> Dispneico
Supporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia	Supporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia	Supporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia	Supporte Ventilatório: <input type="checkbox"/> Cateter de O2 <input type="checkbox"/> Venturi <input type="checkbox"/> Traqueostomia
Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Oral	Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Oral	Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Oral	Higiene: <input type="checkbox"/> Banho de aspersão <input type="checkbox"/> Banho no leito <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Oral
Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Utilizar <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Transesquelética <input type="checkbox"/> Tala gessada <input type="checkbox"/> Gesso	Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Utilizar <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Transesquelética <input type="checkbox"/> Tala gessada <input type="checkbox"/> Gesso	Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Utilizar <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Transesquelética <input type="checkbox"/> Tala gessada <input type="checkbox"/> Gesso	Imobilização: <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Utilizar <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Transesquelética <input type="checkbox"/> Tala gessada <input type="checkbox"/> Gesso
Eliminações: Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____	Eliminações: Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____	Eliminações: Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____	Eliminações: Diurese: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> SVA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> DU Volume: _____ Aspecto: _____
Evacuação: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias <input type="checkbox"/> Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto _____	Evacuação: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias <input type="checkbox"/> Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto _____	Evacuação: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias <input type="checkbox"/> Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto _____	Evacuação: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Constipado () dias <input type="checkbox"/> Vômito: <input type="checkbox"/> Aspecto _____
Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____	Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____	Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____	Drenos: <input type="checkbox"/> Portovac <input type="checkbox"/> Penrose <input type="checkbox"/> Torácico Vol: _____ aspecto: _____
HORA PA T FR P 12 120 40 55 17 10	HORA PA T FR P 12 110 30 30 18 7	HORA PA T FR P 10 120 30 36 20 8	HORA PA T FR P 22 120 30 36 19 8
IGT HORA VALOR	HGT HORA VALOR	HGT HORA VALOR	HGT HORA VALOR
OBS:	OBS: 	OBS:	OBS:



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Luiz Manoel Oliveira* Nº do Registro :

Clínica : *Ortopedia* Nº do Leito :

Operador :

1º Assistente : *Dr. Hugo Gonçalves* 2º Assistente *Dr. Kiyoshi*

Instrumentador : *Dr. Leonardo* Anestesista : *Dr. Bruno*

Anestesia : *raquianestesia* Duração :

Data da Operação : *10/03/18* Início *20:30* Fim : *23:30*

Diagnóstico Pré-Operatório : *Fratura de tíbia / fratura L 1° e 5° PDC*

Diagnóstico Pós-Operatório : *0 membro*

Operação Proposta : *haste intramedular + amputação L 5° PDC*

Operação Realizada : *0 membro*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) *Pré-Operatório em sala de cirurgia, com a paciente sob raquianestesia*

2) *Colocação de tempo por estereotaxia* 3) *Anestesia + antiespasmódicos*

4) *Insuflação pneumoperitônio + colocação das planas* 5) *Colocação de placa de fixação com 5 F.O. e 10 pontos* 6) *Realização de uma haste intramedular de haste intramedular, com placa superior de fio guia* 7) *Fixação da haste intramedular com haste rígida* 8) *Colocação de haste intramedular + parafusos* 9) *Realização da placa*

10) *Colocação bloqueios distais e proximais com reaperto medial* 11) *Sutura por planos* 12) *Alcornoque* 13) *Placa externa no pé* 14) *Amputação traumática L 5° TDC* 15) *Realização de bloqueio + amputação de 5° TDC* 16) *Sutura por planos*

17) *Curativo*

[Handwritten signature]

[Stamp]

COD. 0342



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Lucy Maria de Oliveira*

Nº do Registro : *943813*

Clinica : *BMF*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. Wlterio Regischi*

1º Assistente : *Wagner Moura*

2º Assistente :

Instrumentador :

Anestesista :

Anestesia : *Marcel*

Duração :

Data da Operação : *10.03.18*

Início : *21:15h*

Fim : *21:25h*

Diagnóstico Pré-Operatório :

Ferimento externo em face

Diagnóstico Pós-Operatório :

O mesmo

Operação Proposta :

Sutura existente em face com rotogão de retalho

Operação Realizada :

A mesmo

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1 Sutura de fechamento 2º*
- 2 Rotogão do ferida operatória com sua face 0,9%*
- 3 Desbridamento*
- 4 Sutura do ferimento com fio nylon 4.0*
- 5 Curativo*

