



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 11:50:40
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1903281150401810000042437224>
Número do documento: 1903281150401810000042437224

Num. 43075103 - Pág. 1



CIC NEDSP/PE
ALMIR GOMES DA SILVA
TV NOVA ESPERANÇA A 95
PIXETE
54730-101 SAO LOURENCO DA - PE

ALMIR GOMES DA SILVA
5358 XXXX XXXX 5852

Entre no App Credicard para ver o seu limite!

卷之三

92/95/2018

www.12333.com

www.ijerpi.org

Resumo Apresenta o conceito de pagamento, os tipos de pagamento e as vantagens e desvantagens de cada tipo de pagamento.

Límites de crédito R\$

Summary

www.scholarone.com

Despesa necessária

Banco Itaú S.A.
Número de Documento:
Série de Documento: 2311391
Número de Documento: 2311391

www.360digi.com 01934-08252

7-341911/737183330000

新嘉坡新嘉坡新嘉坡... 65-223-278-55

WCD III ACCORD 1.4 - 17.102.437.0001-2

卷之三



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 11:50:40

Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CAETANO - 26/03/2017 11:39:40
https://pie.tips.us.br:443/1a/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032811504018100000042437224

Número do documento: 19032811504018100000042437224

Num. 43075103 Pág. 2

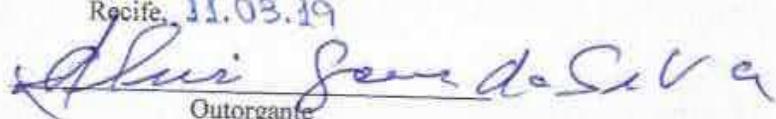
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Almir Gomes da Silva, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 2.983.693 95PIPE e CPF: 456.089.274-53, residente na TV Nova Granja A. 98, Pizote, São Lourenço da Mata / PE. CEP: 54730-301.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 11.03.19


Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 11 de março de 2019 .

R. Flávio Sari de Souza





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO
DA MATA - DP38ºCIRC DIM/9ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0128002219

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/07/2019 às
08:56

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Cuiapóo (Consumo)
que aconteceu no dia 7/4/2018 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE RECIFE (BAIRRO), 01, AV.
SAXANGÁ, - Bairro: BO RECIFE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Partido
de Referência: PRÓXIMO AOS PREDIOS NO FINAL DA AVENIDA SAXANGÁ
(Com do Estado) - VIA PÚBLICA

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO (AUTOR/LAGENTE)
ALMIR GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(s):
ALMIR GOMES DA SILVA

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

ALMIR GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nis: IVONETE
ALVES CARNEIRO Filho LUIZ GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 09/03/1984 Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

INDIVÍDUO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): ALMIR GOMES DA SILVA, que estava
em posse do(s) Sr(s): ALMIR GOMES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CBX100 TWISTER Objeto apreendido: N/A
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KNG05148 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2006/2006

16/07/2019 08:37



Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DE PLACA KHO-8148, NO LOCAL CITADO QUANDO UM INDIVIDUO ENTROU NA VIA REPENTINAMENTE, CRUZANDO ASSIM A COLISAO ENTRE AMBOS, TENDO A VITIMA SOFRIDO HEMATOMAS PELO CORPO, SENDO LEVADO PARA A UNA DA CATERINA, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO.

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


ALMIR GOMES DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: MAGNUM SANTOS MENDES LIMA - Matrícula: 273262-6

16/03/2019 08:39

c. 2



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 11:50:40
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032811504018100000042437224>
Número do documento: 19032811504018100000042437224

Num. 43075103 - Pág. 6



UPA 24h
Unidade de Pronto Atendimento
CAXANGÁ



RJ

Data do Atendimento: 07/04/2018 Horas: 19:35:45 PRONTUÁRIO: 236738
DRT/ODONTO/DT/ATM/ATM/OG/OG
Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO Sexo: Masculino
Nome: ALMIR GOMES DA SILVA Idade: 53 Anos, 3 Meses e 8 Dias C.I.: 2993623
Data de Nascimento: 03/12/1964 / LUIZ GOMES DA SILVA
Pai ou responsável: IVONETE ALVES GOMES
Endereço: MELVIN JONES, 25 - VARZEA/ - 50810550
Cidade: RECIFE Tel: 8199514396
Horas do Atendimento: _____ Hs Peso: _____ Kg Temperatura: _____

QFD / HDA: Paciente vítima de acidente com motocicleta
tendo cerca de 1 hora apresentando dor em cintura
e fomos () before dor em ombro (). Muy dolor
dor cervical. Edema periorbital. No perigo da
intervenção noga dor nas costas/abdômen.

EXAME FÍSICO:

Fevereiro seu fomos () - - - - -
na palpação seu ombro () -
Seu dor e palpação seu bocal e/ou colo
cervical. Politelesse.

DIAGNÓSTICO:

1) Fevereiro articular fomos ()

INDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO 1) Rx fomos () AP/ perfil +
Rx pé () AP/obliquos + PA cintura
AP/ perfil + Rx ombro () AP/ul
distensão, perfil de escápula e os
Rx baco AP + Rx colo e ossos sac

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

2) Sutura Urt S01 PM

Carmo Alberto
Tec. de Enfermagem
COREN 225736

Desfecho do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento
() Transferência para outra Unidade: () Óbito () Outro

Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Agravado () Piorado

3) Agravado () piorar
centro de fer
4) Cefaleia () AP/TV
5) Tumor () dor/mau () piorar
6) Tumor ()

Médico - Carimbo e Assinatura





PERNAMBUCO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

TIPO DE OCORRENCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5403+44
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

Nome do Paciente: Alvin Gentry de Souza IDENTIFICAÇÃO Idade: 53
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Ribeirão Preto

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)
 Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motociclista ()
 Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
 Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do Cinto: S () N ()
 Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
 Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
 Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
 Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
 Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
 Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
 Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
 Mecanismos do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Eleção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Recente vómito de rotina de modo HI (vômito de OT (circo) GAST, apesar de ter fome) e TUR (exames estomacais) e suspeita de gastrite. Evolução com perda de peso e MSO. Exames: RBC coluna cervical e de tórax.

