

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.

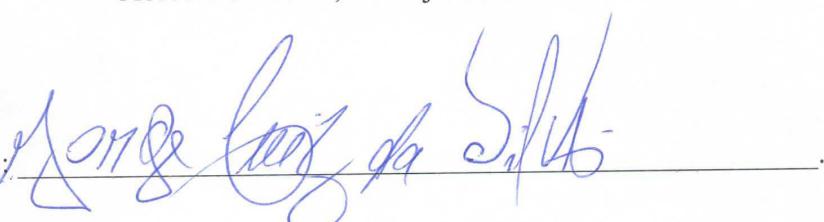
OUTORGADOS: Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF n.º 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e **Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, brasileira, divorciada, portadora do RG n.º 7.742.986 SSP/PE e do CPF n.º 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com,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

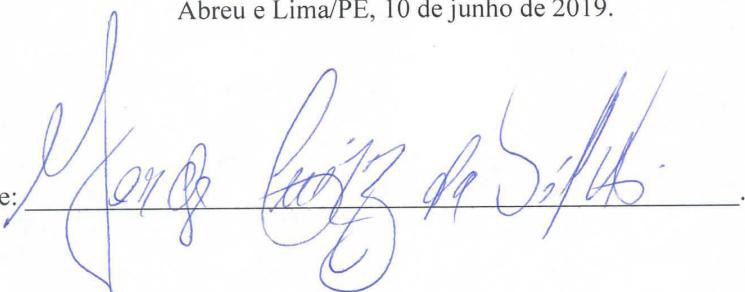


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

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, nº 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 CIVEL 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:





Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 18/06/2019 14:06:40
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061814064078200000046137552>
Número do documento: 19061814064078200000046137552

Num. 46851823 - Pág. 1

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 08/01/2019
Período de 03/12/2018 a 03/01/2019

PAGAR (R\$)
61,21



CTC RECIFE PE PL3

JORGE LUIZ DA SILVA
RUA BIRITINGA 158
PIEDEADE
54420-130 - JABOATAO DOS GUARARAPES - PE



00011474

SÉRVICOS UTILIZADOS

OI MAIS

59,88

OI MÓVEL

TOTAL DE MENSALIDADES

59,88

Multa e Juros

1,33

TOTAL DA SUA FATURA

61,21

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.
Mude pra conta online.

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

CÓDIGO MINHA OI
401857826218

www.oi.com.br/MinhaOi
Cartões de saúda Oi e consulte saldo
conta geralmente, histórico de consumo, e
muito mais.

EXCELSIOR 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

Fique atento. Efetue os pagamentos em dia e
evite: Cobrança de Multa de 2% + juros de 1% ao
mês prê-vida dia. 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.



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 18/06/2019 14:06:40
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061814064078200000046137552>
Número do documento: 19061814064078200000046137552

Num. 46851823 - Pág. 2



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 N°. **19E0112000154**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **RUA BEIRA CANAL, 1** - Bairro: **PIEDEADE - 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: PIEDADE - 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: **MOTOCICLETA/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**

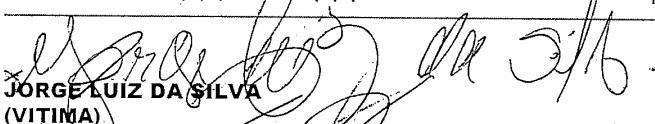
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

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

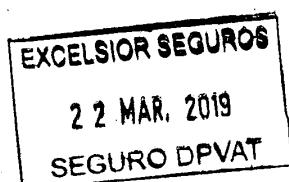
Complemento / Observação

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 DIVINÉIA 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**



11/01/2019 10:30



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 18/06/2019 14:06:40
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906181406408850000046137554>
Número do documento: 1906181406408850000046137554

Num. 46851825 - Pág. 2



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000079 Div. Op.

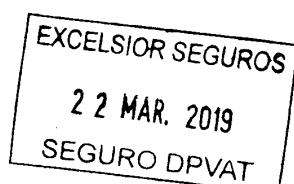
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). JORGE LUIZ DA SILVA, 52 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3038328 SSPPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 735.827.514-49, residente à RUA BIRITINGA, nº 158, , 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.pernambuco.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

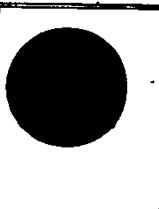


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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**Data e Hora do Atendimento:** 15/12/2018 17:24**Usuário do Atendimento:** LAZARONI**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

