

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Anderson Lúcio de Lemos, brasileiro(a), Estado Civil SOLTEIRO, Profissão: Aux. Administrativo, RG: 8.194.325 Expedido: /PE, CPF nº 111.961.844-45 residente e domiciliado na Rua 25 Bloco 66 número Bairro: COHAB Cidade: Sobral de S.A/PE

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

P O D E R E S

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, ____ de _____ de 201 ____.

Anderson Lúcio de Lemos Anísio
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Anderson Lucio de Lemos Donizete
RG 8.194.325 , CPF 111.961.844-45,
Residente na Rua 25 Bloco 66 Poco D Bairro COHAB,
Cidade Salvador Bahia Estado de PERNAMBUCO

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

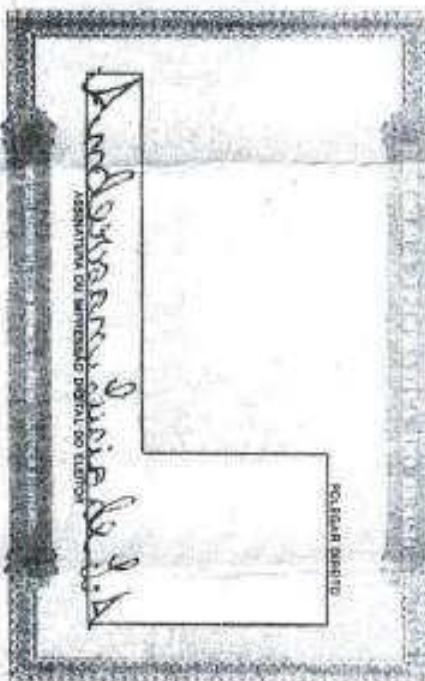
Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, _____ de _____ de _____

Anderson Lucio de Lemos Donizete

Assinatura do Declarante







**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000518 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8194325 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 111.961.844-45, residente a RUA 25, nº.66, CASA D , COHAB, CABO DE STO AGOSTINHO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 20/03/2017, por volta das 15:29 hs, no endereço: RUA UM, S/N, MALAQUIAS CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA SHINERAY PRETA SEM PLACA DE IDENTIFICAÇÃO, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO, inscrito sob o CPF nº 111.961.844-45 e Registro Geral nº 8194325, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 710129-5 AMARO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 92230. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbar.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000518

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Data e hora retirada da senha: 20/03/2017 16:34

	Nome Paciente:	ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO
	Cód. Paciente:	92230
	Data de Nascimento:	07/04/1996
	Sexo:	Masculino
	Idade:	20
	Senha:	0049
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
	Atendimento:	384602
	SAME:	

Periodo: 20/03/2017 16:38 - 20/03/2017 16:39

NATALIA SALES DE ALCANTARA MELO - COREN: 8023 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE COM RELATO DE FRATURA EXPOSTA EM JOELHO ESQUERDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NEGA AHAS- NEGA DM- NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Observação: BOMBEIROS

Exograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: NATALIA SALES DE ALCANTARA MELO - COREN: 8023 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 20/03/2017 16:39

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 29/05/2019 10:31:53

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052910315330600000045179481>

Número do documento: 19052910315330600000045179481

Num. 45875150 - Pág. 6

Endereço: 364602

Senha da Classificação:

Data e Hora: 20/03/2017 16:37

0049

paciente: 92230 ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO Sexo: MASCULINO
 data do Nascimento: 07/04/1996 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 nome da Mãe: ELY LUCIANE DE LEMOS Nome do Pai: CARLOS LUCIANO DE ARAUJO
 estado Civil: CASADO Nome do Médico: EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ CRM: 14508
 endereço: RUA VINTE E CINCO - BAIRRO COHAB 66 Bairro: CENTRO
 idade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: EDICLECIAJS
 G (Identidade): 8194325 SDS PE Data de Emissão: 19/03/2012
 PF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
 artão SUS: Data de Emissão CRN:

EXCLUÍDOS

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

23 MAR 2018

Sintese Principal

Patiente com dor abdominal crônica com duas
 constipação e dor - arqueada. Evolução c/

Sintese Físico

Dor, sangramento.

