

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: JORGE LUIZ DA SILVA, brasileiro, solteiro, técnico em refrigeração, portador do RG n.º 3.038.328 SDS/PE e do CPF n.º 735.827.514-49, residente e domiciliado na Rua Biritinga, n.º 158, Piedade, Jaboatão dos Guararapes/PE. CEP. n.º 54.420-130.

OUTORGADOS: Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF n.º 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS, brasileira, divorciada, portadora do RG n.º 7.742.986 SSP/PE e do CPF n.º 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, n.º 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 10 de junho de 2019.

Outorgante:

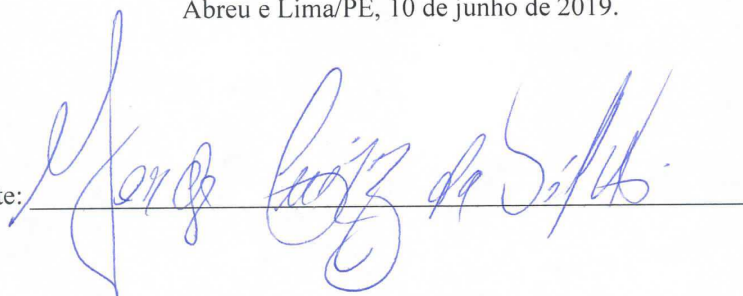


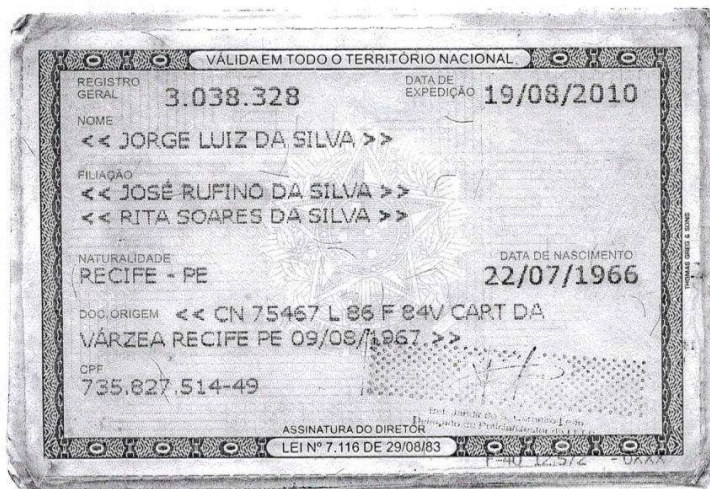
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JORGE LUIZ DA SILVA, brasileiro, solteiro, técnico em refrigeração, portador do RG n.º 3.038.328 SDS/PE e do CPF n.º 735.827.514-49, residente e domiciliado na Rua Biritinga, n.º 158, Piedade, Jaboatão dos Guararapes/PE. CEP. n.º 54.420-130. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 10 de junho de 2019.

Declarante:







JORGE

CHEGOU SUA FATURA DA OI
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
JAN/2019
CÓDIGO MINHA OI
401857826218

VENCIMENTO
21/01/2019
Emissão em 06/01/2019
Período de 03/12/2018 a 03/01/2019

PAGAR (R\$)
61,21



CTC RECIFE PE PL3
JORGE LUIZ DA SILVA
RUA BIRITINGA 158
PIEDADE
54420-130 - JABOATAO DOS GUARARAPES - PE



7200039896 00000 000000000000 10 050119

**QUE TAL
FALAR COM A
GENTE PELO
WHATSAPP?**

Adicione o Assistente
Virtual da Oi: (31) 3131 3131.
Um jeito rápido e fácil de
receber informações da
sua conta.

NUDE PRA CONTA ONLINE.



SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS	59,88
OI MÓVEL	
TOTAL DE MENSALIDADES	59,88
Multa e Juros	1,33
TOTAL DA SUA FATURA	61,21

JORGE LUIZ DA SILVA
CPF: 735.827.514-49
NÚMERO DO CLIENTE: 2565658867
NÚMERO DA FATURA: 91912732
Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401857826218

**CÓDIGO MINHA OI
401857826218**

www.oi.com.br/MinhaOi
Clique-se na Minha Oi e consulte saldo,
contas detalhadas, histórico de consumo e
muito mais.

