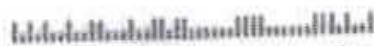




**CAIXA**

**credicard**



CYCNDXSPUS  
**ALMIR GOMES DA SILVA**  
**TV NOVA ESPERANCA A 98**  
**PIXETE**  
**54730-101 SAO LOURENCO DA - PE**



Pontagem: 20/06  
Vencimento: 02/05  
Emissão: 18/04  
Código de segurança: 28402

Título: **ALMIR GOMES DA SILVA**  
Cartão: **5358.XXXX.XXX.X 5852**

Entre no App Credicard para ver o seu limite, f

Validade:	At pagamento total	ou	At pagamento parcial
<b>02/05/2018</b>	<b>375,15</b>		

Forma de pagamento  
O Pagamento mínimo para  
faturamento quando disponível,  
é o valor pago para cancelar a dívida  
após o prazo de 30 dias, e não  
o valor mínimo de 3% do saldo em  
pagamento. O valor mínimo de  
pagamento é de R\$ 10,00. Se não  
for possível pagar o mínimo, o  
pagamento mínimo será de R\$ 10,00.  
Se não for possível pagar o mínimo,  
o pagamento mínimo será de R\$ 10,00.  
Se não for possível pagar o mínimo,  
o pagamento mínimo será de R\$ 10,00.

**Limites de crédito R\$**

Limite total de crédito  
Limite disponível no mês  
Reserva de emergência

☒ **Conta pessoal**  
com o uso do cartão e senha.



**Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75371 03936.08252**

Nome do Titular: **ALMIR GOMES DA SILVA**  
Nome do Titular: **ALMIR GOMES DA SILVA**  
Nome do Titular: **ALMIR GOMES DA SILVA**  
Nome do Titular: **ALMIR GOMES DA SILVA**

8011 1100 Itaú



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** *Almir Gomes da Silva, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 2.983.693 SSP/PE e CPF: 256.063.274-53, residente na TV Nova Esperança A, 98, Recife, São Lourenço da Mata / PE. CEP: 54730-101.*

**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 judicium 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

*Almir Gomes da Silva*  
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 .

*Paulo Antonio Coelho Castor de Silva*





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO  
DA MATA - DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0128002219

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/07/2018 às 08:56

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

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE RECIFE (BAIRRO), 21, AV. SAKANGÁ. - Bairro: DO RECIFE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - Posto de Referência: PROXIMO AOS PRÉDIOS NO FINAL DA AVENIDA SAKANGÁ Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INDIVÍDUO (AUTORA AGENTE)  
ALMIR GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALMIR GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nê: IVONETE  
ALVES CARNEIRO FIL LUIZ GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 20/12/1984 Nacionalidade:  
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

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

Placa: KH03145 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: 2006/2006

16/07/2018 08:37





RELATA A VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO A SUA MOTOCICLETA DE PLACA KNO-8145, NO LOCAL CITADO QUANDO UM INDIVIDUO ENTROU NA VIA REPENTINAMENTE, CAUSANDO ASSIM A COLISAO ENTRE AMBOS, TENDO A VITIMA SOFRIDO HEMATOMAS PELO CORPO, SENDO LEVADO PARA A UPA DO CHACRE, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO.

ALNIR GOMES DA SILVA  
(VITIMA)

E.O. registrado por: **MAURICIO GUERRA MENDOZA LIMA** Matrícula: 273268-8

16/07/2018 08:37





Data do Atendimento:

07/04/2018

Hora: 19:35:45

PRONTUÁRIO: 238738

Serviço:

CONSULTÓRIO MÉDICO

Nome: ALMIR GOMES DA SILVA

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 30/12/1964

Idade: 53 Anos, 3 Meses e 8 Dias

C.I.: 2983423

País ou responsável: IVONETE ALVES GOMES

LUIZ GOMES DA SILVA

Endereço: MELVIN JONES, 25 - VARZEA - 50810530

Cidade: RECIFE

Tel: 8199514398

Hora do Atendimento:

Hs

Peso: Kg

Temperatura:

QFD / HDA: Paciente internado de acidente com neurocefalia  
há cerca de 1 hora apresentando dor em coluna  
(+) e tornozelo (+). Dor no seu ombro (+) nos cotovelos  
nos dois membros. Edema periorbital. Não perda da  
consciência logo do trauma / abalos.

