



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: José Fabiano da Silva
ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: Azuleiro
RG: 1.647.464 CPF: 180.323.544-68 CEP: 55.500-000
ENDEREÇO: Rua São Cabral Souza, N° 259
BAIRRO: Nova Encosta CIDADE: Escada UF: PE

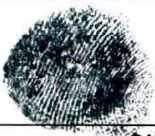
Pelo presente instrumento de procuração nomeia e constitui seus bastantes procuradores a sociedade de advogados SALES ADVOCACIA, inscrita na OAB/PE sob nº. 1.586 e CNPJ n. 19.180.375/0001-09, sediada na Avenida Senador Salgado Filho, 21, Sala 114, Centro, Paulista/PE, CEP 53401-440, neste ato representada por seus titulares **HILTON SALES DA SILVA JUNIOR**, inscrito na OAB/PE sob o nº 29.447, e **HUGO SALES DA SILVA**, inscrito na OAB/PE sob o nº 31.713.

PODERES: O(s) **OUTORGANTE(S)** confere(m) aos **OUTORGADOS** amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como instituições bancárias, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, assinar termo, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem.

PODERES ESPECÍFICOS: confere(m) aos **OUTORGADOS** acima dos descritos, poderes para receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, contas judiciais, precatórios, RPV deduzindo e compensando os seus créditos por despesa de verba honorária contratual, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros expressamente constante nesse mandato (art. 105 do NCPC).

DECLARAÇÃO: O(a)(s) outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950 e artigo 98 e seguintes do NCPC.

Escada/PE, 19 de Agosto de 2018.

X 

OUTORGANTE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.647.764 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/08/2015

NOME << JOSÉ FABIANO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << ANANIAS FABIANO DA SILVA >>
<< MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO >>

NATURALIDADE ESCADA - PE DATA DE NASCIMENTO 28/09/1949

DCC ORIGEM << CN.5877 L.B36 F.173 CART.ESCADA-
PE 23.04.2004 >>

CPE 180.323.544-68

ASSINATURA DO DIRETOR

LELNº 7.116 DE 29/08/83

9926100029270522391 P-87 30.053 4400





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

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE FABIANO DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOAO CABRAL SOUZA 259

CPF 180.323.544-88

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

NOVA ESCADA/ESCALADA
ESCALADA PE
55500-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0127710023	07/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
24/07/2018	16/08/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	129,70

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSION
024372635	UNICA	17/07/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
17/07/2018	2000131018	1067390

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	105,0000000	0,74722063	78,45
Acréscimo Bandeira VERMELHA			7,52
Contribuição Iluminação Pública			8,01
ICMS Subvenção - CDE-NF 016839796-16/05/18			0,49
Parcela 3/10 Plano 403001633275			30,56
Multa por atraso-NF 020489426 - 14/05/18			0,81
Multa por atraso-NF 020489426 - 15/06/18			1,78
Juros por atraso-NF 020489426 - 15/06/18			0,79
Atualização ISPM-NF 020489426 - 15/06/18			1,48

129,70

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
H70074	CA1	15/06/2018	24.362,00	17/07/2018	24.467,00	32	1,00000		105,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Mês/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	R\$	%
JUL 18 105	ICMS			Geração de Energia	29,74	34,60%
JUN 18 115	PIS			Transmissão	3,83	4,32%
MAY 18 80	CÓFINS			Distribuição (Celpe)	18,96	11,73%
ABR 18 92				Perdas de Energia	5,33	6,20%
MAR 18 84				Encargos Setoriais	4,38	5,07%
FEV 18 92				Tributos	25,95	30,16%
JAN 18 93				TARIFAS APURADAS	85,97	100%
DEZ 17 90						
NOV 17 85						
OUT 17 93						
SET 17 83						
AGO 17 82						
JUL 17 94						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no posto mais perto de você (fórmula - eletrônica) - av. prepare 45 nova descoberta / m. produtos - av. prepare 45 -
geral - av. prepare 45 em www.celpe.com.br * Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em
www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há variação na contagem individualizada do nível de tensão de fornecimento.
Pago em 30 dias para multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m. (Lei 10.436/02) e atualização monetária no pró - mês. O Cliente é
compensado quando há de compensação de acordo definido para os países de atendimento coletivo.