Hipótesis Diagnóstica: Lesiones agudas con dolor de rodilla.

*(Left) Mammals of the
Auriculus Culture*

Edema Capilar (HGT): Crescente **Temperatura:** FC: RA:

Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S()
Sibilos Expiratórios: S() N() RANL: S() N()

Distúrbio: Fala/Choro: S() N()

Agitação Psicomotora: S() N() Lesão de Face: S() N() Retratação Xifóide: S() N()

Pulso: Rítmico () Aritmico () Fibrilante () Fijo ()

Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()

Sudorese: S() NI() Desidratado: D() NI() Ictérico: SI() NI()

第 210 页

FRBN 35-50

FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180

Datas do Atendimento: 07/04/2018 Hora: 19:24:52 PRONTUÁRIO: 235731
No. Atendimento: 1150565 Colaborador: FABRICIANE
Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO
Nome: ALMIR GOMES DA SILVA Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 30/12/1964 Idade: 55 Anos, 3 Meses e 8 Dias C.I.: 2983623
Pai ou responsável: IVONETE ALVES GOMES : LUIZ GOMES DA SILVA
Endereço: MELVIN JONES, 26 - VARZEÁV - 50010530
Cidade: RECIFE Tel: 8199814395-
Hora do Atendimento: ____ / ____ Hs Peso: ____ Kg Temperatura: ____

QPD / HDA: _____

EXAME FÍSICO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: _____

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: _____

Destino do Paciente: Alta para casa Encaminhamento ao Ambulatório Internamento
 Transferência para outra Unidade Outro: _____
Condição de Saúde do Paciente: Melhorado Inalterado Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)
Data e hora registrada da saída: 07/04/2018 19:16

| | |
|---|---|
| Nome Paciente: | ALMIR GOMES DA SILVA |
| Cód. Paciente: | |
| Data de Nascimento: | 30/12/1964 |
| Sexo: | Masculino |
| Idade: | 53 |
| Senha: | OR0051 |
| Convênio: | - |
| Atendimento: | SAME |
| Período: | 07/04/2018 19:19 - 07/04/2018 19:22 |
| BARBARA RENATA OLIVEIRA FREITAS - COREN: 372143 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO | |
| Prioridade: | BRIGANDINA |
| Cor: | AMARELO |
| Queixa Principal: | VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, COM RELATA DOR EM MSE E MIE, COM FERIMENTO, COM EDEMA PERIORBITAL, ESG. APÓS TRAJEMA, NESTA ÚLTIMA ÉMESE. |
| Observação: | NEGA DM HAS. NEGA ALERGIA SERÁ AVALIADO TBM PELA ORTOPEDIA. SAMU SEM N° OCORRÊNCIA |
| Fluxograma sintoma: | ACIDENTE DE TRANSPORTE |
| Discriminador(es): | - DOR MODERADA |
| Especialidade: | CLINICA GERAL |

Acolhido(a) por: BARBARA RENATA OLIVEIRA FREITAS - COREN: 372143 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/04/2018 19:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 11:50:40
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032811504018100000042437224>
Número do documento: 19032811504018100000042437224

Num. 43075103 - Pág. 10

Pernambuco

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTUÁRIO MÓVEL
CAXANGÁ

Luz
Maringá
Maringá 24h
Maringá 24h

Data do Atendimento: 09/04/2018 Hora: 07:08:57 PRONTUÁRIO: 235738
Nº. Atendimento: 1151071 Colaborador: MARCOS
Serviço/Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO
Nome: ALMIR GOMES DA SILVA Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 30/12/1984 Idade: 33 Anos, 3 Meses e 10 Dias C.I.: 2983623
Pai ou responsável: IVONETE ALVES GOMES / LUIZ GOMES DA SILVA
Endereço: MELVIN JONES - 28 - VARZEA - 53810530
Cidade: RECIPE Tel.: 8199614390 -
Hrs do Atendimento: ____ / ____ Hs Peso: ____ Kg Temperatura: ____

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO
10/4/18 Rx ombro e braço
B
Almír Gomes da Silva

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

Destino do Paciente: Alta para casa Encaminhamento ao Ambulatório Internamento
 Transferência para outra Unidade Outro: _____

Condição de Saúde do Paciente: Melhorado Inalterado Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)
Data e hora retirada da senha: 09/04/2018 07:07

| | |
|---------------------|----------------------|
| Nome Paciente: | ALMIR GOMES DA SILVA |
| Cód. Paciente: | |
| Data de Nascimento: | 30/12/1964 |
| Sexo: | Masculino |
| Idade: | 53 |
| Senha: | CG0034 |
| Convênio: | - |
| Atendimento: | |
| SAME: | SAME |

Período: 09/04/2018 07:07 - 09/04/2018 07:08

KLEYTON ASSIS BARROS DE ARAUJO - COREN: 466089 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

| | |
|---------------------|---------------------------|
| Prioridade: | NAO URGENTE |
| Cor: | VERDE |
| Queixa Principal: | RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO |
| Fluxograma/sintoma: | RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO |
| Discriminador(es): | - RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO |
| Especialidade: | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA |

Acolhido(a) por: KLEYTON ASSIS BARROS DE ARAUJO - COREN: 466089 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/04/2018 07:08

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 11:50:40
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032811504018100000042437224>
Número do documento: 19032811504018100000042437224

Num. 43075103 - Pág. 13

Jay L.