ENTENDA SEUS SEGUROS

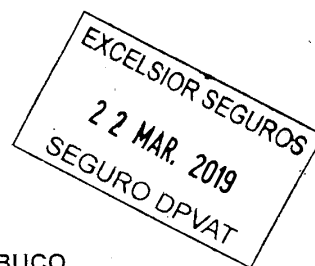
O valor da sua fatura nos últimos meses

Jan 2019	59,88
Dez 2018	59,88
Nov 2018	59,88
Out 2018	59,88
Set 2018	42,50

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e evita: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao mês pro rata die. Suspensão do serviço: Parcial, 15 dias após envio da 1ª notificação e, com mais 30 dias, Suspensão Total. Durante o período de Bloqueio Parcial, a assinatura de sua linha será cobrada normalmente de acordo com os valores contratados, pois ela continua apta a receber chamadas. Cancelamento e inclusão nos órgãos de Proteção ao Crédito (SPC/Serasa), 30 dias após a Suspensão Total.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0112000154**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/01/2019** às **10:32**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RUA BEIRA CANAL, 1** - Bairro: **PIEIDADE - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PONTE DE NOVA DIVINEIA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
TEBIO JOSE CORDEIRO DOS SANTOS (OUTRO)
JORGE LUIZ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JORGE LUIZ DA SILVA**
BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

JORGE LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA SOARES DA SILVA** Pai: **JOSE RUFINO DA SILVA** Data de Nascimento: **22/7/1966** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3038328/SSP/PE (RG), 73582751449 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 986100841**

Endereço Residencial: **RUA BIRITINGA, 158, CASA - CEP: 54420130 - Bairro: PIEIDADE - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, ASSEMBLEIA DE DEUS**

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

TEBIO JOSE CORDEIRO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO-01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TEBIO JOSE CORDEIRO DOS SANTOS**, que estava em



posse do(a) Sr(a): **JORGE LUIZ DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTO CICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXV1529** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Descrição: **MODELO CG 125**

VEICULO-02 (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

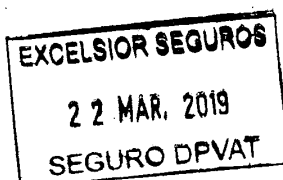
Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 15/12/2019 AS 14:30HS APROXIMADAMENTE QUANDO PILOTAVA A MOTO HONDA/CG 125 PLACA NXV-1529 PELA RUA BEIRA CANAL EM PIEDADE, PRÓXIMO A PONTE DE NOVA DIVINEIA UMA BICICLETA CONDUZIDA POR UM HOMEM NÃO IDENTIFICADO ATRAVESSOU A SUA FRENTE OCASIONANDO A COLISÃO, QUE PROVOCOU A QUEDA DE AMBOS E A VÍTIMA SOFREU A FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO SENDO CONDUZIDO PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA. PELO EXPOSTO COMUNICA O FATO A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA.

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


JORGE LUIZ DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FRANKLIN TADEU MARIZ DA SILVA** - Matrícula: **148705-1**





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000079 Div. Op.

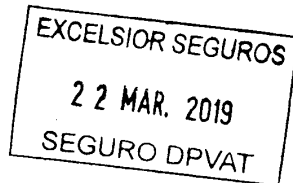
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). JORGE LUIZ DA SILVA, 52 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3038328 SSPPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 735.827.514-49, residente à RUA BIRITINGA, nº 158, , PIEDADE, JABOATAO DOS GUARARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 15/12/2018, por volta das 14:00 hs, no endereço: RUA DO CANAL, S/N, PIEDADE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA BRANCA NXV1529-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) JORGE LUIZ DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 735.827.514-49 e Registro Geral nº 3038328, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710129-5 AMARO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 111885. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 22/01/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000079

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

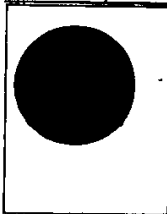


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/12/2018 15:19



Nome Paciente: JORGE LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 22/07/1966
Sexo: Masculino
Idade: 52
Senha: 0024
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 15/12/2018 15:20 - 15/12/2018 15:22

ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

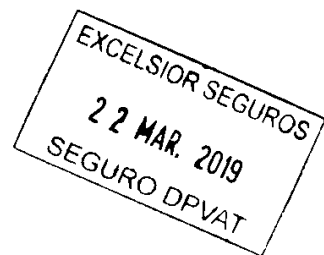
Queixa Principal:

PACTE DEU ENTRADA NA AREA VERMELHA TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. PACTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, NEGA DESMAIOS E VOMITOS. REFERE DOR E DIFICULDADE DE MOBILIDADE EM MSE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. HAS + DM -

luxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: CIRURGIA GERAL



Acolhido(a) por: ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/12/2018 15:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 18/06/2019 14:06:41

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061814064098100000046137555>

Número do documento: 19061814064098100000046137555

Num. 46851826 - Pág. 1

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 473188
Usuário do Atendimento: LAZARONI

Data e Hora do Atendimento: 15/12/2018 17:24
- Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JORGE LUIZ DA SILVA Prontuário: 111885
Nome da Mãe: RITA SOARES DA SILVA Nome do Pai: JOSE RUFINO DA SILVA
Data do Nascimento: 22/07/1966 Idade: 52 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 3038328 SDS PE Data Emissão: 19/08/2010
CPF: 73582751449 Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO
Carteira Nacional SUS: Ocupação Habitual: OUTROS
Endereço: RUA BIRITINGA 158 PIEDADE
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES PE CEP: 54420130 Fone: 999079562

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA Leito: BL-2 B

HCH - Hospital Dom Helder Camara
Assinatura de IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
403-03
18 DEZ 2018

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 15/12/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Heilose
Diagnóstico: Fratura de Ombro do Antebraço
Procedimento: Placa e parafusos
Alta em: 17/12/2018 Hora: 12h
Médico e C.R.M.: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____
Assinatura e R.G.: _____

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

HCH
Hospital Dom Helder Camara
19/12/18
HCH Hospital Dom Helder Camara





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 473177

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 15/12/2018 15:27

Paciente: 111885 JORGE LUIZ DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 22/07/1966 Idade: 52 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: RITA SOARES DA SILVA

Nome do Pai: JOSE RUFINO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: XISTO PESSOA DE LUNA NETO

CRM: 16635

Endereço: RUA BIRITINGA

158

Bairro: PIEDADE

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade): 3038328

SDS PE

Data de Emissão: 19/08/2010

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 73582751449

Fone: 999079562

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Recebi uma lesão no dorso do corpo com dor e
na região da cabeça e braços
na região do abdômen. Usou analgésicos

Exame Físico

AC: 1,65m 65kg
C: 36,5°C
D: 100/60mmHg
E: 140/90mmHg
EXAMENES: [REDACTED]

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

tese Diagnostico

Lesão exposta na MSE?

Conduta Terapeutica

1. Solução de [REDACTED]
2. Avaliação de [REDACTED]

Prescrição Médica

1. 500mg 1000mg I.V. 12h
2. 100mg 100mg I.V. 12h
3. 100mg 100mg I.V. 12h

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Carimbo Médico





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0001-94

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 111885

Nome: JORGE LUIZ DA SILVA

Mãe: RITA SOARES DA SILVA

End.: RUA BIRITINGA

Enferm: 403 - 03 - LT TRAUMA

Atendimento: 473188

Leito: 709

Dt Cad: 15/12/2018

Dt. Nasc. 22/07/1966

Bairro: PIEDADE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

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

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

O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

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

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *sim*

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *sim*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☒ 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 resolvido
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Frat. exp. antebrazo (E)

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR. 2019


SEGURO DPVAT





DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ___/___ h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosas	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() Outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspecto e quantidade de episódios	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de ___/___ h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque hipovolêmico ()	(x) Aferir sinais vitais a cada 5/5 h.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	(x) Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência.	
	() Outros	
12. Risco para infecção (x)	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	(x) Registrar e anotar sinais flogísticos Local: FO e AVP	
	(x) Examinar F.O e registrar alterações (x) dor; (x) Calor; (x) rubor; (x) edema.	
	() Outros	
13.	() Outros	

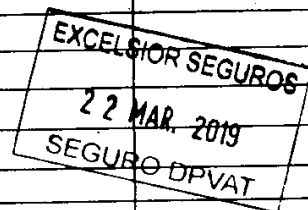
EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

SNG - Sonda Nasogástrica	PA - Pressão Arterial	FC - Frequência Cardíaca
SNE - Sonda Naso enteral	HGT - Hemoglicoteste	AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	