As condições gerais de
fornecimento (Resolução ANEEL
414/2010), tarifas, produtos,
serviços prestados e tributos se
encontram a disposição, para
consulta, em nossas unidades de
atendimento e no site
www.celpe.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

NÍVEIS DE TENSÃO

CONJUNTO	VAL APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						MÍNIMO	MÁXIMO
DIC	mai/2018						
	0,00	5,91	11,82	23,64	220	202	231
	0,00	3,42	6,85	13,70			
	0,00	3,46	0,00	0,00			

QUANDO FOR NECESSÁRIO, O
CLIENTE DEVE SE DIRIGIR ÀS
UNIDADES DE ATENDIMENTO



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 21/08/2018 11:25:17

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082111251714600000034179239

Número do documento: 18082111251714600000034179239

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: JOSE FABIANO DA SILVA		
REGISTRO: 107189	DATA ADMISSÃO: 15/07/2018	DATA ALTA: 23/07/2018

1) Diagnósticos Definidos:

SINDROME COMPARTIMENTAL MÃO ESQ

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

FASCIOTOMIA MÃO ESQ

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) USAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS
- 2) RETORNO AO AMBULATÓRIO COM DUAS SEMANAS
- 3) INICIAR FISIOTERAPIA
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

08-08-2018

06:30 até as 09:0h

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA COM DUAS SEMANAS

Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.



Atestado Médico

Paciente **JOSE FABIANO DA SILVA**

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 15/07/2018.

Necessitando de 15 (QUINZE) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 23 de julho de 2018.

DR. MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM: 18569

A Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º, estabelece:

"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado."

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas

Fisioterapia

Data do atendimento: ____/____/____

Paciente:

JOSE FABIANO DA SILVA

Solicito Fisioterapia motora CONFORME ORIENTADO EM ANEXO

Indicação clínica:

SINDROME COMPARTIMENTAL MAO ESQUERDA

Nº vinte (20) sessões

Cabo de Santo Agostinho, 23 de julho de 2018

DR. MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM: 18569



Imobilização

Paciente: JOSE FABIANO DA SILVA
Registro: 107189 Data da Alta: 23/07/2018

Solicito Imobilização: CURATIVO LOCAL


DR. MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM: 18569

Solicitação de Radiografia

Paciente: JOSE FABIANO DA SILVA
Registro: 107189 Data da Alta: 23/07/2018

SOLICITO RX:

MÃO ESQUERDA AP/ OBLICUO

Motivo: Controle

Obs: Fazer radiografia no dia da consulta de retorno ambulatorial, SEM IMOBILIZAÇÃO.


DR. MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM: 18569





NOME: JOSE FABIANO DA SILVA

REGISTRO:107189

Data: 15/07/2018

MOTIVO: FLEIMAO ESQ

Uta Mariana Sales Almeida
Médica
CRM/PE: 26941 /
CON: 08.10.2017



Departamento de Ortopedia E Traumatologia
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
16.7.18	#ortopedu
	Pate segue unido e quadrado do unguis, moço medo p/ hoje.
	Dra. Mariana S. de Almeida Araújo Médica CRM-PE: 26413 CRM-PR 10287
17.7.18	#ortopedu
	Pate segue unido em uso de ATB (Cipro e clindam.) FO lupo S/ pardo de unguis Agudo cultura
	Dra. Mariana S. de Almeida Araújo Médica CRM-PE: 26413 CRM-PR 10287
19.7.18	#ortopedu
	Pate segue unido em uso de ATB. S/ lupo Agudo cultura
	Dra. Mariana S. de Almeida Araújo Médica CRM-PE: 26413 CRM-PR 10287