EXCELSIOR SEGUROS
 06 DEZ. 2018
 SEGURO CPVAT

Sintese Diagnóstico

Exangue c/ puborectal expandida

Induta Terapêutica

lax - x Colônio Icaro c/ enx. Baixa
 Zelina e furoc. c/

Prescrição Médica

850.51 - 2000ml c/2
 1) Transal 1000g + 1000ml c/2

1) Cefalotin 1g + Ad. 0.5000 c/2

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
 LEITO DO PACIENTE: _____

Carimbo/Médico





1. Identificação

Nome: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES

Leito de origem: 150-1

Leito da SRPA: 04

Data: 20/03/17 Hora: 10:51 Registro: 96225

Leito de origem: 150-1

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Extracorpórica de Fístula C

Tipo de anestesia: RA

Equipe: DR. T. ALBUQUERQUE

Anestesista: DR. LIMA

3. Admissão

Estado geral: Bom Regular Torporoso Grave

Respiração: Espontânea Assistida não invasiva Entubado Traqueostomizado

Sonda: SVD SNG SNE

Acesso Venoso Periférico: Não Sim Onde: NEC

Acesso Venoso Central: Não Sim Onde: _____

Drenos: não sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 127x85 mmHg FR: 16 p/min FC: 74 p/min SaPO2: 100%

Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
PA	127x85	115x85	117x81	116x75		
FR						
FC	77	71	66	57		
SaPO2	100	100	98	100		
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 127x85 FC: 16 FR: 16 SaPO2: 100% Glasgow: _____

Destino: Residência UTI Emergência Ambulatório Residência

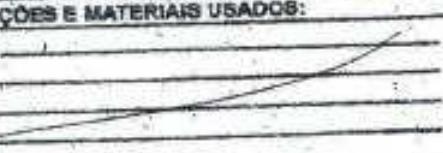
Data: 20/03/17 Horário: 0000 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA: Médico: _____ Dr. Graça *CRM 10533*





GERÊNCIA DE ENFERMAGEM EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO:		Data: 30/03/17	Hora: 20:35	Registro: 92230
Anúncio: Amarras ligeiras na Letras		Lefas:	Push:	Altura:
EQUIPE MÉDICA:		Anestesista: <i>Dr. J. M. L. S.</i>	Instrumentador: <i>Dr. J. M. L. S.</i>	
Argilas:	2º Auxiliar:			
Assistente:				
DADOS DA CIRURGIA:		Incisão: 31.12	Término:	
Argilas:	Incisão: 31.03	Término:		
Assistente:				
PÓS-OPERATÓRIO:				
Função Geral:	<input checked="" type="checkbox"/> Bem	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	
Função de Coagulação:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientada	<input checked="" type="checkbox"/> Coagente	<input type="checkbox"/> Simpática	<input type="checkbox"/> Cansa
Expiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Rítimica	<input type="checkbox"/> Tracheostomizada	
Isotermia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		
Registrar no CCC, antes uso de:				
TRANS-OPERATÓRIO:				
Posição: Fowler: <input type="checkbox"/>	Lateral: <input type="checkbox"/>	Frontal: <input checked="" type="checkbox"/>	Ventral: <input type="checkbox"/>	Ginecológica: <input type="checkbox"/>
Perfusão de Sangue: <input type="checkbox"/>	Laboratório: <input type="checkbox"/>	Radiologia: <input type="checkbox"/>	Poco Cirúrgico: Sim: <input type="checkbox"/>	Não: <input type="checkbox"/>
1. EQUIPAMENTOS				
Instrumento de Pulsos: <input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco: <input checked="" type="checkbox"/>	PNE: <input checked="" type="checkbox"/>	Bombas CEC: <input type="checkbox"/>	Aspirador: <input type="checkbox"/>
Endoscópio Térmico: <input type="checkbox"/>	Blaster Ultrassônico: <input type="checkbox"/>	Arteroscópio: <input type="checkbox"/>	Microscópio: <input type="checkbox"/>	Capnógrafo: <input type="checkbox"/>
Instrumento Idéntico: <input checked="" type="checkbox"/>	Loculada Placa: <input checked="" type="checkbox"/>			
Arruado de Anestesia: <input checked="" type="checkbox"/>	Difusor: <input type="checkbox"/>	Identificador: <input type="checkbox"/>		
Ap. Video: <input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão: <input type="checkbox"/>			
Drigômetro: <input type="checkbox"/>	Inicio: _____ Término: _____			
Protetor: <input type="checkbox"/>	Inicio: _____ Término: _____			
Gas Carbônicos: <input type="checkbox"/>	Inicio: _____ Término: _____			
Outros: _____				
PROCEDIMENTOS:				
Endo. Orotráqueal: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input checked="" type="checkbox"/> _____	Vançade Venosa: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input checked="" type="checkbox"/> _____			
Sonda Vertical de Bemora: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input checked="" type="checkbox"/> _____	Sonda Gástrica: Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> _____			
Irrompeção (Tipo e Local): Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input checked="" type="checkbox"/> _____				
Curativo (Tipo e Local): Sim: <input checked="" type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> _____				
5.3 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:				
ANESTESIA: _____		CIRURGIA: _____		
 				