EXAME FÍSICO:

Fermimento em tornozelo (+) e (+) n.º

Há a palpabilidade em ombro (+)

Sem dor a palpabilidade em base e/ou coluna  
cervical - Poliflexão.

DIAGNÓSTICO:

Fermimento articular tornozelo (+)

INDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO 1) A tornozelo (+) AP perfil +  
A p (+) AP oblíquas + PA cotovelo  
AP perfil + PA ombro (+) AP  
do deus, perfil de escápula e os

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

A base AP + A cotovelo axila  
dist.

A suture UTA suture

C 20:50

Carlos Alberto  
Téc. de Enfermagem  
COREN 225.735 - SC

Destino do Paciente: ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internamento

Transferência para outra Unidade: ( ) Cóito ( ) Outro

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

3) Aguardo suture  
4) Cefaleia, náusea e vômito  
5) Tontura, vertigem e  
6) Tontura (+)  
Médico - Carimbo e Assinatura





# UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



## Protocolo de Encaminhamento

### TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

SENHA 5403744

Nome do Paciente: Alma Gomes de Jesus IDENTIFICAÇÃO  
Sexo: M (X) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Idade: 53  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Cidade: Recife Bairro: \_\_\_\_\_

### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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 ( )  
Motociclista: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S ( ) N ( )  
Semi-Mergulho/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 ( ) Ejeção ( ) Capotamento

### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Recurdo vítima de acidente de trânsito no dia 28/03/2019, apresentando ferimentos em tórax e membros superiores e inferiores. Evolui com dor no tórax e membros superiores e inferiores.  
Hipótese Diagnóstica: Lesão traumática de tórax e membros superiores e inferiores.

### AValiação Clínica

Hemácia Capilar (HGT): 12 Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispneia S ( ) N ( ) Tiragem Intercostais S ( ) N ( ) Obstrução Vias Aéreas: S ( ) N ( )  
Sibilos Expiratórios: S ( ) N ( ) BAN\*: S ( ) N ( ) Deformidade do Tórax: S ( ) N ( ) Gemido/Estridor: S ( ) N ( )  
Distúrbio: Fala/Choro: S ( ) N ( )  
Agitação Psicomotora: S ( ) N ( ) Lesão de Face: S ( ) N ( ) Retratação Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lenificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
Sudorese: S ( ) N ( ) Desidratado: S ( ) N ( ) Ictérico: S ( ) N ( )

FR:RN 35-50

< 1 ano 30-50  
Criança 20-30  
Adulto 12-30

FR:RN 120-180

< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100







Data do Atendimento: 07/04/2018 Hora: 19:24:52 PRONTUÁRIO: 235738  
No. Atendimento: 1150565 CLINICA GERAL Colaborador: FABIOLANF  
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO  
Nome: ALMIR GOMES DA SILVA Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 30/12/1964 Idade: 53 Anos, 3 Meses e 8 Dias C.I.: 2963623  
Pais ou responsáveis: IVONETE ALVES GOMES / LUIZ GOMES DA SILVA  
Endereço: MELVIN JONES, 26 - VARZEA - 50810530  
Cidade: RECIFE Tel.: 8199614395 -  
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 ( ) Óbito ( ) 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 de sistema: 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: **URGÊNCIA**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, COM RELATA DOR EM MSE E MIE, COM FERIMENTO, COM EDEMA PERIORBITAL ESQ. APÓS TRAUMA, NOSTRA UNIDADE EMERGENCIAL

Observação: NEGA DM HAS  
NEGA ALERGIA  
SERÁ AVALIADO TBM PELA ORTOPEDIA,  
SAMU SEM Nº 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



# UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CATANGA



REG: 1150572  
DATA: 08/09/18

LEITO:

GOVERNO DO  
**Pernambuco**  
SECRETARIA DE SAÚDE

IENTE: *Alma Gomes de Silva*

ICO:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

*Dieta 10 lim*  
*Soluções químicas*  
*1 SF 0,9% 1000ml IV na 2ª h*  
*Cefepime 500mg - 01 amp IV*  
*Verapamil 100mg - 01 amp IV 6/6 h*  
*Cefepime 1g - 01 amp IV 5/10*  
*2 metoprolol 10mg - 01 amp IV 5/10*  
*2 SNT + KCl 6*