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	
	23.7.18
	Horário
	Ponto onde o carro foi encontrado
	Na rua do lado da igreja
	Retorno em 14 dias
	Alto Oitavo
	Al
	Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
	Medica
	CRM-PE 26413 CREA-PE 10287





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: José Edmar de Silva Registro: 107189

Clínica: Enfermaria: 407 Leito: 2

Data/Hora	Atendimento
16/07/18	Serviço Social Realizar visita ao leito para entrevista social, orientar quanto normas e rotinas do hospital, direito do paciente, necessidades e assistência social. <u>W. B. Silva</u> CRESS/PE 10412 Assistente Social
	Atendimento Nutricional Data: <u>17.07.18</u> Hora: <u>10h15</u> Nutricionista Responsável: <u>Aline Polesi</u> Nutricionista CRN 6-7956 Paciente tratado e classificado em <u>NON Primário</u>. segue sob acompanhamento nutricional.
	Psicologia - Realizado acolhimento, por no momento permanece consciente, interage dialogando com lucidez. Não refere queixa.
17.07.18	Psicologia - Feito visita de rotina hospitalar, por no momento permanece demonstrando estabilidade emocional. <u>M. Cassia Guerra</u> Psicóloga / CRP 11044 ATENDIMENTO: Data: <u>17.07.18</u> Hora: <u>13:30</u>
	Psicologia - Feito visita de rotina hospitalar, por no momento permanece demonstrando estabilidade emocional. <u>M. Cassia Guerra</u> Psicóloga / CRP 11044 ATENDIMENTO: Data: <u>17.07.18</u> Hora: <u>15:00</u>



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 17/07/18

Paciente: Jose Fabriciano da Silva Registro: 107159
Peso Atual: 67 Peso Habitual: - Altura: 1,66 Idade: 68 Leito: 407.2

Parte 1 – Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5? <i>IMC = 24,3 kg/m²</i>		☒
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		☒
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?		☒
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		☒

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional			
Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico e aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês(>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total=

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Aline Polesi
Nutricionista
CRM 347955

Nutricionista

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

*Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M ; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition(ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação
Nome: João Falcão do Silva Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: Ortopedia Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Dor no joelho direito e punho direito.

História da Doença Atual: Tram no joelho direito e punho direito há 1 ano.

Interrogatório Sintomatológica: Dor no joelho direito e punho direito.



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/07/2018 21:52

Nome Paciente:	JOSE FABIANO DA SILVA
Cód. Paciente:	107189
Data de Nascimento:	28/09/1949
Sexo:	Masculino
Idade:	68
Senha:	0031
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	445793 
SAME:	

Período: 15/07/2018 22:02 - 15/07/2018 22:03

LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DE ESCADA SENHA: SEM SENHA. COM ASSUNATURA DO MEDICO. RELATA QUE HÁ 4 DIAS APOS UMA QUEDA DE MOTO. SENTE DOR EM MSE + EDEMA COM PRESENÇA DE SECREÇÃO PURULENTA

Observação:

HAS+
DM-
P.A:170/90MMHG

Fluxograma sintoma:

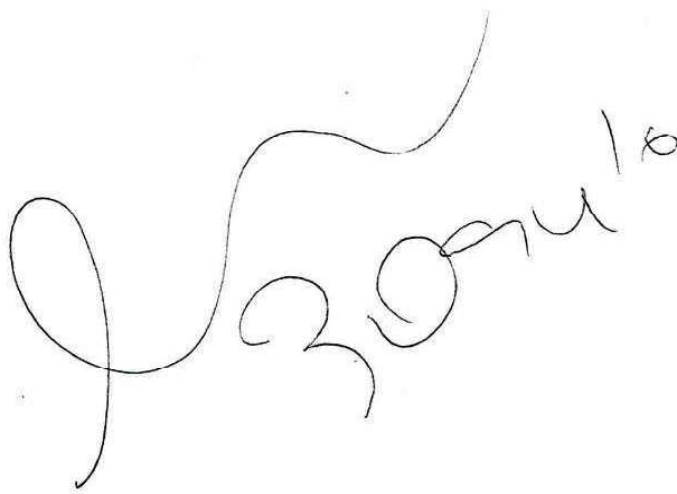
TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/07/2018 22:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 21/08/2018 11:25:17