(Signature)
Dr. Cláudio Bezende
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
CRO/PE 11930

(Signature)
Dr. Mateus B. Cavalcanti
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
CRO/PE 11930

COD. 0342



FICHA DE ANESTESIA

Data

10/03/18

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

PERNAMBUCO
GOVERNADOR AGUIAR

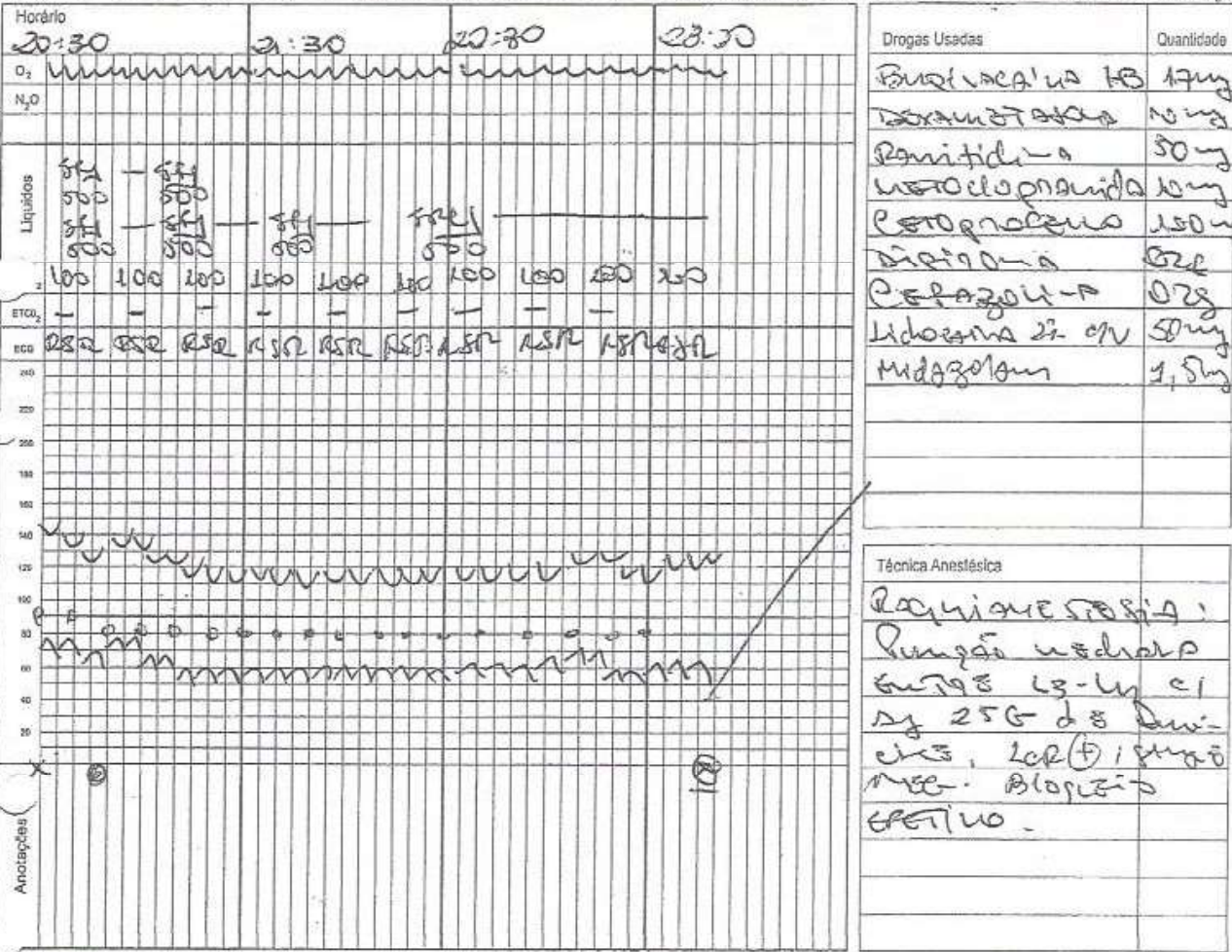
Paciente: **LUIZ MARIANO DE OLIVEIRA** Sexo: **M** Cor: **Pd.** Idade: **38** Risco: **IE**

CRM: **MARCEL** Nome do Anestesiologista Nome do Cirurgião: **LUCA COLASIVESI**

Medicação Pré-anestésica: **RC: 1625694** Urgência: Não Sim

Cirurgia: **Tratamento cirúrgico de fratura exposta tíbia (C) + de metatarso**

(C) + 5ª PDE (C) + sutura de ferimento cirúrgico em nariz e rotura de peritônio.