 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE BLOCO CIRÚRGICO			
Nome: <u>Jorge Luiz da Silva</u>		Registro: <u>443885</u>	Leito: <u>SR</u>
Procedimento Cirúrgico: <u>POS Frat. exp antibiotic (E)</u>		Data: <u>15/02/18</u>	Hora: <u>18:00</u>
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 <input checked="" type="checkbox"/> manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso		
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	<input type="checkbox"/> Outros		
	<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"/> Colocar o paciente em posição de Fowler		
	<input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica		
	<input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea		
	<input type="checkbox"/> Outros		
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico		
	<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		
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão		
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de <u>24/24</u> h		
	<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ h		
	<input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___ h		
	<input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h		
	<input type="checkbox"/> Outros		
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___ h		
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____		
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo		
	<input type="checkbox"/> Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente		
	<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)		
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição:		





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTÉSIA

Data

15/12/18

Acomodação

Paciente Jorge Luiz de Silva 111825

Sexo

M

Cor

PD

Idade

52

Risco

I

CRM

Nome do Anestésista

Gabriel Pereira

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Não

Urgência

☐ NAO

☒ SIM

Cirurgia

Realmente exatidão de fratura de antebraço esquerdo

Horário

17:50

18:50

19:00

2

N.O

Líquidos

SFO 500

SRL 500

SF 500

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

100 100 100 100 100 100 100 100

Drogas Usadas

Quantidade

1 Ropiv 0.5% 40ml

2 Lid 1% 10ml

3 Midazolam 5mg

4 Su Fentanil 10mg

5 Gentamicina 240mg

6 Clindamicina 600mg

7 Cetomuna 15mg

8 Dipirona 2g

9 Dexametasona 4mg

10 Cetoprofeno 100mg

11 Ondansetrona 8mg

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardióscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☐ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

☐ Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercomência:

☒ NAO

☐ SIM

Descrever:

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura do Anestésista



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 18/06/2019 14:06:41

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061814064098100000046137555>

Número do documento: 19061814064098100000046137555

PACIENTE: <u>João Luiz da Silva</u>		DATA: <u>15/12/18</u>	
CIRURGIÃO: <u>Drs. Falcão</u>		RG: <u>111.885</u>	
ANESTESISTA: <u>Drs. Kausa</u>		AUXILIAR: <u>" "</u>	
CIRURGIÃO: <u>Reserva de fr. de ossos do antebraço (E)</u>		ANESTESIA: <u>Bloc. de plexo + sedação</u>	
ESTRUMENTADOR: <u>Rafaela</u>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Adriana Lúcia</u>	
CIRCULANTE: <u>Adriana Lúcia</u>		COREN: <u>94.231</u>	
ENFERMEIRA: <u>Mariano</u>		HORÁRIO INICIAL: <u>18:15</u> HORÁRIO FINAL: <u>19:50</u>	

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

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

EXCELSIOR SEGUROS

22 MAR. 2019

EXCELSIOR DPVAT

CÓD. 38407

Adriana Lúcia
94.231

MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURNIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCEAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICÉRIDOS CADEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPILON 4G C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			

EXCELSOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DE VIDA





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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 11188E

Nome: JORGE LUIZ DA SILVA

Mãe: RITA SOARES DA SILVA

End.: RUA BIRITINGA

Enferm.: 403 - 03 - LT TRAUMA

Atendimento: 473188

Leito: 709

Dt. Cad: 15/12/2018

Dt. Nasc: 22/07/1966

Bairro: PIEDADE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

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

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

O paciente tem alguma alergia?

☒ Não

☐ Sim ninguém

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? nao
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? nao, nao

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

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? sim

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

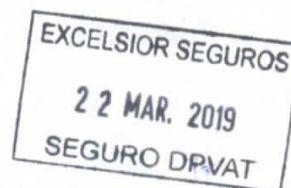
☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☒ 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 resolvido
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Frut. exp. antebraço (E)



Enfermeira
COREN-PE 27127



Nome: Jorge Luiz da Silva

Registro: 333885

Leito: SR

Procedimento Cirúrgico: PO3 Fnat. exp. antibioticção (E)

Data: 5/12/18

Hora: 18:00

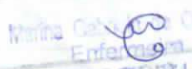
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada ()	<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 <input checked="" type="checkbox"/> manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	<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"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros	
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <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	
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de <u>24/24</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___h <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros	