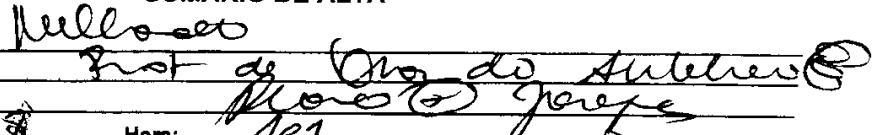
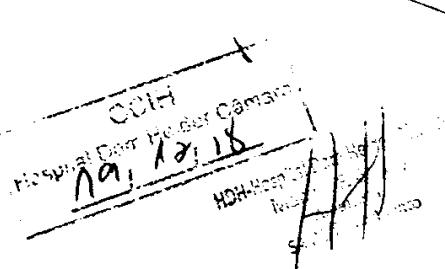
Prígem: BOMBEIRO**Médico:** IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA**CRM:** 17726403 - 03
18 DEZ 2018**Especialidade:** ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**Leito:** BL-2 B**Acomodação:** BLOCO CIRURGICO - RPA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, 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: _____**agostico:** _____**Procedimento:** _____**data em:** 15/12/2018**Hora:** 10:12**Médico e C.R.M:** _____**Responsável pela retirada do paciente - Nome:** _____**Assinatura e R.G:** _____
EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT
CCH
Hospital Dom Helder Camara
15/12/18
HDA-Hospital Dom Helder Camara

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0001-60

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: JABOATAO 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 Mungo

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
 Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
 Não se aplica

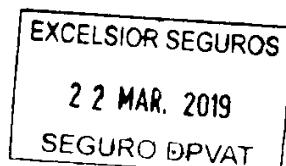
- Antecipação de eventos críticos:**
 Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Sim
 Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? 1h30 / Sim
 Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? Sim
 Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Sim

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado
 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. anest. (E)



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada <u>1</u> 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 <u>1</u> / <u>1</u> 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 ()	(✓) Aferir sinais vitais a cada <u>5</u> / <u>5</u> h.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	(✓) Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência.	
	() Outros	
	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
12. Risco para infecção ()	(✓) Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>F.O e AVP</u>	
	(✓) Examinar F.O e registrar alterações () dor; (✓) Calor; (✓) rubor; (✓) edema.	<u>EXCELSIOR SEGUROS</u>
	() Outros	<u>22 MAR. 2019</u>
	() Outros	<u>SEGURO DPVAT</u>
13.		

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

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



Nome: <u>José Luiz da Silva</u>		Registro: <u>413885</u>	Leito: <u>SR</u>
Procedimento Cirúrgico: <u>POJ Frat. exp antíbio 05</u>		Data: <u>30/02/18</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 checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares		
	<input type="checkbox"/> Outros		
2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<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 <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea		
	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Dor <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico	
Local: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor		
<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	<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>24/24h</u>		
	<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		
		EXCELSIOR SEGUROS	
6. Sangramento <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___ / ___ h		
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____		
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo		
	<input type="checkbox"/> Outros		
	<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:		
		22 MAR. 2019	SEGURO DPVAT
Local: _____	<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo		
7. Imobilidade no leito prejudicada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo		
	<input type="checkbox"/> Outros		
	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente		
	<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)		



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA				DATA: 15/12/18			
PACIENTE: José Luis da Silveira				RG: 111 885			
CIRURGÃO: Drs. Celso	Dr. Celso	AUXILIAR: " "					
ANESTESISTA: Drs. Kaito	Dr. Kaito	ANESTESIA: Bloq. deplex + sedacor					
CIRURGIA: TECNICO DE FUT. DE CIR. DE ANESTESIO							
ESTRUMENTADOR: Rafaela		COORDENAÇÃO DO BLOCO: Edson Freijo					
CIRCULANTE: Adriana Faria				COREN: 121.231			
ENFERMEIRA: Mariana							
HORARIO INICIAL: 18:15				HORARIO FINAL: 19:50			
DESCRÍÇÃO 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	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS				
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM				
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA				
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO				
DRENOS							
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14				
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4				
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26				
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36				
SONDAS							
ENTERAL 10	ENTERAL 12						
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0				
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0				
ENDOTRAQ. 6,5	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 CARDIÁCA				
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/OSO	MARCAPASSO	VALVEKIT				
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0				
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6				

CÓD. 38407

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
EST. MEXICO DPVAT

Sebuanus Janos
94. 237



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDÉSTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDÉSTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURÍM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROFINA 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	
BUPIVACAINA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAINA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAINA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAINA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASSETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 60MG/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		RONCURONIO 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 MAGNESIO 50% C/10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA 5+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGUICERÍDEOS 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			
IPSILO 4G C/20ML			
LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			

EXCELSIOR SECURROS

22 MAR. 2019
SEGURÓ DR. VLT

 <p>Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara IMIP Hospitalar CNPJ: 09.039.744/0008-60</p> <p>Fundação Professor Martiniano Fernandes IMIP HOSPITALAR CNPJ: 09.039.744/0001-94</p>		
HOSPITAL DOM HELDER CAMARA		
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: JABOATAO DOS GUARARAPES CNS:
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento informado realizado <p><input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Checagem do equipamento anestésico</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de pulso instalado e funcionando</p> <p>O paciente tem alguma alergia?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <u>Mug</u></p>		
<p>Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p> <p>Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e há equipamento disponível</p>		
ANTES DE INICIAR A CIRURGIA		
<p><input checked="" type="checkbox"/> Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado <p>Antecipação de eventos críticos:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? <u>Não</u></p> <p>Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <u>3h30</u> <u>Não</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? <u>Não</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? <u>Sim</u></p>		
<p>O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Exames de imagem estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>		
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA		
<p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas com o nome do paciente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente</p>		
<p><i>Frat. exp. antubrago (E)</i></p> <p>EXCELSIOR SEGUROS 22 MAR. 2019 SEGURO DPVAT</p> <p><i>Caixa de Cr. Enfermeira COREN-PE 2713</i></p>		