Técnica Anestésica:
Raquiambesca:
 Punção medular
 entre L3-L4 e
 de 25G de Dur-
 cis, 2cc (+) 1% de
 Marc. Bloqueio
 total.

- Monitorização
- Cardioscópico
 - Oxímetro
 - PNI
 - Sonda Vesical
 - Capnógrafo
 - Esrel. Pré-Cardial
 - Outros
- BIS
 Temperatura
 Swan-Ganz
 Analisador Gases
 PVC
 Estimulador de Nervo
 Linha Arterial
 Volemia IBP Plus
- AVP gerado em MSE

- Encaminhado
- Acordado
 - Sonolento
 - Intubado
 - SRPA
 - AparL / EntL
 - UTI
 - Externo

Intercorrência: Não Sim

Descrever: **folha de 12 BSA entre**

Observações: **4-6 de 19 dentes e 30-35.**

Jejum: (C)

Politransf

AVL PAs: (C)

Dr. Marcel A. de Medeiros
Médico Anestesiologista
CREMEPE 19498

Assinatura do Anestesiologista: **Dr. Marcel A. de Medeiros**
Médico Anestesiologista

COD: 0152





Estrada do Encanamento, 61 - Pamamirim
 CEP: 52.060-210 - Recife - PE
 CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
 Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3268-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
 UTILIZADOS EM CIRURGIA**

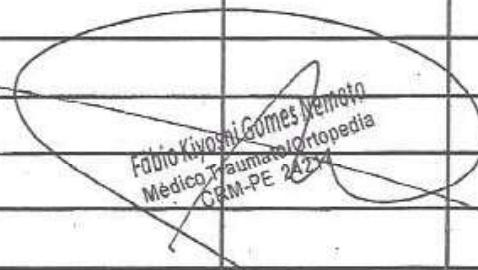
(RQ-06)

Nº 051343

1º Via Fixa

REG: 1625870

Hospital: HR Convênio: 943813 Cidade: Recife
 Nome do Paciente: Leuz Mário de Oliveira Data da Cirurgia: 10/03/18
 Médico: Dr. Hugo Gonçalves Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
<u>Haste de tibia nua-nudula</u>		<u>01</u>	
			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS CANULADOS	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº				
	QUANT.				
	LOTE				