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ___/___ h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosas	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() Outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspecto e quantidade de episódios	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de ___/___ h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque hipovolêmico ()	(x) Aferir sinais vitais a cada <u>5/6</u> h.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	(x) Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência.	
	() Outros	
12. Risco para infecção (x)	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	(x) Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>FO e AVP</u>	
	(x) Examinar F.O e registrar alterações (x) dor; (x) Calor; (x) rubor; (x) edema.	
	() Outros	
13.	() Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica	PA - Pressão Arterial	FC : Frequência Cardíaca
SNE - Sonda Naso enteral	HGT - Hemoglicoteste	AVP - Acesso Venoso Periférico

 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -
---	----------------------------	---------------------------------	---------------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO





PACIENTE: JORGE LUIZ DA SILVA
IDADE 52

REG 111885
ORTOPEDIA **DATA:** 15/12/2018

QUEIXA PRINCIPAL:
TRAUMA ANTEBRAÇO ESQ

HISTORIA DA DOENÇA ATUAL
ACIDENTE DE MOTO HÁ 3 HORAS

EXAME FÍSICO:
EGB CONSCIENTE E ORIENTADO EUPNÉICO NORMOCORADO
ABD INDOLOR E DEPRESSÍVEL.
FERIMENTO PUNTIFORME ANTEBRAÇO ESQ

EXAMES DE IMAGEM
RX

COMORBIDADES E MEDICAÇÕES EM USO:
HAS (-) DM (-) ALERGIAS (-) MEDICAMENTOS:

HD:
FRATURA EXPOSTA ANTEBRAÇO ESQ

CONDUTA:

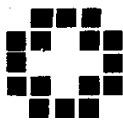
- INTERNAMENTO
- SOLICITO EXAMES – 382801
- AO BLOCO CIRURGICO

Eddley Maciel Lacerda
Traumato - Ortoped
CRM 14.583



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





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 6-1

Nome: João Luiz de Silva data: 15/12/18 Hora: 20h Registro: 77855
Leito de origem: U03-C3

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: FFO de ruptura de antebraço
Tipo de anestesia: Blindagem de braço + Sedação
Equipe: Dr. S. S. S. Anestesista: Dr. K. K.

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (☒) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (☒) Sim Onde: U03-D
Acesso Venoso Central: (☒) Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não (☒) sim Onde: U03-E
Sinais vitais: PA: 118 x 81 mmHg FR: - p/min FC: 81 p/min SaPO2: 95%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>118 x 81</u>	<u>118 x 81</u>	<u>118 x 81</u>	<u>118 x 81</u>	<u>118 x 81</u>	<u>118 x 81</u>
FR	<u>81</u>	<u>81</u>	<u>81</u>	<u>81</u>	<u>81</u>	<u>81</u>
FC	<u>81</u>	<u>81</u>	<u>81</u>	<u>81</u>	<u>81</u>	<u>81</u>
SaPO2	<u>95%</u>	<u>95%</u>	<u>95%</u>	<u>95%</u>	<u>95%</u>	<u>95%</u>
Glasgow	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>

5. Intercorrências/observações:

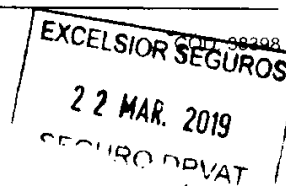
6. Alta da SRPA

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

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

Data: 15/12/18 Horário: 21:00 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: GU 20851



18/12/18 ou

PAUSAR VITIMA AS ATIVIDADES DE LAR

MAIS DE 2 VITIMAS DE ATIVIDADES
ESCOLARES

5 (cinco) SAGUARO...

PAUSAR OSSEJO ATIVIDADES

COM TUDO CUIDADO

PREVENÇÃO -

EXAM 382801

Edgley Maciel Lacerda Jr.
Traumato - Ortopedia
CRM 14.583

NA CONFUSÃO DA MAN

BI OBSERVAÇÃO PRONTO ATEND

COM AO BLOCO CUIDADO

Edgley Maciel Lacerda Jr.
Traumato - Ortopedia
CRM 14.583

15 de 18
18 de 18
18 de 18



403.3

DATA ALTA: 17/12/2018

INICIAR fisioterapia

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

Data da Consulta: 09/01/2018

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

(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

[illegible]

SINISTRO 3190221256 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JORGE LUIZ DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** CIA EXCELSIOR
DE SEGUROS**BENEFICIÁRIO** JORGE LUIZ DA SILVA**CPF/CNPJ:** 73582751449**Posição em 10-06-2019 15:08:51**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Resumo do Pagamento			
16/04/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