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082111251728000000034179266>

Número do documento: 18082111251728000000034179266

Num. 34647782 - Pág. 3



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 445793

Data e Hora: 15/07/2018 21:56

Senha da Classificação:

0031

Paciente: 107189 JOSE FABIANO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 28/09/1949 Idade: 68 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA DA CONCEICAO

Nome do Pai: ANANIAS FABIANO DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: JOAO CABRAL DE SOUZA

259

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: AMANDAMMS

RG (Identidade): 1647764

SDS-PE

Data de Emissão: 12/08/2015

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 18032354468

Fone: 992407125

Cartão SUS: 898002941426428

Data de Emissão CRN:

AAS (+) - captopril 7x dia

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente refere tontura há 7 dias, náuseas, vômitos, dor abdominal, febre, calafrios e suor noturno.

Exame Físico

Exame de abdome em massa (+) (+/4+) tendendo a ser mais firme do que normal. Sem fígado.

Hipótese Diagnóstica

Febre não infecciosa / Sd. Compensado.

Conduta Terapêutica

Int (+) de captopril (+) Rx

Prescrição Médica

(1) Tala Analgética. (tala analgética)

Carimbo/Médico
Lia, Mariana de
Medicina
CRM: 6611/RM-98-1028

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

20111111: 360269.



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**

Nome: Sr. Fabiano da Silva

Registro: 107194

Leito:

Procedimento cirúrgico: ROI Abcesso MAF

Data: 16/07/18

Hora:

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade ()	☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros	
2. Ventilação prejudicada (✓)	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☒ Instalar (✓) Manter (✓) Anotar oximetria de pulso ☐ Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ outros	
4. Dor (✓) Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☒ Registrar características e intensidades da dor ☐ outros	
5. Integridade tissular prejudicada (✓)	☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>24/24</u> h ☐ Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ___/___h ☐ Manter curativo oclusivo por ___h ☐ Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderada () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ___/___ min ☐ Manter elevado: _____ ☐ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____	

CÓD. 38605





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

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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 107189

Atendimento: 445805

Dt. Cad: 15/07/2018

Nome: JOSE FABIANO DA SILVA

Dt. Nasc: 28/09/1949

Mãe: MARIA FRANCISCA DA CONCEICAC

Bairro: CENTRO

End.: JOAO CABRAL DE SOUZA

Cidade: ESCADA

Enferm.: 407 - 02 - LT CCIRURGICA

Leito: 682

CNS: 898002941426428

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☒ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☐ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NÃO**

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± 1h**

☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **NÃO**

☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? **Sim**

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☐ Sim

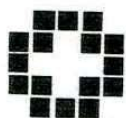
☒ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☐ A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:
 - Nome do procedimento realizado **Abcesso NÃO**
 - A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica) **Sim**
 - Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **NIA**
 - Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NÃO**
 - O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim**

Rafaela Henrique
Enfermeira
CORRETORE 345.127





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 02

Nome: Jose Fabiano da Silva data: 16/07/18 Hora: 12:00 Registro: 107139
Leito de origem: 407-02

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: TT. Cirr. de amputação em mão
Tipo de anestesia: Bloq. Plexo + Sedação
Equipe: Dr. Jaciel Anestesista: Dr. Raina

3. Admissão

Estado geral: () Bom ☒ Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: ☒ Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não ☒ Sim Onde: MSL
Acesso Venoso Central: ☒ Não () Sim Onde: _____
Drenos: ☒ Não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 120 x 66 mmHg FR: _____ p/min FC: 60 p/min SaPO2: 98%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>110 x 57</u>	<u>103 x 48</u>	<u>94 x 51</u>	<u>104 x 59</u>	<u>106 x 63</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>54</u>	<u>51</u>	<u>51</u>	<u>56</u>	<u>53</u>	
SaPO2	<u>97%</u>	<u>97%</u>	<u>92%</u>	<u>97%</u>	<u>97%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 16/07/18 Horário: 1400 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Dra Graciele Couto
Anestesiologista
CRM: 8083