*SVD*  
*15:30 21:30 03:30 09:30*  
*15:30 21:30 03:30 09:30*  
*15:30 21:30 03:30 09:30*

CHECAGEM  
CHECAGEM  
CHECAGEM  
CHECAGEM





Data do Atendimento: 09/04/2018 Hora: 07:08:57 PRONTUÁRIO: 235738  
No. Atendimento: 1151071 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: MARCUM  
Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO

Nome: ALMIR GOMES DA SILVA Sexo: Masculino  
Data de Nascimento: 30/12/1984 Idade: 53 Anos, 3 Meses e 10 Dias C.I.: 2983623  
Paiz ou responsável: IVONETE ALVES GOMES / LUIZ GOMES DA SILVA  
Endereço: MELVIN JONES, 28 - VARZEN - 50610530  
Cidade: RECIFE Tel.: 5199614390 -  
Hora do Atendimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hs Peso: \_\_\_\_ Kg Temperatura: \_\_\_\_

QPD / HDA: \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

CONDUÇÃO NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

10/4/18 Rx ombro e braço

Assinatura  
Data: 10/04/2018  
Orcamento  
Data: 10/04/2018

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

Destino do Paciente: ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internamento  
( ) Transferência para outra Unidade ( ) Como ( ) 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 SH)

Data e hora retirada da senha: 09/04/2018 07:07

Nome Paciente:	ALMIR GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	30/12/1984
Sexo:	Masculino
Idade:	53
Senha:	CG0034
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

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

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

Prioridade:	NÃO 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



Data do Atendimento: 10/04/2018

Hora: 09:45:14

PRONTUÁRIO: 235738

Nº Atendimento: 1151597

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Colaborador: LILIANEAGG

Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO

Nome: **ALMIR GOMES DA SILVA**

Sexo: Masculino

Data de Nascimento: 30/12/1994

Idade: 23 Anos, 3 Meses e 11 Dias

C.I.: 2983623

Pais ou responsável: MONETE ALVES GOMES

LUIZ GOMES DA SILVA

Endereço: MELVIN JONES, 26 RENOVAÇÃO - VARZEA - 50810530

Cidade: RECIFE

Tel.: 8199514386

Hora do Atendimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hs

Peso: \_\_\_\_ Kg

Temperatura: \_\_\_\_

OPD / HDA: *Renovação*

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

*Fratura múltipla tal.*  
*MIE*

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

\*Destino do Paciente: ( ) Alta para casa ( ) Encaminhamento ao Ambulatório ( ) Internamento

( ) Transferência para outra Unidade ( ) Óbito ( ) Outro: \_\_\_\_\_

\*Condicion 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: 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

Link para Atualização com Classificação de Risco:



PACIENTE: Alma Gomes da Silva REG: 115  
DATA: 10/01/2018 HORA: 10:45 SETOR: 24 - Atendimento 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 - Condição de locomoção:**

Deambula ( ) Cadeira de rodas (x) Acamado ( )

**4 - Dieta:**

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

**Pele:**

Inteira ( ) Não inteira / Local (x): M.E. e P.E. Normocrômica ( ) Hipocrômica ( ) Ictérica ( ) Anictérica ( )

Clerótica ( ) Adenótica ( ) Sudorética ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( )

Edema / Local ( ) Acesso venoso 4x7 em M.E.

**6 - Condições de Higiene**

Satisfatória (x) Insatisfatória ( ) Dependente da Enfermagem ( )

**7 - Sistema Respiratório**

Eupnéico (x) Dispneico ( ) Taquipnéico ( ) Bradipnéico ( ) Ban ( ) Tiragem ( ) Ret. Fúrcula ( )

Cateter Nasal ( ) lit Venturi ( ) % TQT ( ) VNI ( ) AVM ( ) Modo Vent — FIO<sub>2</sub> — PIP —

PEEP — TOT N° —

**8 - Sistema Digestório:**

Abdom: plano (x) Globoso ( ) Escavado ( ) Flácido ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( )

Doloroso à palpação: sim ( ) não ( )

**9 - Eliminações Fisiológicas:**

Evacuação: Presente (x) Ausente ( ) Tempo — dias

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

Uretra ( ) Vol — ml Aspecto —

**10 - SSVV:**

PA: 110/60 mm/Hg P: — bpm Sat O<sub>2</sub>: — % T: — °C

HGT: 45 mg/dl

**11 - Procedimentos Realizados / Observações**

Monitorizada com oximetro de pulso em M.E. Estágio II sem sinais de deterioração.  
Oclusivo + (digo) realizado traço de pulso + limpa local.  
+ Realizado curativo em M.E. + Esparadrapo + Uretra limpa. Sem presença de secreção.  
nem em uretra.  
Exame sub o cuidados da equipe. Quando for o caso.