6 - OBSERVAÇÕES: _____				
				
7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO				
Paciente: <i>Amarras ligeiras na Letras</i>	Acordado: <input checked="" type="checkbox"/>	Narcolese: <input type="checkbox"/>	Entubado: <input type="checkbox"/>	Tracheostomizado: <input type="checkbox"/>
Encaminhado para: <i>SRPA</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	S. Intubativa: <input type="checkbox"/>	ICU: <input type="checkbox"/>	UTI: <input type="checkbox"/> Apt: <input type="checkbox"/>
Enfermeira: <i>Flávia</i>				Residência: <i>Flávia</i>
Clínico: <i>Flávia</i>				



IDENT:	Anestesia Laringe			AUXILIAR:								
ANGIÃO:	Técnicas Fisicoterapêuticas			ANESTESIA:	Ketamina							
ESTRIBISTA:	Dra. Ana Jucá											
ANEST:	Dr. Silviano											
ESTIMULADOR:				COODERNACAO DO BLOCO:								
ESTIMUL:				ODOR:								
ESTERNA:				HORÁRIO INICIAL:	21:15	HORÁRIO FINAL: 22:00						
DESCRICAÇÃO MATERIAL USADO EM SALA												
ESTERILIZADORES												
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14					
DIOPLEGICA	STIMUPLEX	RACLINE 26	RACLINE 27	KHER 16	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,5	SUCÇÃO 6,4					
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26					
SEADA 10CM	SEADA 15CM	SEADA 20CM		TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36					
QUFOST 7,0	TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 9,0	ENTERAL 10	ENTERAL 12							
QUFOST 9,0				ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0					
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 18	ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 6,0					
JELOU 17	JELOU 14	JELOU 16	JELOU 18	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0					
JELOU 20	JELOU 22	JELOU 24		ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0					
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20					
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12					
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	PISORO MACRO	FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20					
20CM	45CM	50CM	120CM	NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16					
BISTURI 11	BISTURI 18	BISTURI 18	BISTURI 20	NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4					
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6		URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12					
LUVA 7,0	LUVA	LUVA 8,0	LUVA 8,5	URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20					
1ML	3ML	5ML	10ML	ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA					
20ML	60S	1ML CATETER		CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0					
ENTAL GUR.	BS.COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAFA P/MDG	CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0					
OLET. ABERTO	COLET.FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS	SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0					
ELETRODOS	FILTRO LUMOFIX	GAZES	GELFOAM	NYLON 6-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0					
IT CHURGICO	LATEX	TORNEIRA 2VIAS	FRESCRY.URSNA	NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0					
SCALP 21	24	23	TRANSOFIX	POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 3					
				PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0					
				VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0					
				VICRYL 4-0	DERA PISSO	MARCAPASSO	VALVEKIT					
				SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0					
				SURGICEL BX75	ACD 1	ACD 4	ACD 6					

1. Identificação

Nome: Anderson Lucas de Lemos Data: 20/11/17 Registro: 33-11
Convênio: 00 Leito: _____ Hora: 00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Júlio Alves 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. José Soárez Instrumentador: _____
Circulante: Thales





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE
BLOCO CIRÚRGICO



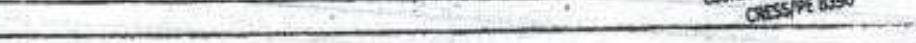
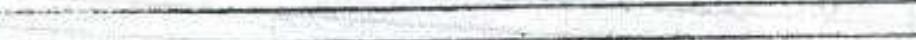
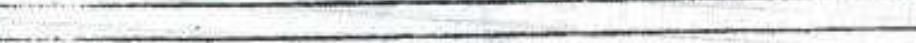
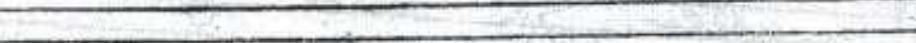
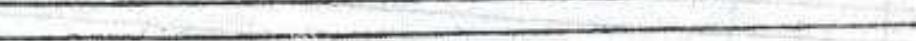
		Nome: Anderson Luiz da Cunha Almeida	Registro: 92230	Leito: 256
		Procedimento cirúrgico: PDI: Fisiol. exp. p/ tura cirúrgica	Date: 20/03/18	Turno: 2
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS
1. Ansiedade ()		<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros		
2. Ventilação prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ____/____h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros		
3. Padrão de eliminação urinária		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).		
<input type="checkbox"/> Diminuído () Aumentado		<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros		
4. Dor ()		<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ____/____h		
5. Integridade tissular prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ____/____h <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ____/____h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ____h <input type="checkbox"/> Outros		
6. Sangramento ()		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros		
Local: _____ <input type="checkbox"/> Leve () Moderada () Severo		<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tractionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()				



EVOLUÇÃO CLÍNICA

me: _____ Registro: _____

nico: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	2023-08-17 10:00
Assunto	Visita ao Hospital Dona Nísia Santos
Local	Hospital Dona Nísia Santos
Pessoas	Mariana de Oliveira Santos
Atividade	Comunicação com a diretoria
Observações	Orientações sobre a estrutura e funcionamento do hospital.
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	
Assinatura	