Data do Atendimento: 10/04/2018 Hora: 09:45:14 PRONTUÁRIO: 235738
 Nú. Atendimento: 1151597 Colaborador: LILIANBAGG
 Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO
 Nome: ALMIR GOMES DA SILVA Sexo: Masculino
 Data de Nascimento: 30/12/1984 Idade: 33 Anos, 3 Meses e 11 Dias C.I.: 2983623
 País ou responsável: IVONETE ALVES GOMES / LUIZ GOMES DA SILVA
 Endereço: MELVIN JONES, 28 RENOVACAO - VARZEA - 50010630
 Cidade: RECIFE Tel.: 8199514396-
 Hora do Atendimento: _____ / _____ Hs Peso: _____ Kg Temperatura: _____

QPD / HDA: RenovaçãoEXAME FÍSICO: SDIAGNÓSTICO: CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: Fratura malleolo l
MIEEVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: Destino do Paciente: Alta para casa Encaminhamento ao Ambulatório Internamento Transferência para outra Unidade Óbito Outro: _____Condição de Saúde do Paciente: Melhorado Inalterado PioradoMédico - Carimbo Assinatura: *Lilianbagg*

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 10/04/2018 09:43

| | | |
|--|---------------------|----------------------|
| | Nome Paciente: | ALMIR GOMES DA SILVA |
| | Cód. Paciente: | |
| | Data de Nascimento: | 30/12/1964 |
| | Sexo: | Masculino |
| | Idade: | 53 |
| | Senha: | CG0102 |
| | Convênio: | - |
| | Atendimento: | |
| | SAME: | |

Período: 10/04/2018 09:43 - 10/04/2018 09:43

VANESSA CRISTINA DE OLIVEIRA - COREN: 278340 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

| | |
|---------------------|---------------------------|
| Prioridade: | URGÊNCIA |
| Cor: | AMARELO |
| Queixa Principal: | RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO |
| Fluxograma sintoma: | RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO |
| Discriminador(es): | - RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO |
| Especialidade: | ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA |

Acolhido(a) por: VANESSA CRISTINA DE OLIVEIRA - COREN: 278340 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 10/04/2018 09:43

Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 11:50:40
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032811504018100000042437224>
Número do documento: 19032811504018100000042437224

Num. 43075103 - Pág. 15

PACIENTE: Alminas Gomes da Silva REG: 115
DATA: 10/01/2018 HORA: 10:45 SETOR: 2º Andar LEITO: 104

1 - Estado Geral:

Bom () Regular (x) Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente (x) Inconsciente () Orientado (x) Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
Escore de coma de Glasgow: 15 pts

3 - Condicão de locomoção:

Desambulante () Cadeira de rodas (x) Acamado ()

4 - Dietas:

Nutri () VO (x) SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

Pele:

Integro () Não integra / Local (x): M1G + RSE Normocromada () Hipocromada () Ictérica () Anictérica ()
Oscilática () Adenótica () Sudorírica () Hidratada () Desidratada ()

Edema / Local (): _____ Acesso venoso AVP em JASB

6 - Condições de Higiene:

Satisfatória (x) Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório:

Eupneico (x) Dispnéico () Taquipneico () Bradipneico () Boro () Tirogém () Ret. Fúrcula ()

Cateter Nasal () Ires Venturi () % TOT () VNI () AVM () Modo Vent. _____ FIO2 _____ PIP _____

PEEP _____ TOT N° _____

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano (x) Globoso: () Escavado: () Flácido: () Distendido: () Tensão () Ascítico ()

Doloroso à palpação: sim() não()

9 - Eliminações Fisiológicas:

Urvacinação: Presente (x) Aspecto: _____ Ausente () Tempo: _____ dias

Diurese: Presente (x) Ausente () Espontânea (x) SVD () SVA ()

Urtânia () Vol: _____ ml Aspecto: _____

10 - ESGV:

PA: 100 x 70 mm/Hg P: _____ bpm Sat O2: _____ % T: _____ °C

HGT: 44 mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

_____ comecou em rotina sobre os MIE. Estágio II. Sem exantemas; ressurg. de queimaduras.
Ocular: + (rigor aumentado todos os primeiros 10' depois local)

• Foi feita curativo em VNE + Estomago + Vácia. Sem exantemas de exantemas.
verificou-se queimadura.

• Curado sob o monitorio da equipe. Chegando tempo pt o HCP.

ENFERMEIRO/COREN:

André E. G. G. G.