ENFERMEIRA COREN

Alma E. G. Silva







# UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: <u>Admir</u>	<u>Gomes de Silva</u>	Registro: _____	Leito: <u>M4</u>
Clinica: _____	Enfermeira: _____	Data: <u>10/01/18</u>	
Hipótese Diagnóstica: _____	PLANTÃO DIURNO		
Hora Admissão: _____	Data: <u>10/01/18</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"/> Espirico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradispnéico <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: _____
Drenos	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local: _____
Evacuações	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Observações			
Técnico de Enfermagem: <u>Glaucia F. de Souza</u>			

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome: _____	Enfermeira: _____	Registro: _____	Leito: _____
Clinica: _____	Data: <u>10/01/18</u>		
Hipótese Diagnóstica: _____	PLANTÃO NOTURNO		
Hora Admissão: _____	Data: <u>10/01/18</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"/> Espirico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradispnéico <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 type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Diurese	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto: _____
Observações			
Técnico de Enfermagem: <u>Glaucia F. de Souza</u>			
Cuidados de Enfermagem: _____			



PACIENTE: Alves, Jovane Silva REG: 106418  
MÉDICO: 10/4/18 DATA: 10/04/18

LEITO:

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

S/N

Dieta VD Livre

Soluções Hidrolíticas

S.F.O. 9% 1000 ml IV 3x

Ceftriaxona 100 mg - 1 x d

Tramadolol 100 mg Amp + S.F.O. 9% 3x

IV S/N

Ceftriaxona 1g - D.F.A. + S.F.O. 9% 100 ml 6/6h

Meloxicam 150 mg

5 S.V.V. + C.C. G.G. + Amp + A.D. = 9/N

Apulena

Deusol Ltda

COREX-PE 173135

Enfermeiro



Data do Atendimento: 11/04/2018

Hora: 10:18:31

PRONTUÁRIO: 235738

Nº Atendimento: 1152154

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Colaborador: DEBORACAS

Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO

Sexo: Masculino

Nome: ALMIR GOMES DA SILVA

Data de Nascimento: 30/12/1964

Idade: 53 Anos, 3 Meses e 12 Dias

C.I.: 2563673

Fam ou responsável: IVONETE ALVES GOMES

/ LUIZ GOMES DA SILVA

Endereço: MELVIN JONES, 26 RENOVAÇÃO - VARZEA - 50810530

Cidade: RECIFE

Tel: 8199614396 -

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 ( ) Cita ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Evolução 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: 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





**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - DIURNO**

PACIENTE: Almir Gomes da Silva REG: 145/071  
DATA: 31/04/2018 HORA: 12:30 SETOR: St. Amador LEITO: 209

**1 - Estado Geral:**

Sem ( ) Regular (x) Comprometido ( ) Grave ( )

**2 - Nível de Consciência:**

Consciente (x) Inconsciente ( ) Orientado (x) Desorientado ( ) Sonolento ( ) Agitado ( ) Sedado ( )  
Escala de coma de Glasgow: \_\_\_\_\_ pts

**3 - Condição de locomoção:**

Deambula ( ) Cadeira de rodas (x) Acamado ( )

**4 - Dieta:**

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

**5 - Pele:**

Integra ( ) Não-Integra/Local (x): nie e nse Normocorada (x) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica (x)  
Cianótica ( ) Aclanótica (x) Sudorífica ( ) Hidratada (x) Desidratada ( )  
Edema/Local ( ) \_\_\_\_\_ Acesso venoso ANP em JSG

**6 - Condições de Higiene**

Satisfatória (x) Insatisfatória ( ) Dependente da Enfermagem

**7 - Sistema Respiratório**

Eupnéico (x) Dispneico ( ) Taquipnéico ( ) Bradipnéico ( ) Ban ( ) Tiragem ( ) Ret. Fúrcula ( )  
Cateter Nasal ( ) 1m Venturi ( ) % TQT ( ) VNI ( ) AVM ( ) Modo Vent \_\_\_\_\_ FIO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ PIP \_\_\_\_\_  
PEEP \_\_\_\_\_ TOT Nº \_\_\_\_\_