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 29/05/2019 10:31:53
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052910315330600000045179481>
Número do documento: 19052910315330600000045179481

Num. 45875150 - Pág. 13

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0006-60
DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SÉGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 92230

Atendimento: 384822

Dt Cad: 20/3/2017

Nome: ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO

Dt. Nasc: 7/4/1996

Mae: ELY LUCIANE DE LEMOS

Bairro: CENTRO

End: RUA Vinte E CINCO

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Enferm: BL-1 A

Leito: 345

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Confirmação sobre o paciente

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não
 Sim e há equipamento disponível

Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica

Checagem do equipamento anestésico

Oxímetro de pulso instalado e funcionando

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

- Não
 Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

Não

Sim _____

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões

O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
 Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

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

Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
 Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

Nome do procedimento realizado: Tumor da PNL - 200g RNM LAD.

A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)

Biópsias estão identificadas com o nome do paciente

Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvidos

O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pos-operatória desse paciente

Ficha de Cirurgia Descritiva

Co de Cirurgia: 30503
Paciente: 92230
Convênio Atend.: 1
Leito: 645
Dt. Início: 20/03/2017 21:01

Sala: 0003 SALA 03
ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO
SUS - INTERNACAO
BL-1 A
Dt. Fim: 20/03/2017 22:01

Atendimento: 364622
Carteira:
Idade: 20 Anos

Pr-Operatório
Pos-Operatório

Procedimentos

Procedimento: 0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 06 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

PGIAO 13722 JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

ESCRITÓRIO CIRÚRGICA

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
ACESSO ANTERIOR POR PLANOS ATÉ ACESSO AO FOCO DA FRATURA
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 7 LITROS
REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM FIOS DE KISCHNER E CERCAGEM EM BANDA DE TENSÃO
IMPESA C/ SF 0,9%
FECHAMENTO POR PLANOS
IRATIVO

Verificados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(Hospital do Rio de Janeiro - Gabinete de Cirurgia - Especialidade de Ortopedia e Traumatologia)
DATA: / /

DR(A): JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA
CRM: 13722

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 29/05/2019 10:31:53
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052910315330600000045179481>
Número do documento: 19052910315330600000045179481

Num. 45875150 - Pág. 16

442563118



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
 DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

EXCELSIOR SEGUROS
 06 DEZ, 2018
 SEGURO DPVAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°: 17E0130003363

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/05/2017** às **11:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **26/3/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO MALAQUIAS, 01** - Bairro: **MALAQUIAS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

N 01 (AUTOR / AGENTE)
 N 02 (AUTOR / AGENTE)
 ELY LUCIANE DE LEMOS (NOTICIANTE)
 ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS
 SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
 N 02
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
 N 01

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

ELY LUCIANE DE LEMOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA LUCIA DE LEMOS** Pai: **EGIDIO BARBOSA DE LEMOS** Data de Nascimento: **19/3/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **RUA VINTE E CINCO (), 66, CASA-D - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

N 01 (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **N** Pai: **N** Data de Nascimento: **1/1/1888** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

N 02 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **N** Pai: **N** Data de Nascimento: **1/1/1888** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELY LUCIANE DE LEMOS** Pai: **CARLOS LUCIANO DE ARAUJO** Data de Nascimento: **7/4/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8194325/SDS/PE (RG), 11196184445 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2***



GRAU COMPLETO Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E CINCO (), 66, CASA-D - CEP: 55000-000 - Bairro:
COHAB - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **N 01**, que estava em posse do(a) Sr(a):
N 01

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto

apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **N 02**, que estava em posse do(a) Sr(a):
N 02

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto

apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE SEU FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA 02 QUANDO A MOTOCICLETA QUE ESTAVA BATEU DE FRENTES COM A MOTOCICLETA 01, QUE FORAM AO CHAO APOS A BATIDA, QUE O FILHO DA NOTICIANTE AQUI QUALIFICADO FOI SOCORRIDO PELO CBMPE, QUE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA ONDE PASSOU POR TRATAMENTO, QUE A MAE DA VITIMA ESTA FAZENDO ESTE BO POIS A VITIMA ENCONTRA-SE PRESO E A MESMA TEM UMA PROCURACAO ONDE O FILHO LHE CONCEDE AUTORIZACAO PARA RESOLVER SUAS PENDENCIAS. SEM MAIS PEDE FINALIZAR.

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

**ELY LUCIANE DE LEMOS
(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **KLEBER ALVES DE SOUZA FERREIRA** - Matrícula: **319627-5**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180575940

Vítima: ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO

Data do Acidente: 20/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