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



| CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | | | |
| Name: <u>Adriana Gomes</u> | Enfermeira: <u>DC Silveira</u> | Registro: <u>104</u> | Leito: <u>M4</u> |
| Clinic: _____ | Hipótese Diagnóstico: _____ | Data: <u>10/31/18</u> | |
| Hora Admissão: _____ | PLANTÃO DIURNO | | |
| Estado Geral: <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Gravíssimo | |
| Dieta: <input checked="" type="checkbox"/> VO | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML | <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Ótima |
| Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espérico | <input type="checkbox"/> Taquipneico | <input type="checkbox"/> Bradipneico | <input type="checkbox"/> Dispnéia |
| Acesso Venoso: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Central | Local: _____ | |
| Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | |
| Drenos: <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | |
| Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Absente | Aspecto: _____ | |
| Diurese: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> S/VO/GVA | <input type="checkbox"/> Ausente | Aspecto: _____ | |
| Observações: _____ | | | |
| Técnico de Enfermagem: <u>Silv</u> | <u>Graciele F. da Rosa</u> | <u>Graziela C. Coimbra</u> | |
| CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM | | | |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | | | |
| Name: _____ | Enfermeira: _____ | Registro: _____ | |
| Clinic: _____ | Hipótese Diagnóstico: _____ | Leito: _____ | |
| Hora Admissão: _____ | PLANTÃO NOTURNO | | |
| Estado Geral: <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Gravíssimo | |
| Dieta: <input checked="" type="checkbox"/> VO | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML | <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Ótima |
| Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espérico | <input type="checkbox"/> Taquipneico | <input type="checkbox"/> Bradipneico | <input type="checkbox"/> Dispnéia |
| Acesso Venoso: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Central | Local: _____ | |
| Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | |
| Drenos: <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | |
| Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Absente | Aspecto: _____ | |
| Diurese: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> S/VO/GVA | <input type="checkbox"/> Ausente | Aspecto: _____ | |
| Observações: _____ | | | |
| Técnico de Enfermagem: <u>LOP</u> | <u>GRACIELA C. COIMBRA</u> | <u>GRACIELA C. COIMBRA</u> | |
| Cuidados de Enfermagem: | | | |
| Horário: _____ | Responsável: _____ | | |



Pernambuco

UPA24h
MEDEIO DE FONTO AEROPORTO
CAXANGÁ



Data do Atendimento: 11/04/2018 Hor: 10:18:31 PRONTUÁRIO: 235738
Nº Atendimento: 1152154 Colaborador: DEBORAHES
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Name: ALMIR GOMES DA SILVA

Data de Nascimento: 30/12/1984 Idade: 33 Anos, 3 Meses e 12 Dias C.I.: 2963623

Pai ou Responsável: IVONETE ALVES GOMES

/ LUIZ GOMES DA SILVA

Endereço: MELVIN JONES, 28 RENOVACAO - VARZEA - 50810530

Cidade: RECIFE Tel: 8199814396 -

Hora do Atendimento: / Hs

Peso: Kg

Sexo: Masculino

Temperatura:

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

Gestão do Paciente: Alta para casa Encaminhamento ao Ambulatório Internamento

Transferência para outra Unidade: Outra Outro

Informação de Saída do Paciente: Melhorado Inalterado Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 11/04/2018 10:15

| | |
|---------------------|----------------------|
| Nome Paciente: | ALMIR GOMES DA SILVA |
| Cód. Paciente: | |
| Data de Nascimento: | 30/12/1964 |
| Sexo: | Masculino |
| Idade: | 53 |
| Senha: | CG0061 |
| Convênio: | - |
| Atendimento: | SAME |

Período: 11/04/2018 10:15 - 11/04/2018 10:17

DEIVSON GOMES LIMA - COREN: 473138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA**
Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: RENOVAÇÃO DE PRONT.
Medicamento(s): RENOVAÇÃO DE PRONT.
Observação: RENOVAÇÃO DE PRONT.
Fluxograma sintoma: RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO
Discriminador(es): - RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DEIVSON GOMES LIMA - COREN: 473138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/04/2018 10:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



PACIENTE: Nelson Gomes da Silva REG: 145/071
 DATA: 21/04/2018 HORA: 13:30 SETOR: SL AMANDA LEITO: AC4

1 - Estado Geral:
 Regular () Comprometido () Gravemente ()

1 - Nível de Consciência:
 Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()
 Confusão: () Inconsciente () Pts.
 Escala de coma de Glasgow: _____ pts.

3 - Condição de locomção:
 Deambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

4 - Dieta:
 Zero () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5 - Pele:
 Integro () Não integra / Local () NIE em axila Normocorada () Hipocorada () Ictíria () Anidéria ()
 Crônica () Aclanólica () Sudoríco () Hidratado () Desidratado ()
 Edema / Local () Acesso venoso ANP em JGSE

6 - Condições de Higiene:
 Substitúria () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7 - Sistema Respiratório:
 Espontâneo () Disponível () Taquipneico () Bradipneico () Boro () Tiragem: () Ret. Fúrcula ()
 Cateter Nasal () Um Venturi 10% TOT TOT (%) VNI () AVM () Modo Vent: — FIO: — PIP: —
 PEEP: — TOT N^º: —

8 - Sistema Digestório:
 Acesso: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tensão () Asciúlos ()

Doloroso à palpação: sim () não ()

9 - Eliminações Fisiológicas:
 Escavação: Presente () Aspecto: — Ausente () Tempo: — dias

Excreção: Presente () Ausente () Espontânea () SVO () SVA ()

Urticária: () Vol: — ml Aspecto: —

10 - SSVV:
 PA: — mmHg P: — bpm Sat O₂: — % T: — °C

HGT: — mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações:
O paciente segue sob os cuidados da equipe de saúde. Aguarda transfer. SI e HEP.