**8 - Sistema Digestório:**

Abdom: plano (x) Globoso ( ) Escavado ( ) Flácido (x) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( )  
Doloroso à palpação: sim ( ) não (x)

**9 - Eliminações Fisiológicas:**

Exocução: Presente (x) Ausente ( ) Tempo \_\_\_\_\_ dias  
Fezes: Presente (x) Ausente ( ) Espontânea (x) SVD ( ) SVA ( )  
Lactostomia ( ) Vol \_\_\_\_\_ ml Aspecto \_\_\_\_\_

**10 - SSVV:**

PA \_\_\_\_\_ mmHg P \_\_\_\_\_ bpm Sat O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % T \_\_\_\_\_ °C  
HGT \_\_\_\_\_ mg/dl

**11 - Procedimentos Realizados / Observações**

Paciente segue sob os cuidados da equipe de saúde. Aguarda transf. pl e HEP.

  
Deilson Duda  
COREN PE 11132  
Batermeiro

ENFERMEIRO COREN

Mod. Enf. Gabriel





# UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGÁ



CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome:	Almir Gomes da Silva		Registro:
Clinica:			Leito:
Hipótese Diagnóstica:			Data:
PLANTÃO DIURNO			
Hora Admissão:			
Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssima
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"/> Espirico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéico <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"/> Ausente	Aspecto:
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	
Observações:			
Técnico de Enfermagem:	Sociedade de Defesa do Profissional de Enfermagem Téc. PE 2 4022		
CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM TÉCNICO DE ENFERMAGEM			
Nome:	Almir Gomes da Silva		Registro:
Clinica:	Caxangá		Leito:
Hipótese Diagnóstica:	Furunculose		Data:
PLANTÃO NOTURNO			
Hora Admissão:			
Estado Geral	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Gravíssima
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"/> Espirico	<input type="checkbox"/> Taquipnéico	<input type="checkbox"/> Bradipnéico <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"/> Ausente	Aspecto:
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	
Observações:			
Técnico de Enfermagem:	Sociedade de Defesa do Profissional de Enfermagem Téc. PE 2 4022		
Cuidados de Enfermagem:			



PACIENTE: Alvaro Carlos Silva

LEITO:

REG: 11/04/18  
DATA:

MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- ① Omeprazol 40mg
- ② Leve 11mg/100ml
- ③ Ibuprofeno 400mg
- ④ Cetarilina 10mg
- ⑤ Cetarilina 10mg
- ⑥ Paracetamol 500mg
- ⑦ Paracetamol 500mg
- ⑧ Ceftriaxona 1g

Dr. Ottonio de  
CRM: 8756

*[Assinatura]*

Pernambuco

UPA24h  
UNIDADE DE PONTA ARENSENSE  
CAXANGA



PRONTUÁRIO: 235738  
Colaborador: ANDREA CVS

Data do Atendimento: 12/04/2018 Hora: 08:40:41  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nº. Atendimento: 1152573  
Setor / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO

Sexo: Masculino

Nome: ALMIR GOMES DA SILVA

Data de Nascimento: 30/12/1964

Idade: 53 Anos, 3 Meses e 13 Dias

C.I.: 2983622

País ou responsáveis: NONETE ALVES GOMES

/ LUIZ GOMES DA SILVA

Endereço: MELVIN JONES, 25 RENOVACAO - VARZEA - 50810530

Cidade: RECIFE Tel.: 8199814386 -

Hora do Atendimento: 1 Hs

Peso: Kg

Temperatura:

QPO / HDA: Renovação - Vias orais e  
prossigir a seguir

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 de Saúde do Paciente: ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado

Dr. VICTOR ROSS 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
Cód. 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:

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: 12/04/2018 08:36

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



PACIENTE: Alma Gomes de Silva REG: 119074  
DATA: 12/04/2019 HORA: 05:00 SETOR: 5 Amad. LEITO: 214

**1 - Estado Geral:**

Bem ( ) Regular (x) Comprometido ( ) Grave ( )

**1 - Nível de Consciência:**

Consciente (x) Inconsciente ( ) Orientado (x) Desorientado ( ) Sonolento ( ) Agitado ( ) Sedado ( )  
Escala de coma de Glasgow: \_\_\_\_\_ pts

**3 - Condição de locomoção:**

Deambula ( ) Cadeira de rodas (x) Acamado ( )