ATURADO

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

FICHA DE ANESTESIA

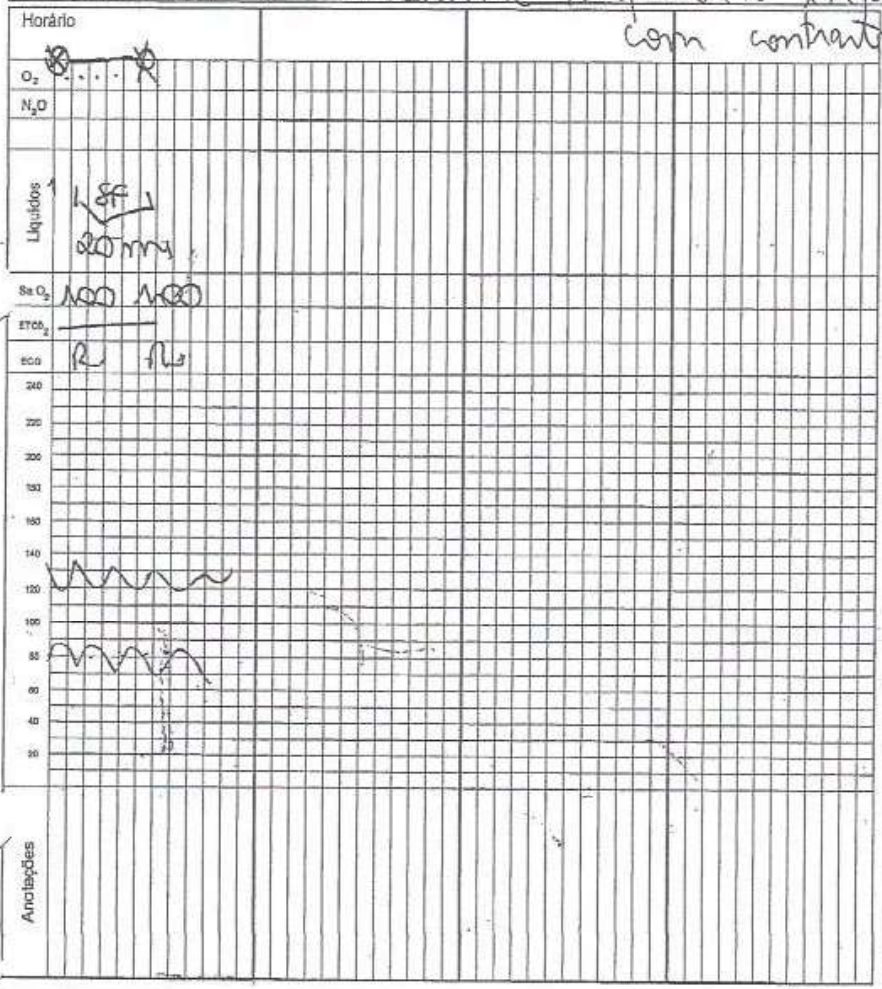
Data: 10/03/18 SAB

Paciente: Luiz Márcio da Queiroz | Sexo: M | Cor: B | Idade: 38 | Risco: II

CRM: 45888 | Nome do Anestesiologista: Débora | Nome do Cirurgião: Spinnus

Medicação Pré-anestésica: Não Sim

Cirurgia: TC crânio s/c @ TC tórax | REG: 1625690
s/c @ TC abdome superior e inferior | PESO: 80 Kg



Drogas Usadas	Quantidade
Halotel 2mg	
Propofol 25mg	

Técnica Anestésica:
Sedação EV
ventilação espontânea
tórax
ECG: 4+2+6

- Monitorização
- Cardióscópio
 - Oxímetro
 - PNI
 - Sonda Vesical
 - Capnógrafo
 - Esóf. Pré-Cordial
 - Outros

- Encaminhado
- Acordado
 - Sonolento
 - Intubado
 - Destino
 - SRPA
 - Apart. / Ent.
 - UTI
 - Externo

Intercontinência: Não Sim

Descobrir: - JEJUN (?)
- Politrauma @ - com colon

Observações: cervical
USA transmiotico @
Fratura exposta de MIE

Assinatura do Anestesiologista:

Dra. Débora Spencer
Médica Anestesiologista
CPF: 032.633.824-11

COD. 0152



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO () RELAÇÃO DE MATERIAIS USADOS EM CIRURGIA

PACIENTE Luiz Mario de Oliveira

REGISTRO 1625690



CIRURGIA Trat cirurg de Fratura Exposta Tibia (E)