[Handwritten signature]
 Deixado D. 11/04/18
 COPE: SI 11:38
 Enfermeiro: —

ENFERMEIRO: Enf. Gabi





PERNAMBUCO
ESTADO DA

UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



| CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | | | |
| Nome: | <u>Almir Gomes da Silva</u> | Enfermeira: | Registro: |
| Clinica: | | | Leito: <u>11-04</u> |
| Hipótese Diagnóstico: | | | |
| Horas Admissão: | PLANTÃO DIURNO Data: <u>11/04/18</u> | | |
| Estado Geral | <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Gravíssimo |
| Dieta | <input checked="" type="checkbox"/> VO | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta zero |
| Padrão Respiratório | <input checked="" type="checkbox"/> Espérico | <input type="checkbox"/> Taquipnélico | <input type="checkbox"/> Bradipnélico <input type="checkbox"/> Dispnéico |
| Acesso Venoso | <input checked="" type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Central | Local: |
| Curativo | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: |
| Drenos | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: |
| Evacuações | <input type="checkbox"/> Presente | <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | Aspecto: |
| Diurese | <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVD/SVA | <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | Aspecto: |
| Observações: | | | |
| Técnico de Enfermagem: | <u>Ana Cláudia R.</u> <small>REC. REC. REC. REC. REC. REC.</small> <small>SORTEADA DIA 10/04/2018</small> <small>TRG. FUNDAMENTAL</small> <small>PE 2 11.023</small> | | |
| CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM | | | |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | | | |
| Nome: | <u>Almir Gomes da Silva</u> | Enfermeira: | Registro: <u>115214</u> |
| Clinica: | <u>CHOCOLATE</u> | | Leito: <u>11-04</u> |
| Hipótese Diagnóstico: | <u>Infarto agudo do miocárdio</u> | | |
| Horas Admissão: | PLANTÃO NOTURNO Data: <u>11/04/18</u> | | |
| Estado Geral | <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Gravíssimo |
| Dieta | <input checked="" type="checkbox"/> VO | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta zero |
| Padrão Respiratório | <input checked="" type="checkbox"/> Espérico | <input type="checkbox"/> Taquipnélico | <input type="checkbox"/> Bradipnélico <input type="checkbox"/> Dispnéico |
| Acesso Venoso | <input checked="" type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Central | Local: |
| Curativo | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: |
| Drenos | <input type="checkbox"/> Sim | <input checked="" type="checkbox"/> Não | Local: |
| Evacuações | <input type="checkbox"/> Presente | <input checked="" type="checkbox"/> Ausente | Aspecto: |
| Diurese | <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> SVD/SVA | <input type="checkbox"/> Ausente | Aspecto: |
| Observações: | <u>Isquémica e necrótica</u> | | |
| Técnico de Enfermagem: | <u>Isabeline e Isacina</u> | | |
| Cuidados de Enfermagem: | | | |





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

100

REG

Maria Lucinda
Kinderkunst an allen Minuten

Pernambuco

HISTORICAL

JGCL 2013, 1(1)

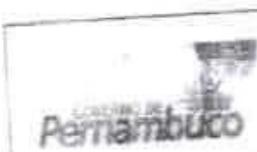
PACIENTE: John Doe

MEDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA





Luz
Luz

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



M2
D2 27/03/2019
16h 50m

Data do Atendimento: 12/04/2018 Hora: 08:40:41 PRONTUÁRIO: 235738
Nº. Atendimento: 1152573 Colaborador: ANDREACI
Sétor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO

Nome: ALMIR GOMES DA SILVA

Data de Nascimento: 30/12/1964 Idade: 53 Anos, 9 Meses e 13 Dias C.I.: 2983622

País ou responsável: IVONETE ALVES GOMES / LUIZ GOMES DA SILVA

Endereço: MELVIN JONES, 26 RENOVACAO - VARZEA - 50610530

Cidade: RECIFE Tel: 8199614380

Hora do Atendimento: _____ / _____ Hs Peso: _____ Kg Temperatura: _____

QPO / HDA: Renovacão - Vias urinárias
assentado normal

EXAME FÍSICO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: _____

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: _____

Destino do Paciente: Alta para casa Encaminhamento ao Ambulatório Internamento
 Transferência para outra Unidade Óbito Outro: _____

Condição da Saúde do Paciente: Melhorado Inalterado Piorado

Dr. KETON MED ALBUQUERQUE
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE: 22.961

Médico - Carimbo e Assinatura



UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 12/04/2018 08:36

| | | |
|--|---------------------|----------------------|
| | Nome Paciente: | ALMIR GOMES DA SILVA |
| | Cod. Paciente: | |
| | Data de Nascimento: | 30/12/1964 |
| | Sexo: | Masculino |
| | Idade: | 53 |
| | Senha: | CG0068 |
| | Convênio: | - |
| | Atendimento: | SAME: |

Período: 12/04/2018 08:36 - 12/04/2018 08:36

VANESSA CRISTINA DE OLIVEIRA - COREN: 278340 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal:

AMARELO

RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Fluxograma sintoma:

RENOVAÇÃO DE PRONTUÁRIO

Discriminador(es):

- RENovação de Prontuário

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: VANESSA CRISTINA DE OLIVEIRA - COREN: 278340 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/04/2018 08:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 11:50:40

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032811504030600000042437356>

Número do documento: 19032811504030600000042437356

Num. 43075240 - Pág. 10

PACIENTE: Almeida Góes da Silveira REG: 19032811504030600000042437356
DATA: 01/04/2019 HORA: 05:02 SETOR: S. Ambul. LEITO: 014

1 - Estado Geral:

Bom () Regular (x) Comprometido () Grave ()

1 - Nível de Consciência:

Consciente (x) Inconsciente () Orientado (x) Desorientado () Somolento () Agitado () Sedado ()
Escolha de coma de Glasgow: _____ pts

3 - Condicionamento locomotor:

Decumbido () Cadeira de rodas (x) Acamado ()

4 - Dieta:

4 - () VO (x) SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno
Dieta: Volumétrica

5 - Pele:

Integridade () Não integra / Local Ex: Juntas = Vara Normocorrada (x) Hipocorrada () Ictérica () Anidérrea (x)
Cianose () Acidótica (x) Sudorílica () Hidratada (x) Desidratada ()
Edema / Local (): JAV Acesso venoso LAVF em VAS

6 - Condições de Higiene:

Substituída (x) Insatisfatória () Dependente de Enfermagem

7 - Sistema Respiratório:

Eufônico (x) Disfônico () Taquipneico () Bradipneico () Bem () Tregem () Ret. Fúrcula ()
Cateter Nasal () - Um Venturi () - % TQT () VNI () AVM () Modo Vent. — FIO — PIP —
PEEP — TOT N° —

8 - Sistema Digestório:

Abdome: plano (x) Globoso () Escavado () Flácido (x) Distendido () Tensão () Ascítico ()

Doloroso à palpação: sim () não (x)

9 - Eliminações Fisiológicas:

1 - função: Presente (x) Aspecto: _____ Ausente () Tempo: — dias

2 - urina: Presente (x) Ausente () Espontânea (x) SVD () SVA ()

3 - fezes: Presente (x) Vol: — ml Aspecto: —

10 - SSVV:

PA: _____ mmHg P: _____ bpm Sat O2: _____ % T: _____ °C

HGT: _____ mg/dl

11 - Procedimentos Realizados / Observações

Paciente apresenta hematomas em zona (costas) incisão incisões com hemostat. Sintomas: _____
cicatrizes: _____

ENFERMEIRO/COREN: _____
E-mail: dr. vitor.gabriel





UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



| CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM | | | |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | | | |
| Nome: <u>Almir Santos da Silva</u> | Enfermeira: _____ | Registro: <u>1152-573</u> | Leito: <u>49</u> |
| Clinica: _____ | Hipótese Diagnóstico: _____ | | |
| Horas Admissão: _____ | PLANTÃO DIURNO | Data: <u>12/04/18</u> | |
| Estado Geral: <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Gravíssimo | |
| Dieta: <input checked="" type="checkbox"/> VO | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> SNE | <input type="checkbox"/> SML |
| Padrão Respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Espérico | <input type="checkbox"/> Taquipneico | <input type="checkbox"/> Bradipneico | <input type="checkbox"/> Dispnéico |
| Acesso Venoso: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Central | Local: _____ | |
| Curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | |
| Orenos: <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | |
| Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Ausente | Aspecto: _____ | |
| Diurase: <input checked="" type="checkbox"/> Presente () SVD/SVA | <input type="checkbox"/> Ausente | Aspecto: _____ | |
| Observações: _____ <i>(Assinatura do Técnico de Enfermagem)</i> | | | |
| Técnico de Enfermagem: <u>Ronaldo Castor + Marlene</u> | | | |
| CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM | | | |
| TÉCNICO DE ENFERMAGEM | | | |
| Nome: _____ | Enfermeira: _____ | Registro: _____ | Leito: _____ |
| Clinica: _____ | Hipótese Diagnóstico: _____ | | |
| Horas Admissão: _____ | PLANTÃO NOTURNO | Data: <u>/ /</u> | |
| Estado Geral: <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Gravíssimo | |
| Dieta: <input type="checkbox"/> VO | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> SNE | <input type="checkbox"/> SML |
| Padrão Respiratório: <input type="checkbox"/> Espérico | <input type="checkbox"/> Taquipneico | <input type="checkbox"/> Bradipneico | <input type="checkbox"/> Dispnéico |
| Acesso Venoso: <input type="checkbox"/> Periférico | <input type="checkbox"/> Central | Local: _____ | |
| Curativo: <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | |
| Orenos: <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local: _____ | |
| Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente | <input type="checkbox"/> Ausente | Aspecto: _____ | |
| Diurase: <input type="checkbox"/> Presente () SVD/SVA | <input type="checkbox"/> Ausente | Aspecto: _____ | |
| Observações: _____ | | | |
| Técnico de Enfermagem: _____ | Horário: _____ | Responsável: _____ | |
| Cuidados de Enfermagem: _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |
| _____ | _____ | _____ | |





PERIODICO

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

www.english-test.net



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Padrão: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irrresponsive ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4

Abertura Ocular a Voz 3

Abertura Ocular a Dor 2

Sem Abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5

Confuso 4

Resposta Inapropriada 3

Sons Incompreensíveis 2

Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6

Localiza Estímulo Doloroso 5

Retirada ao Estímulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG:

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocônicas () Anisocônicas () Midriase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S() N()

Lesões Intra-Torácica: S() N() Fratura Pélvis S() N()

Lesões Intra-Abdominal: S() N() Fraturas em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou Álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou Outras Drogas: S() N() Informante: Vítima () Outros ()

Lsd() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lance Perfume() Anfetamina() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

Infusão de Fluidos: S() N() Especificar _____

Antibioticoterapia: S() N() Especificar _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Outras Condutas: _____

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Intecorrências: _____

Entubação Oro traqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

pronto para reinternação.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *Hospital das Ribeirinhas*