**4 - Dieta:**

VO (x) SNG ( ) SNE ( ) GTT ( ) SNG Aberta ( ) Retorno  
Dieta comum

**5 - Pele:**

Integra ( ) Não Integra / Local (x) ME e VSE Normocorada (x) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica (x)  
Cianótica ( ) Acianótica (x) Sudorílica ( ) Hidratada (x) Desidratada ( )  
Eritema / Local ( ) ME Acesso venoso AVF em VSE

**6 - Condições de Higiene**

Satisfatória (x) Insatisfatória ( ) Dependente da Enfermagem

**7 - Sistema Respiratório**

Eupneico (x) Dispnéico ( ) Taquipnéico ( ) Bradipnéico ( ) Ben ( ) Targem ( ) Ret. Fúrcula ( )  
Cateter Nasal ( ) Im Venturi ( ) % TQT ( ) VNI ( ) AVM ( ) Moda Vent — FIO<sub>2</sub> — PIP —  
PEEP — TOT N° —

**8 - Sistema Digestório:**

Abdomal plano (x) Globoso ( ) Escavado ( ) Flácido (x) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( )  
Goloso à palpação: sim ( ) não (x)

**9 - Eliminações Fisiológicas:**

1 - Função: Presente (x) Ausente ( ) Tempo — dias  
Durada: Presente (x) Ausente ( ) Espontânea (x) SVD ( ) SVA ( )  
Distensão ( ) Vol — ml Aspecto —

**10 - SSV:**

PA: \_\_\_\_\_ mm/Hg P: \_\_\_\_\_ bpm Sat O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ % T: \_\_\_\_\_ °C  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl

**11 - Procedimentos Realizados / Observações**

paciente apresenta hematuria em urina (12/04) após trauma com hemodinâmica estável  
em 5

ENFERMEIRO COREN

Elisabete S. V. Gabril









**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
CAXANGA

[illegible]



PACIENTE: Alma Gomes da Silva  
MÉDICO: \_\_\_\_\_

LEITO: 114 REG: \_\_\_\_\_  
DATA: 27/04/18

PRESCRIÇÃO MÉDICA	CHECAGEM	PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
1) Dorso, VU, LVA	SND	
2) Polco (Hidralazina)	Signt 2°	
3) SFO, 9x 1000L, EV, o 24h.		SV
4) Oxitopirafeno 100mg + SFO, 9x 1000L, EV, o 24h.		
8184, 15 por 15m signto.		
5) Thaml 500mg + SFO, 9x 1000L, EV, o 24h.		
15 por 15m signto.		
6) Corolative 16 - 0,1 60 + SFO, 9x 1000L, EV, o 24h.		24 06
05 616N.		
7) Plasil 10mg + SFO, EV, o 24h, 15 por 15m signto.		SV
8) 350v + CCG		bragalel
9) Genativo		estomica
10) Pip colunha univical (C1-T4) + 1x o 24h		estomica
11) Catapirafeno 100mg - 0,1 ap, 1-15 12h		
12) Pipirafeno 16 + AP, EV, o 24h, 15 por 15m signto.		

Versão

## EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estimulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

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 Estimulo Doloroso 5

Retirada ao Estimulo Doloroso 4

Descorticação 3

Descerebração 2

Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Classificação TCE pela ECG  
ECG 3-5: TCE Grave  
ECG 6-13: TCE Moderado  
ECG 14-15: TCE Leve

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

Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríase ( ) Miose ( )

## NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S ( ) N ( )

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

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

## USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S ( ) N ( ) Informante: Vitima ( ) Outros ( )

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

Uso de Outras Drogas: S ( ) N ( ) Informante: Vitima ( ) Outros ( )

Lolô ( ) Maconha ( ) Cola ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança Perfumo ( ) Anfetamina ( ) Éxtase ( )

## CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S ( ) N ( )

Imobilização Tala Gessada: S ( ) N ( )

Antibioticoterapia: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) GPAP ( )

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

Entubação Orotraqueal: S ( ) N ( )

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FIO2: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S ( ) N ( )

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

Infusão de Fluidos: S ( ) N ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Intecorrências: \_\_\_\_\_

## MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

*Proceder a reanálise.*

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *Hospital de Referência*

Hora: \_\_\_\_\_

Médico Regulador: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N ( )

*Assinatura 12/04/18*

Local e Data

*A. VICTOR HUGO ALBUQUERQUE*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE: 22.944