Nome: <i>Jorge Luiz da Silva</i>		Registro: <i>111885</i>	Leito: <i>SR</i>
Procedimento Cirúrgico: <i>POJ Frat. exp. antibiog. (E)</i>		Data: <i>5/08/18</i>	Hora: <i>18:00</i>
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"/>)	(<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 checked="" 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 (<input type="checkbox"/>) Diminuído (<input type="checkbox"/>) 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: (<input type="checkbox"/>) Dor ao urinar (<input type="checkbox"/>) Abaulamento em região suprapúbica (<input type="checkbox"/>) Ausência de diurese espontânea		
4. Dor (<input type="checkbox"/>)	(<input checked="" type="checkbox"/>) Outros		
	(<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		
5. Integridade tissular prejudicada (<input checked="" type="checkbox"/>)	(<input checked="" type="checkbox"/>) Outros		
	(<input checked="" type="checkbox"/>) Descrever características da lesão		
	(<input checked="" type="checkbox"/>) Realizar curativo de <i>24/24h</i>		
	(<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		
6. Sangramento (<input type="checkbox"/>)	(<input type="checkbox"/>) Outros		
	(<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"/>)	(<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			
<i>EXCELSIOR SEGUROS</i>			
<i>22 MAR. 2019</i>			
<i>SEGURO DPVAT</i>			

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada <u>1</u> h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosas <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> Outros	
9. Êmese () Náusea ()	<input type="checkbox"/> Registrar aspecto e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de <u>1</u> / <u>1</u> h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque hipovolêmico ()	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada <u>5/6</u> h. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência. <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco para infecção ()	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>F.O & AVP</u> <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O e registrar alterações (dor; () Calor, () rubor; () edema. <input type="checkbox"/> Outros	
13.	<input type="checkbox"/> Outros	

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

Marisa Gómez Chaves Enfermeira ACADEMI-PEQUENO DIA 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

HISTÓRIA 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



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 18/06/2019 14:06:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061814064098100000046137555>
Número do documento: 19061814064098100000046137555

Num. 46851826 - Pág. 13

1. Identificação

Leito da SRPA: 61

Nome: Adrielly Bezerra Sá data: 15/11/18 Hora: 20:00 Registro: 19061814064098100000046137555
Leito de origem: UCI-03

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: TCR, remoção de cistos
Tipo de anestesia: Via endovenosa + Sedação
Equipe: Dra. Edileya Anestesista: Dra. Kaima

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: L1C1
Acesso Venoso Central: Não Sim Onde: _____
Drenos: não sim Onde: L1C1
Sinais vitais: PA: 118x81 mmHg FR: _____ p/min FC: 81 p/min SaPO2: 97%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>137x85</u>	<u>134x86</u>	<u>136/96</u>	<u>148/90</u>		
FR	—	—	—	—	—	—
FC	73	76	75	75	—	—
SaPO2	95%	96%	95%	97%		
Glasgow	—	—	—	—	—	—

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

Destino: Enfermaria UTI Emergência Ambulatório Residência

Data: 15/11/18 Horário: 21:00 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Adrielly Bezerra Sá

EXCELSIOR SEGUROS
22 MAR. 2019
SEGURO DPVAT



18/12/18 an

Paciente vítima de Acidente de trânsito

Medidas: Dor e Inflamação Antagonista (E)

Analgesicos

Sifilíticos Sanguinolentos

Pr. tratar ossos fraturados (E)

Local: Perna direita

Movimento -

Exame 382801

Edgley Maciel Lacerda Jr.
Traumato - Ortopedia
CRM 14.583

Exames: Na confecção da Pern

Pr. observar as progressões mês

Conselho: Ao final de 6 meses

Edgley Maciel Lacerda Jr.
Traumato - Ortopedia
CRM 14.583

18/06/2019 14:06:41

Med. Pern

Local



Resumo de Alta Hospitalar

063.3

PACIENTE: JORGE LUIZ DA SILVA

REGISTRO: 111885 | Idade: | DATA ADMISSÃO: 15/12/2018 | DATA ALTA: 17/12/2018

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

PLACA DCP + PARAFUSO

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

Trocar curativo diariamente **EM POSIÇÃO DE SAÚDE**

Retorno ambulatorial em duas semanas

Retirar pontos **NO RETORNO**

Usar medicações prescritas

INICIAR fisioterapia



Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim () Data da Consulta: 09/01/2019
Não ()

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA EM DUAS SEMANAS

Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

**Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.**

Maria da...
Mariana S...
Mariana S...
REMEPE-2013



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

16/04/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------