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Paciente

JOSE FARIANO DA SILVA

Sexo

M

Cor

NG

Idade

68

Risco

II

CRM

Nome do Anestesta

Nome do Cirurgião

110219 RAISISA CASADO

WACI EU

Medicação Pré-anestésica

REG. 107.189

Urgência

☒ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

Drumagem de dorso mae (E)

Horário

14:00

O₂

N₂O

Líquidos

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Etomidate

100mg

Midazolam

5mg

Julidocetona

40mg

1.5% CIV PV

Monitorização

☒ Cardioscópico

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sono/ento

☐ Intubado

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesta

Dr. Raíssa Casado
Anestesta
21/08/2018



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 21/08/2018 11:25:17

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18082111251740600000034179302>

Número do documento: 18082111251740600000034179302

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação
Nome: João Felipe do Silva Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: Chiquinho Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Prurito e erupção de vesículas
de novo e prurido.

História da Doença Atual: Trono há 1 mês evoluindo
o sintoma de vesículas de novo e
prurido crô

Interrogatório Sintomatológica: prurito e prurido



Exame Físico: Aumento de volume ⊕

Crises fúrias

Antecedentes Pessoais:

HBS ⊕

Medicações em Uso

Capromel ⊕ 1x dia

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Filariose ag.

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Interim

Cabo de Santo Agostinho, ____/____/____

Assinatura

Ura. Mariana de Almeida Araújo
CRM: 10207
CREMEPE: 2683

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 37061 Sala : 0005 SALA 05
Paciente : 107189 JOSE FABIANO DA SILVA Atendimento : 445805
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 682 407 - 02 - LT CCIRURGICA Idade : 68 Anos
Dt. Início : 16/07/2018 11:42 Dt. Fim : 16/07/2018 12:42
Cid Pré-Operatório : L024 ABSCESSO CUTANEO, FURUNCULO E ANTRAZ DO(S) MEMBRO(S)
Cid Pós-Operatório : L024 ABSCESSO CUTANEO, FURUNCULO E ANTRAZ DO(S) MEMBRO(S)

Procedimentos

Procedimento: 0401010104 INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
ANESTESISTA 16219 RAISSA MORAIS CASADO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

HD: ABSCESSO NO 5º QDE
CD: DRENAGEM + CULTURA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
 2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA DO MSE
 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
 4. INCISÃO EM REGIÃO VOALR DO 5º QDE
 6. DISSECCÃO POR PLANOS
 7. DRENAGEM DE SECREÇÃO PURULENTA EM PEQUENA QUANTIDADE
 8. LAVAGEM COM SF 0,9% ABUNDANTE
 9. BOA PERFUSÃO DISTAL 5º QDE APÓS TÉRMINO DO PROCEDIMENTO
- CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Cirúrgica

HD: ABSCESSO NO 5º QDE
CD: DRENAGEM + CULTURA

Descrição Complementar

DR(A) : IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
CRM : 17726

Achados Cirúrgicos

Descrição Cirúrgica

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 37103 Sala : 0005 SALA 05
Paciente : 107189 JOSE FABIANO DA SILVA Atendimento : 445805
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 682 407 - 02 - LT CCIRURGICA Idade : 68 Anos
Dt. Início : 19/07/2018 17:00 Dt. Fim : 19/07/2018 18:00

Id Pré-Operatório :

Id Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0406020167 FASCIOTOMIA P/ DESCOMPRESSAO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
ANESTESISTA 11671 DANIELLA GOUVEIA DE MELO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

HD: SD COMPARTIMENTAL MÃO ESQUERDA

1. PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
4. REALIZADO INCISÃO LONGITUDINAL ENTRE O 2º E 3º RAIOS E ENTRE O 4º E 5º RAIOS
5. REALIZADO FASCIOTOMIA
6. OBSERVADO SAÍDA DE MODERADA QUANTIDADE DE LÍQUIDO SEROSSANGÜÍNEO
7. CURATIVO COMPRESSIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 23424