Médico Assistente

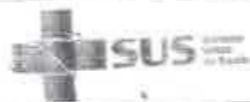


+	Nome: <u>Alvin Gomes</u>	Enf.:	Leito.: <u>114</u>
Data	Evolução Clínica:	REG:	
	<p>12/04/18 # Traumatologia</p> <p># Pontos de fratura - T-7 (C), costela diminuição de força em MIB. Nos outros quadrantes</p> <p># Ao exame:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exame em pé (C): +114.</li> <li>- força: - C5: Grau II</li> <li>(MIB) - C6: Grau III</li> <li>- C7/C8/T1: Grau IV</li> </ul> <p># H/O: 1) fratura extensa em MIE 2) Lado plano Bland (D) - Anestesia?</p> <p># C/O: 1) Soluções no colo e cervical 2) Lado plano (D) - Lado trauma 3) Sinais de lesão C1 e C2</p> <p>12:50 - T-7 -&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No colo cervical: fx fratura</li> <li>- C/O: 1) Colo cervical</li> <li>2) Reparo no lado</li> <li>3) Traço sobre o MIB</li> </ul> <p>as manuseadas - H/O: 5463</p>		

Dr. Vitor Hugo Albuquerque  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 10.100

Dr. Vitor Hugo Albuquerque  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM: 10.100





## 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

Oliver Gomes da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - TELEFONE DE CONTATO

12 - TELEFONE DE CONTATO

### SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de Círculo

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

TC de edificação sanitária

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

### JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

TCE

DATA 12/4/18  
LUIZ FERNANDO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. João Roberto  
NASCIMENTO  
CRM 210.43

### PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12 / 04 / 18

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

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

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

### AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 / 1

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

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

Cod. 0421







Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO  
ESTADO DO BRASIL

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

13-04-18

Paciente com história de acidente  
traumático.

Apresenta hemorragia orbitária  
com hematomas e edema periorbitário  
devido ao MS.

Uso de Doril

Recomendação de repouso  
e uso de órtese

Dr. Paulo Antonio Coelho Castor  
CRM 10.000.000-0

COD 0123





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

Paciente

Aluísio Gomes

Enfermaria/Letto

Registro

1629777

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

13/04/12

#NCR

6. 23.53

TAC de crânio: Sem lesões neuromeningeas

TAC de coluna cervical: Sem lesões neuromeningeas

CD/ Alta de NCR

Condições da Ulcerada

(2) pontos com sinais de dor

Dr. Tito Correia Filho  
Neurologista  
CRM 22543

13/04/12

Trombose

Lesão extensa de grande porte no  
lado da artéria operatória. Ferimento extenso  
na face lateral do tornozelo, com  
superfície de dorso de unha (1)

EF: Defeito de pele + M.S.O.  
Ferimento extenso em face lateral  
do tornozelo (E), com sinais frequentes  
e necrose branda.

(2) Anestesia

Cephalotrim, 1g, 6/6h

Implante / manuseio de NCR / dorso

Defeito de pele

Dr. Tito Correia Filho  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 22738

COD. 0173





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Presidente: \_\_\_\_\_

Enfermeira: \_\_\_\_\_

# Hospital da Restauração / Neurocirurgia

## Evolução de Enfermagem



Data: 12/04/18

Hipótese Diagnóstica: \_\_\_\_\_

Glasgow		Resposta Verbal		Resposta Motora	
<b>Abertura Ocular</b>		<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)		<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - ao localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (desort. XI pts.) <input type="checkbox"/> Extensão / desconc. (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)					

Total: 13 pontos

Trm: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não

A - Perda motora e sensível completa  
B - Apenas sensibilidade preservada  
C - Motricidade não funcional presente  
E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Resposta Respiratória: ☐ Espontânea ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Qual: \_\_\_\_\_

Verificação: ☐ A/P ☐ A/C ☐ JM ☐ Sem Acesso

Dose: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavage ☐ Aberta  
☐ Via Oral ☐ BCG ☐ Gastrostomia

Eliminação Intestinal: ☐ Normal ☐ Constipação e ☐ diarreia ☐ Diarréia

Diuréticos: ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Unidato ☐ SVA ☐ EVD Aspecto: \_\_\_\_\_