data 10/03/18 CIRCULANTE Urgência

QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MATERIAL	QUANT.	MEDICAÇÃO	QUANT.	MEDICAÇÃO
11	Agulha 25x07		Fio protene s/a		Adrenalina	1	Metoclopramida (plast)
	Agulha 40x12		Fio de seda	10	Água destilada 10ml		Naloxona (narcan)
	Agulha 13x4		Fio simples		Alcurônio		Neocaina
	Agulha de bloqueio ()		Fio simples		Alfentanila (rapifen)		Neostigmine
1	Atad. Crepe		Fita cardíaca	1	Antibiótico <u>cefazolina</u>		Pencurônio
	Atad. Gessada	11	Gase		Antibiótico		Pomada oftálmica
	Capa microscópio		Hemostático		Atropina		Propofol
	Capa de vídeo	1	Lâmina bisturi nº (5 2)		Bicarbonato de sódio	1	Ranitidina
	Cat. Subclávia	1	Luva cirúrgica nº 7.0		Cedilanide		Rocurônio (esmeron)
	Cat. venopunção nº	11	Luva cirúrgica nº 7.5	1	Cetoprofeno		Sevorane
	Cat. de oxigênio	1	Luva cirúrgica nº 8.0		Decadron	11	Soro fisiológico 500ml
	Cêra óssea	11	Luva de procedimento	1	Dexametasona	22	Soro fisiológico 500ml
	C. de urina fechado () aberto ()	1	Seringa insulina () 5cc (x)		Diazepan		Soro glicosado
11	Compressa cirúrgica 11	11	Seringa 10cc (x) 20cc ()	1	Diplrona	1	Soro Ringer 500ml
	Conexão 2 vias		Sistema de drenagem () ()		Dopamina		Suxametônio (quelcin)
	Eletrodo		Sonda endotraqueal ()		Dormonid		Tracrium
	Eq. De bomba		Sonda de foley nº ()		Enflurano		Vitamina C
1	Eq. De soro		Sonda nosogástrica nº ()		Etilefrina (efortil)		Vitamina K
	Fio cromado	1	Sonda uretral nº (2)		Fenitoína (hidantal)		Xilocaina C/A
	Fio cromado		Torneira de 3 vias		Fentanil		Xilocaina S/A
	Fio de aço	11	Vidro de aspiração		Furosemida (lasix)		Xilocaina 2ml
	Fio de aço	1	<u>Mascaras</u>		Gelafundin		Xilocaina geléa
	Fio de algodão c/a	1	<u>Gambas</u>		Glicose 10ml	1	<u>Micogobin</u>
	Fio de algodão c/a	1	<u>plapiss</u>		Gluconato de sódio	1	<u>Bupivacaina</u>
	Fio de algodão s/a		<u>clorhexidina</u>		Heparina		
	Fio de algodão s/a		<u>alcebral 70%</u>		hidrocortisona		
1	Fio de nylon 4.0	2	<u>Latex</u>		Hypnomidate		
1	Fio de nylon 3.0	1	<u>Nylon 2.0</u>		Isclurano		
	Fio protene c/a				Lanexat (flumazinil)		
	Fio protene c/a				Manitol		
	Fio protene s/a				Meperidina (Dolantina)		

Cod. 0198



REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRURGICO HR

PACIENTE: Luiz Mario de Oliveira REGISTRO: 1625690
IDADE: 38^o SEXO: M () F () SETOR DE PROCEDENCIA: Emerg geral

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: Hugo Gonçalves ANESTESISTA: DR. Marcel
1º AUXILIAR: 2º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR:
ENFERMEIRA: Juliana CIRCULANTE: Verônica Eida

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: Trat cirur de Fratura Exposta INICIO: 11:00 TÉRMINO: 00:00
TIPO DE ANESTESIA: Raqui INICIO: 20:30 TÉRMINO:

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR GRAVE () NÍVEL DE CONSCIENCIA: CONSCIENTE ORIENTADO SONOLENTE () SEDADO () INCONSCIENTE ()
EPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO () CIRCULAÇÃO: FREQUENCIA CARDIACA 63 PULSO 100 PA 129/54
PELE: INTEGRAL () LESIONADA DIURESE: ESPONTÂNEA SONDAS () DISPOSITIVO URINARIO () ALERGIA: PERTENCES:
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRE-OP () TRICOTOMIA () MARCAÇÃO DO SITIO CIRURGICO: SIM () NÃO PROTESE DENTARIA SIM () NÃO

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL VENTRAL () GINECOLÓGICA () PROTEÇÃO OCULAR: SIM () NÃO LOCAL DE PLACA CIRURGICA: MTD
CONTAGEM DE COMPRESSAS INICIO: 11 FINAL: CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INICIO FIM
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM NÃO () QUAL: Ceftazolime HORA: 11:35 PREENCHEU COTA: SIM () NÃO
GARROTEAMENTO: SIM () NÃO TEMPO DE GARROTE: INICIO FINAL:
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: CONFERIDO POR: HORA:

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR OXIMETRO CAPINOGRAFO PNI ASPIRADOR MONTADO MANTA TERMICA () AP.VIDEO () TORPEDO
DE NITROGENIO () TORPEDO DE CO2 () BISTURI ELETRICO MICOSCOPIO () CAVITRON () INTENSIFICADOR BOMBA
INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATOMO () BISTURI ULTRASSONICO ()
INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM NÃO ()

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO () NOME DA PEÇA: MATERIAL:
SOLUÇÃO: IDENTIFICADO POR:
CULTURA: SIM () NÃO EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO GASOMETRIA: SIM () NÃO () RX: SIM () NÃO ()

9 01:00
blue black HS
08.02.18.2
blue black HS
08.02.18.2
08.18 3





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES
0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
LUÍZ CARLOS DE OLIVEIRA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
1625690