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
CRM : 13526



PACIENTE: <u>Jose Fabiano da Silva</u>		DATA: <u>16/10/18</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Raula</u>		RG: <u>107189</u>
ANESTESISTA: <u>Dr. Raula</u>	AUXILIAR: <u>bloqueio + sedacao</u>	
CIRURGIA: <u>limpeza em nos</u>	ANESTESIA: <u>bloqueio + sedacao</u>	
ESTRUMENTADOR: <u>Dr. Raula</u>	COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Puana</u>	
CIRCULANTE: <u>Rafaela</u>	COREN: <u>11-40</u>	
ENFERMEIRA: <u>Rafaela</u>	HORARIO INICIAL: <u>10:50</u>	HORARIO FINAL: <u>11:40</u>

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05

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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 05

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

CÓD. 38407



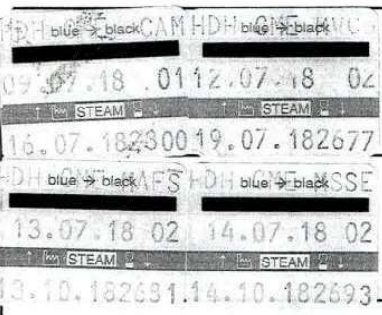
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: <u>Jose Fabiano da Silva</u>	Data: <u>16/07/18</u>	Registro: <u>107189</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Leito: _____	Hora: _____

2. Equipe médica:

Cirurgião: <u>Dr. Hercul</u>	1º auxiliar: _____
Anestesiista: <u>Dr. Raula</u>	Instrumentador: <u>Oziel</u>
Circulante: <u>Fabiana</u>	_____

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
		Lapar Capote Punho de Foco BS Menor Ortopedico





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

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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 107189

Atendimento: 445805

Dt. Cad: 15/07/2018

Nome: JOSE FABIANO DA SILVA

Dt. Nasc: 28/09/1949

Mãe: MARIA FRANCISCA DA CONCEICAC

Bairro: CENTRO

End.: JOAO CABRAL DE SOUZA

Cidade: ESCADA

Enferm.: 407 - 02 - LT CCIRURGICA

Leito: 682

CNS: 898002941426428

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

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

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

- ☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim _____

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
☐ Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Sim*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *Sim*

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☐ Sim
☒ Não se aplica

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

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

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: HUGO FABIANO DE SILVA data: 19/07/18 Hora: 16:55 Registro: 107189
Leito de origem: 402-02

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Flex. Limpa de F.O. em nos
Tipo de anestesia: B.P.B.
Equipe: DR. Carlos Rigan Anestesiista: DR. Daniela

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (☒) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (☒) Sim Onde: MSB
Acesso Venoso Central: (☒) Não () Sim Onde: —
Drenos: (☒) não () sim Onde: —
Sinais vitais: PA: 173 x 99 mmHg FR: — p/min FC: 82 p/min SaPO2: 100%
Glasgow: —

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>17:00</u>	<u>17:25</u>	<u>17:55</u>	<u>18:25</u>	<u>18:55</u>	
FR	<u>145 x 90</u>	<u>142 x 81</u>	<u>137 x 70</u>	<u>141 x 77</u>	<u>142 x 75</u>	
FC	<u>67</u>	<u>65</u>	<u>69</u>	<u>69</u>	<u>69</u>	
SaPO2	<u>99%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>	<u>100%</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 8/07/18 Horário: 19:00h Responsável pelo encaminhamento: Dra. Daniela Melo
Anestesiologista
CRM 11671