Hora: _____

Medico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

*R. VICTOR HUGO ALVES DE SOUZA
Otorrinolaringologista
CRM-PE: 06.944*

Médico Assistente

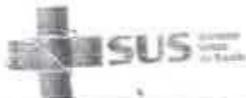
Acab. 12/04/18

Local e Data



| | | | |
|---|-------------------|-------|-----------|
| + | Name: Almin Gomes | Enf.: | Leito: 44 |
| Data | Evolução Clínica: | REG: | |
| <p>12/04/18 # traumas lumbares</p> <p># Pontos de ferimento — t+ (S), noluta diminuição de força — M10. Mão direita dolorosa?</p> <p># No exame:</p> <ul style="list-style-type: none"> - braço em pl (S) : +1 144. - forças L - CS: Grav II (MSD) . C6: GMV III - C7 / CS / T1: Grav IV <p># H.O: ferimento sobre o MIE</p> <p>? Local pleno Bifacial (D) — paroxia?</p> <p># CD: # Sólido No coluna cervical Ax. omoplato (D) — Síntoma</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) dor nas transformações 2) Sintomas ligados C7 / T1 <p>12/04/18 Trauma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - No coluna cervical fx subluxada Transtorno L1 - CO: 1) Coluna cervical 2) Nopato no lombo 3) Dor no pé avulsiva as manobras — HR: 5463 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> Dr. Paulo Henrique Alves da Costa Ortopedia e Traumatologia Consultório particular </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> </div> | | | |





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



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital da Restauração

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

0000655

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Alma Góes da Silveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - FONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - FONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TCE de Câncer

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTD:

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TCE de celoma cerebral

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTD:

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTD:

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTD:

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTD:

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

12/11/18
Finalizado

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Júlio Braga
Médico
CRM/PE 20.523

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12 / 04 / 17

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

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

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

Cod. 0421





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

NOTARIA DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

3-04-18

Paziente com lesões de origem
pernambucano

(Spontânea ou traumática)

origem de lesão contundente

desenvolvida em MS:

último de 2017

Recomendação: Cepac

Possível de origem pernambucano



000 000



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 11:50:40

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032811504042900000042437399>

Número do documento: 19032811504042900000042437399

Num. 43075284 - Pág. 3



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente

Alvaro Góes.

Enfermaria/Leito



PERNAMBUCO
UNIVERSIDADE FEDERATIVA

Registro

1629777

EVOLUÇÃO CLÍNICA

12/10/2018

ANCR

6. 23.53

TAC da crânio: Se lesões menores.
TAC da coluna cervical: Se lesões menores.

CD/ Altas de NUR

Condicões da Uterina

(2) alta com auxílio da obstetra

De 20/10/2018 Fim
Médico: Dr. Tito
CRM-PB: 22543

13/10/2018

Trombose

Pointe utime à guisa de ruptura
de 6 dias operada em Ferjute entrou
no topo lateral do tímpano e
superfícies das duas orelhas (1)

EF: deficit de force e MSO
Pointe entrou em face lateral
do tímpano (2), com manifester
incomplete brenhado.

(3) Cistis

Cistostomia 13.666

c fistula purulenta à NCP/derme

c deficit à face

Dr. Tito Coopéria Filho
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PB: 22543

CGG.0123



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 11:50:40

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032811504042900000042437399>

Número do documento: 19032811504042900000042437399

Num. 43075284 - Pág. 4



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem

Presidente:

Alcino Souza

PERNAMBUCO

Data: *12/04/18*

Enfermeira:

Letro

Hipótese Diagnóstica:

| Escala de 0 a 10 | | Resposta Verbal | | | Total: <i>B</i> pontos |
|---|--|---|---|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excepcional (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) | <input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) | <input type="checkbox"/> Desorientado (5 pts.) | <input type="checkbox"/> Desorientado / Desorientado (4 pts.) | |
| <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) | <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Fiel ao local (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Fiel ao local (4 pts.) | |
| <input type="checkbox"/> Aderir (2 pts.) | <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) | <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) | <input type="checkbox"/> Fiel ao local (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Fiel ao local (4 pts.) | |
| <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.) | <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) | <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) | <input type="checkbox"/> Extremamente desorientado (2 pts.) | <input type="checkbox"/> Extremamente desorientado (2 pts.) | |
| | | <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.) | | | |
| TRM: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Franquei: _____ | C - Motricidade não funcional presente | | |
| A - Perda motora e sensitiva completa | | B - Apêndice sensitividade preservada | | | |
| D - Motricidade funcional presente | | E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anomalias de reflexos) | | | |
| Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros | | Qual: _____ | | | |
| Ventilat.: <input type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> A/C _____ <input type="checkbox"/> IM _____ | | <input type="checkbox"/> Sem Acesso. | | | |
| Dias: | | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> SME | <input type="checkbox"/> Gavagem | |
| <input type="checkbox"/> Zero | | <input type="checkbox"/> SOG | <input type="checkbox"/> Gastrotomia | <input type="checkbox"/> Aberta | |
| <input type="checkbox"/> Via Crat | | | | | |
| Sistemas Integrais: <input type="checkbox"/> Normal | | <input type="checkbox"/> Constipação + _____ das | <input type="checkbox"/> Diarreia _____ | | |
| Início: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Dispositivo Uniduto <input type="checkbox"/> IVA | | <input type="checkbox"/> SNG | Aspecto: _____ | | |
| Fim: <input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Lesionado | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Festa Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____ | | <input type="checkbox"/> Uso de decúbito | | | |
| Localização: _____ | | Localização: _____ | | <i>Pact, enfermeiro agorin. 2018/04/12</i> | |
| Locais: | | | | | |
| Exames: | | | | | |
| Parâmetros: | | | | | |
| Convocações (Diárias / Niturnas): _____ | | | | | |