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TC de CÂMIO SIC

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
01

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TC COLUNA CERVICAL SIC

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
01

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TC TORAX SIC

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
01

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TC ABDOME SUPERIOR CONTRASTE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
01

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
TC ABDOME INFERIOR CONTRASTE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE
01

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

FOLITRACOMA 10 03 18
Mariana

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE **PROFISSIONAL SOLICITANTE**

JOÃO PAULO FERREIRA LIMA

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10 10 18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

709802010410046

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

Dr. João Paulo Lima
MÉDICO
CREMESP 24.793

AUTORIZAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 1

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

Cod. 0421





ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE HOSPITALAR

10/03/2019

Nome: Jose Rinaldo de Barros DATA: 10/03/19
Endereço: _____

Data de Nascimento: 1/1/1958
Prontuário: _____

Solução Clínica: paciente com quadro de hipertensão arterial sistólica, em uso de medicação anti-hipertensiva, com controle satisfatório. Não há queixas atuais. Exame físico sem alterações. Prescrição de medicação para controle da hipertensão.

Hipótese Diagnóstica: TCE. / Exatidão menor de 100%. Exatidão maior de 90%.

Evolução de Enfermagem: paciente em uso de medicação anti-hipertensiva, com controle satisfatório. Não há queixas atuais. Exame físico sem alterações.

Motorista: Alz. Nelson Trabuco

Unidade de Referência: 5350379

Senha da Central de Regulação: _____

Dr. João Paulino
Médico Clínico Geral
Med. 25620





ENCAMINHAMENTO PARA UNIDADE HOSPITALAR

Nome: Luiz Manoel de Oliveira DATA: 12:40 Hom 19/03/2018
Endereço: Catende

Data de Nascimento: 20/11/1979
Prontuário: _____

Solução Clínica: At 39 anos por Politravada
em acidente de moto apressada
TCE Na festa e trajeto das
feiras com afundar na
rua de lado esquerdo e possível
fratura do fêmur direito
capacete por cima cabeça sem
respiro 13 750 kg cateter
PA 110/70 Púso 114 bpm

Hipótese Diagnóstica: TCE / Fratura Fêmur direito (fechada)
Fratura tibia esquerda Fech.

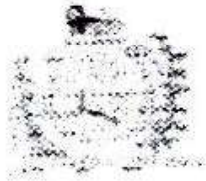
Evolução de Enfermagem:
Luiz Manoel de O.
Diploia
Argemiro

Motorista: _____
Unidade de Referência: HUP Uesvo / Itanã
Senha da Central de Regulação: 5380379

Luis Dario Paulino
Médico Clínico Geral
Reg. Med. 25620

Solicitação
5448912





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 074ª CIRCUNSCRIÇÃO - CATENDE
 DP74ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0164000441**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/05/2018 às 10:19

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 10/3/2018 às 12:00

Fato ocorrido na seguinte RODOVIA PE 125, PROXIMO AO TREVO DE ACESSO A CIDADE DE BELEM, PROXIMO AO TREVO DE ACESSO A CIDADE DE BELEM DE MARIA - CATENDE PERNAMBUCO BRASIL - MUNICIPIO DE CATENDE, 1 - Bairro: CENTRO - CATENDE PERNAMBUCO BRASIL
 Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência

DESAZULCO, JACSON
 JACSON DE SAZULCO
 JACSON DE SAZULCO

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência

VEICULO: usado na geração da ocorrência, que deu-se em posse de: (s) JAQUELINE ESTEVAM DA SILVA

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

LUIZ MARIO DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo Masculino Mãe **JUVINA DE OLIVEIRA PM NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: 20/11/1975 Nacionalidade: **CATENDE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentar: 6263992/SSP/PE (RG) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 4º. GRAU INCOMPLETO Profissão: **AGRICULTOR(A)** Residência: **ASSENTAMENTO DO SÍTIO GUABIRABA, LAGOA DOS GATOS, PE - LAGOA DOS GATOS/PERNAMBUCO/BRASIL** Endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA DOS GATOS, 1 - CEP: 56996-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DOS GATOS PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo Masculino Nacionalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL** - Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JAQUELINE ESTEVAM DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo Feminino Nacionalidade: **NÃO INFORMADO - PERNAMBUCO - BRASIL** Documentar: **84329871424 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

03/05/2018 10



MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013935856457
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 1094965968 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
JAQUELINE ESTEVAM DA SILVA