Alta da SRPA pelo médico: —



 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE BLOCO CIRÚRGICO		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Jose Fabiano da Silva</u>		Registro: <u>307189</u>	Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: <u>PÓS FASEOTOMIA MÃO</u>		Data: <u>19/10/18</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade	☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos		
	☐ Proporcionar apoio emocional		
	☐ Dar informação ao paciente e familiares		
	☐ Outros		
2. Ventilação prejudicada ☒	☐ Manter decúbito elevado		
	☐ Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h		
	☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz		
	☐ Manter o paciente em posição de fowler		
	☒ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR		
	☒ Instalar ☒ manter ☒ Anotar oximetria de pulso		
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h		
	☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).		
	☐ Colocar o paciente em posição de Fowler		
	☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica		
	☐ Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea		
	☐ Outros		
4. Dor ☒ Local: _____ Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico		
	☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor		
	☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação		
	☒ Identificar fatores desencadeantes da dor		
	☒ Registrar características e intensidade da dor		
	☐ Outros		
5. Integridade tissular prejudicada ☒	☒ Descrever características da lesão		
	☒ Realizar curativo de <u>24/24</u> h		
	☐ Realizar mudança de decúbito de ___/___ h		
	☐ Medir decúbito de dreno de ___/___ h		
	☐ Manter curativo oclusivo por ___ h		
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ___/___ h		
	☐ Manter decúbito: _____		
	☐ Realizar curativo compressivo		
	☐ Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente		
	☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)		
	☐ Manter repouso no leito em posição: _____		
	☐ Outros		



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: João Fabiano da Silva Data: 16/07/18 Hora: _____ Registro: 107189
Convênio: SUS Leito: _____ Paciente: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Spacial Anestesista: Dr. Rêgo
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Oziel

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Trat. cir. de umpença com M&B Início: 11:20 Término: 11:40
Anestesia: Bloq. + Sedação Início: 10:50 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

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

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: Unidade do Peritônio
Unidade do Peritônio

6 - OBSERVAÇÕES:

Sigue PT SR sem intercorrências

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado () Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA () S. Intensiva () LICOR () UTI () Aptº () Residência ()
16/07/18 Hora: _____ Enfermeira: Rafaela Circulante: Jabiana



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	HUGO SALES DA SILVA			DATA:	19/10/2018
CIRURGIÃO:	Dr. Carlos Ryan			RG:	107189
ANESTESISTA:	Dr. Camilla			AUXILIAR:	Dr. Francisco
CIRURGIA:	Tto. cir. limpeza e curas			ANESTESIA:	PROG. de PLANO
ESTRUMENTADOR:	Mariana Borges			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Mariana
CIRCULANTE:	Liliana			COREN:	
ENFERMEIRA:	Rafaela			HORARIO INICIAL:	15:30
				HORARIO FINAL:	16:35

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

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

CÓD. 38407



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Sabino da Silva Data: 19/07/18 Hora: _____ Registro: 107489
Convênio: SUS Leito: _____ Paco: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Carlos Ruan Anestesiista: Dr. Branda
Auxiliar: Dr. Francisco 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Marcos Berto

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Trat. cir. de impotência em MUSS (E) Início: 16:00 Término: 16:35
Anestesia: Prop. de Ruxo Início: 15:30 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

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

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: Orxado no Prostático
Orxado no Prostático

6 - OBSERVAÇÕES:

Segue P. 48, sem intercorrência

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 19/07/18 Hora: _____ Enfermeira: Pajula Circulante: Sabiana

CÓD. 38607



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 445805

Data e Hora do Atendimento: 15/07/2018 22:10

Usuário do Atendimento: JAIDETTENS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE FABIANO DA SILVA

Prontuário: 107189

Nome da Mãe: MARIA FRANCISCA DA CONCEICAO

Nome do Pai: ANANIAS FABIANO DA SILVA

Data do Nascimento: 28/09/1949

Idade: 68 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 1647764

SDS-PE Data Emissão: 12/08/2015

CPF: 18032354468

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: ESCADA

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 898002941426428

Ocupação Habitual: APOSENTADO

Endereço: JOAO CABRAL DE SOUZA

259 CENTRO

Fone: 992407125

Cidade: ESCADA

PE CEP: 55500970

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM ESCADA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Evidência de Consulta
15 JUL 2018

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: 4 AND - CLINICA CIRURGICA

Leito: 407 - 02 - LT CCIRURGIC.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 15/07/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: 25/7