Fala: ☐ Inteira ☐ Lesionada

☐ Fenda Operatória Data da Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_

Localização: \_\_\_\_\_

Quantidade: \_\_\_\_\_

Exatidão: \_\_\_\_\_

Parâmetros: \_\_\_\_\_

Observações (Quemais / Noturnas): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Glasgow		Resposta Verbal		Resposta Motora	
<b>Abertura Ocular</b>		<input type="checkbox"/> Orientado / Conversando (5 pts.) <input type="checkbox"/> Desorientado / Conversando (4 pts.) <input type="checkbox"/> Palavras inadequadas (3 pts.) <input type="checkbox"/> Sons incompreensíveis (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)		<input type="checkbox"/> Obedece (6 pts.) <input type="checkbox"/> Localiza dor (5 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão - ao localiz. (4 pts.) <input type="checkbox"/> Flexão anormal (desort. XI pts.) <input type="checkbox"/> Extensão / desconc. (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)	
<input type="checkbox"/> Espontânea (4 pts.) <input type="checkbox"/> Ao comando verbal (3 pts.) <input type="checkbox"/> A dor (2 pts.) <input type="checkbox"/> Sem resposta (1 pts.)					

Total: \_\_\_\_\_ pontos

Trm: ☐ Sim ☐ Não ☐ Não

A - Perda motora e sensível completa  
B - Apenas sensibilidade preservada  
C - Motricidade não funcional presente  
E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Resposta Respiratória: ☐ Espontânea ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Qual: \_\_\_\_\_

Verificação: ☐ A/P ☐ A/C ☐ JM ☐ Sem Acesso

Dose: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavage ☐ Aberta  
☐ Via Oral ☐ BCG ☐ Gastrostomia

Eliminação Intestinal: ☐ Normal ☐ Constipação e ☐ diarreia ☐ Diarréia

Diuréticos: ☐ Espontânea ☐ Dispositivo Unidato ☐ SVA ☐ EVD Aspecto: \_\_\_\_\_

Fala: ☐ Inteira ☐ Lesionada

☐ Fenda Operatória Data da Cirurgia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Localização: \_\_\_\_\_ Estágio: \_\_\_\_\_

Localização: \_\_\_\_\_

Quantidade: \_\_\_\_\_

Exatidão: \_\_\_\_\_

Parâmetros: \_\_\_\_\_

Observações (Quemais / Noturnas): \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

GOO. 0015



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



PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Enf / Leito: \_\_\_\_\_

DIA: 22/04 DIA: \_\_\_\_\_ DIA: \_\_\_\_\_ DIA: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
<input checked="" type="checkbox"/> Atenção do sinais vitais ( 3 vezes ao dia )	
<input type="checkbox"/> Higiene Corporal ( 1 vez ao dia e se necessário )	
<input type="checkbox"/> Higiene Oral ( após cada refeição e se necessário )	
<input type="checkbox"/> Mudança de decúbito ( 3 em 3 horas )	
<input type="checkbox"/> Aspiração ( 3 em 3 horas e se necessário )	
<input type="checkbox"/> Cateterismo Intermitente ( 8 em 8 horas e se necessário )	

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

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

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE





ALGORÍTIMO 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 SANGÜÍNEA (HEMOGRAMA, BIOQUÍMICA, COAGULAÇÃO)
  - CHECAR GLICEMIA, TRATAR SN
  - ECG / CHECAR ARRITMIAS
  - AVALIAÇÃO DEFICÍTES NEUROLÓGICOS (NÍVEL CONSC., PUPILAS, MOVIMENTOS)
  - ALERTA EQUIPE AVC: NEUROLOGISTA, RADIOLOGISTA, TEC. CT.


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

CT CRÂNIO MOSTRA HEMORRAGIA  
INTRACEREBRAL OU SUBARACNOIDE ?

CONSULTA / NEUROCIRURGIA

NÃO

PROVÁVEL AVCI

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

SE SANGUE  
+ PL.

SE SANGUE  PL.

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

Cod. 0422



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 958767

Nome: Almer Gomes da Silva

Foi atendido às 22h03hs. do dia 12.07.18

Diagnóstico Provável:

Plexopatia braquial e D. Transversária

- déficit na abdução do braço
- Dor no membro superior

CD - Ambulatório de neuro

Tratamento Realizado:

Medicamento  
Fisioterapia manual

13/07/18

Observação:

Cópia de:

Médico - CRM Nº

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

Cód. 0157



## SINISTRO 3180353720 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALMIR GOMES DA SILVA  
COBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRACÃO  
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		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
10/02/2019	Negativa por ausência de comprovação documental	