CATENDE-PE

CPF / CNPJ
043.298.714-24

PLACA
PCE3038

PLACA ANT / UF
***** / PE

CHASSI
9C2KC2200GR509035

ESPÉCIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO/CASOL

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB
2016

ANO MOD.
2016

CAP / POT / CIL
2P/162CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA
IPVA 2018 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA
1 *****

VENC. / COTAS
2 *****

FAIXA LPVA
1

PARCELAMENTO / COTAS

3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

CATENDE

LOCAL
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DATA
10/03/18

AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013935856457 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JAQUELINE ESTEVAM DA SILVA

55400-1

CASA CATENDE-PE

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2018

DATA EMISSÃO
10/03/18

VIA
1

CPF / CNPJ
043.298.714-24

PLACA
PCE3038

RENAVAM
1094965968

MARCA / MODELO
HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO FAB
2016

CAT. TARIF.
09

Nº CHASSI
9C2KC2200GR509035

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)
SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

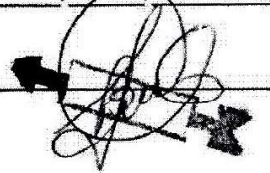
Eu, JAQUELINE ESTEVAM DA SILVA, portador(a) do RG. Nº 6.507.777, expedido por SDS PE data de expedição 21/01/10 e inscrito(a) no CPF/MF. sob o Nº 0 | 4 | 3 | . | 2 | 9 | 8 | . | 7 | 1 | 4 | - | 2 | 4 |, com domicílio na cidade de CATENDE, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) ENGENHO SAO JOSE DA PRATA, SN ECNA RURAL declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima LUIZ MARIO DE OLIVEIRA, cujo condutor era A VITIMA

Veículo	MOTOCICLETA
Modelo	HONDA / CG 160 FAN ESD1
Ano	2016-2016
Placa	PCB 3838
Chassi	9C2KC2200GR509035
Data do acidente	10/03/2018

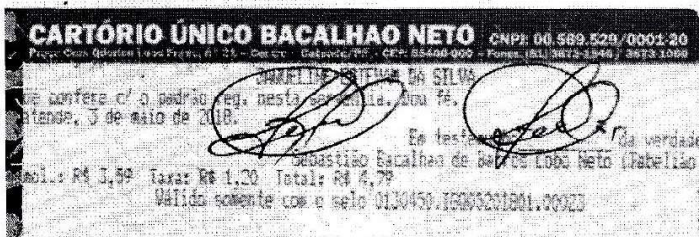
Por ser verdade, firmo-me(amos), sem mais.

Local CATENDE, PE Data 03/05/2018

Jaqueline Estevam da Silva
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) por Autenticidade





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:
<p><i>Luiz José</i></p> <p><i>Luiz José de</i> <i>oliveira foi</i> <i>vítima de</i> <i>Ataque cardíaco</i> <i>com fratura estiva</i> <i>pele estiva</i> <i>e aneurisma SPO estivo</i> <i>PEM SINTOMAS de</i> <i>FRACAO e SINTOMAS.</i></p> <p><i>USO 5025</i> <i>5900</i></p> <p><i>257810</i></p>	
Data: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0340



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180271505

Cidade: Catende

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ MARIO DE OLIVEIRA

Data do acidente: 10/03/2018

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER**Diagnóstico:** Fratura exposta da tíbia esquerda.
Fratura exposta do 5º pododáctilo do pé esquerdo.**Descrição do exame médico pericial:** Vítima com consolidação viciosa e bloqueio articular com limitação da flexão dorsal e flexão plantar do tornozelo esquerdo e diminuição da força do tornozelo esquerdo.
Vítima com perda anatômica do 5º pododáctilo do pé esquerdo.**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico da tíbia esquerda com haste intramedular.
Tratamento cirúrgico do 5º pododáctilo do pé esquerdo com amputação.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (2018).**Sequelas permanentes:** Amputação do 5º pododáctilo do pé esquerdo.**Sequelas:** Com seqüela**Data da perícia:** 06/08/2018**Conduta mantida:****Observações:** Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do tornozelo esquerdo.
Amputação do 5º dedo do pé esquerdo.**Médico examinador:** LEONARDO DE FARIA NEVES**CRM do médico:** 17742**UF do CRM do médico:** PE**DANOS**

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