| Escala de 0 a 10 | | Resposta Verbal | | | Total: _____ pontos |
|---|--|---|---|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Excepcional (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) | <input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) | <input type="checkbox"/> Desorientado (6 pts.) | <input type="checkbox"/> Desorientado (6 pts.) | |
| <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) | <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Localiza dor (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Localiza dor (4 pts.) | |
| <input type="checkbox"/> Aderir (2 pts.) | <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) | <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) | <input type="checkbox"/> Fiel ao local (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Fiel ao local (4 pts.) | |
| <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.) | <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) | <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) | <input type="checkbox"/> Fiel ao local (4 pts.) | <input type="checkbox"/> Fiel ao local (4 pts.) | |
| | | <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.) | | | |
| TRM: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Franquei: _____ | C - Motricidade não funcional presente | | |
| A - Perda motora e sensitiva completa | | B - Apêndice sensitividade preservada | | | |
| D - Motricidade funcional presente | | E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anomalias de reflexos) | | | |
| Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> TOT <input type="checkbox"/> Outros | | Qual: _____ | | | |
| Ventilat.: <input type="checkbox"/> AVP _____ <input type="checkbox"/> A/C _____ <input type="checkbox"/> IM _____ | | <input type="checkbox"/> Sem Acesso. | | | |
| Dias: | | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> SME | <input type="checkbox"/> Gavagem | |
| <input type="checkbox"/> Zero | | <input type="checkbox"/> SOG | <input type="checkbox"/> Gastrotomia | <input type="checkbox"/> Aberta | |
| <input type="checkbox"/> Via Crat | | | | | |
| Sistemas Integrais: <input type="checkbox"/> Normal | | <input type="checkbox"/> Constipação + _____ das | <input type="checkbox"/> Diarreia _____ | | |
| Início: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Dispositivo Uniduto <input type="checkbox"/> IVA | | <input type="checkbox"/> SNG | Aspecto: _____ | | |
| Fim: <input type="checkbox"/> Integro <input type="checkbox"/> Lesionado | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Festa Operatória: Data da Cirurgia: _____ / _____ / _____ | | <input type="checkbox"/> Uso de decúbito | | | |
| Localização: _____ | | Localização: _____ | | <i>Estágio:</i> | |
| Locais: | | | | | |
| Exames: | | | | | |
| Parâmetros: | | | | | |
| Convocações (Diárias / Niturnas): _____ | | | | | |
| Quarto: _____ | | | | | |

COO.0015

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

PRESCRIÇÕES DE INFERNAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: _____
 Enf / Leito: _____
 Registro: _____

DIA: 21/04 DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____
 HORÁRIO HORÁRIO HORÁRIO HORÁRIO
 10 - 16 - 22 10 - 16 - 22 10 - 16 - 22 10 - 16 - 22

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Alimentação das sinalis vitais (3 vezes ao dia) | 09 | 09 | 09 | 09 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Corporal (1 vez no dia e se necessário) | 09-13-20 | 09-13-20 | 09-13-20 | 09-13-20 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Higiene Oral (após cada refeição 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração (3 em 3 horas e se necessário) | 21 - 24 - 03 - 06 | 21 - 24 - 03 - 06 | 21 - 24 - 03 - 06 | 21 - 24 - 03 - 06 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Catectolismo Intermittente (6 em 6 horas e se necessário) | 12 - 18 - 24 - 06 | 12 - 18 - 24 - 06 | 12 - 18 - 24 - 06 | 12 - 18 - 24 - 06 |

DIA: _____ DIA: _____ DIA: _____
 HORÁRIO HORÁRIO HORÁRIO
 10 - 16 - 22 10 - 16 - 22 10 - 16 - 22

| HORÁRIO | REGISTRO | REGISTRO | REGISTRO | REGISTRO |
|---------|----------|----------|----------|----------|
| 10 | | | | |
| 16 | | | | |
| 22 | | | | |
| 10 | | | | |
| 16 | | | | |
| 22 | | | | |

| SINAIS VITais | REGISTRO | REGISTRO | REGISTRO | REGISTRO |
|-------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Frequência Cardíaca | 10 | | | |
| Frequência Respiratória | 16 | | | |
| Temperatura | 22 | | | |
| Pressão Arterial | 10 | | | |
| | 16 | | | |
| | 22 | | | |

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
ESTADO DO

ALGORITMO DA ABORDAGEM INICIAL DO AVC

PACIENTE COM HIPÓTESE DIAGNÓSTICA AVC

I - AVALIAÇÃO GERAL IMEDIATA

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

II - AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA IMEDIATA
(~ 25' DA CHEGADA)

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

CT CRÂNIO MOSTRA HEMORRAGIA
INTRACEREBRAL OU SUBARACNOÍDEA ?

CONSULTA / NEUROCIRURGIA

NÃO

PROVÁVEL AVC

SUSPEITA DE HSA APESAR
DE ACHADOS NO CT.
FAZER PUNÇÃO LIQUONICA

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



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 958767

Nome: Almeida Gomes da Silva

Foi atendido às 22h02 ms. do dia 12/04/18

Diagnóstico Provável:

Plexopatia ligeira e (D) traumá-

tica

- déficit na abdução do olho
- Dor em movimento (preservado)

CD - As ambulatório de nesse

Tratamento Realizado:

Medicina
- Fisioterapeuta muscular

13/04/18

Observação:

Cópia de:

Médico - CRM N°

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Pôblico do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



SINISTRO 3180353720 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALMIR GOMES DA SILVA
COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO
CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO ALMIR GOMES DA SILVA
CPF/CNPJ: 45605327453

Posição em 13-03-2019 14:26:20

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

| Histórico das correspondências enviadas | | Ver Carta |
|---|---|-----------|
| Data da Carta | Referência | |
| 10/02/2019 | Negativa por ausência de comprovação documental | |