Hora: 10h

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

CCM
Hospital Dom Helder Câmara
21/08/2018



FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Setor: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: ADRIANARAV

Paciente: 107189 JOSE FABIANO DA SILVA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG

Tipo de Agendamento:

Data da Agenda: 03/09/2018

de: 06:30 até às 09:00h

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H

APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINADO

PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CP



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: lex Fabiano da Silva Data: 19/07/18 Registro: 107189
Convênio: SUS Leito: 107-02 Hora: _____

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Carlos Ryan 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Daniel A Instrumentador: Narcia Borges
Circulante: Fabiana

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
HD-HIGH black 1.5 HD-HIGH black 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01 STEAM 1.5 STEAM 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01		Lap Capote
blue → black 1.5 blue → black 0.5 19.07.18 01 19.07.18 02 STEAM 1.5 STEAM 0.5 19.07.18 01 19.07.18 02		BS Menor. Ortopedia Punho de Foco
blue → black 1.5 blue → black 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01 STEAM 1.5 STEAM 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01		Cameta listru BS Anestésico
HD-HIGH black 1.5 HD-HIGH black 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01 STEAM 1.5 STEAM 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01		
HD-HIGH black 1.5 HD-HIGH black 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01 STEAM 1.5 STEAM 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01		
HD-HIGH black 1.5 HD-HIGH black 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01 STEAM 1.5 STEAM 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01		
HD-HIGH black 1.5 HD-HIGH black 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01 STEAM 1.5 STEAM 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01		
HD-HIGH black 1.5 HD-HIGH black 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01 STEAM 1.5 STEAM 0.5 19.07.18 02 19.07.18 01		

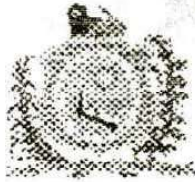


CODIGO:
C-I/CS/TIRA
INTEGRADOR
TIPO 5
ISO 11140-1

MATERIAL / MATERIAL
DATA / FECHA
AUTOClave / AU
CARGA / CARGA
OPERADOR / OPE
CICLO Nº / CICLO

European patent EP0963418 **MVI** ISO11140 Class 4
Correcto si el indicador es igual o más oscuro que el 'ref'





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA
DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0153001252**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/08/2018** às **10:02**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/7/2018** às **11:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA JOAO CABRAL DE SOUZA, 1, VIA PÚBLICA**
- Bairro: **NOVA ESCADA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ASSEMBLÉIA DE DEUS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FERNANDO PAULO DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ FABIANO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
FERNANDO PAULO DA SILVA

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

JOSÉ FABIANO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO Pai: ANANIAS FABIANO DA SILVA Data de Nascimento: 28/9/1949 Naturalidade: ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1647764/SDS/PE (RG). 18032354468 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Profissão: APOSENTADO Telefones Celulares: - 989265179

Endereço Residencial: **RUA JOAO CABRAL DE SOUZA, 259 - CEP: 0 - Bairro: NOVA ESCADA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL, ASSEMBLÉIA DE DEUS**

FERNANDO PAULO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FERNANDO PAULO DA SILVA,

05/08/2018 10:01



que estava em posse do(a) Sr(a): **FERNANDO PAULO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGH4493** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **516584010** Chassi: **9C2KC1670DR016724**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Descrição: **MOTOCICLETA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA D.P. O SENHOR JOSÉ FABIANO DA SILVA INFORMANDO QUE POR VOLTA DAS 11:30 HS DO DIA 16/07/2018, QUANDO ESTAVA CHEGANDO EM SUA RESIDÊNCIA, FOI ATROPELADO POR UM MOTO, PLACA PGH 4493, PILOTADA PELO SENHOR FERNANDO, QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ESCADA, ONDE FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA, NO MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO, TENDO PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRURGICO NA MÃO ESQUERDA.

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

JOSÉ FABIANO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEXANDRE CRISTOVAM DA SILVA** - Matrícula: **273400-1**



05/08/2018 10:01

