



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA -
DP13ªCIRC DIM/4ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18 E0103000944

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/05/2018 às 18:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 20/4/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE TORROES (BAIRRO), 1,
CRUZAMENTO DA ABDIAS DE CARVALHO, ENTRANDO PRA SAN MARTIN
- Bairro: TORROES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FELIPE MOTA (AUTOR / AGENTE)
JOSE EPIFANIO ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSE EPIFANIO ALVES

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):

JOSE EPIFANIO ALVES

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

JOSE EPIFANIO ALVES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES Pai: SEVERINO EPIFANIO ALVES Data de Nascimento: 8/8/1980 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: BAIRRO DE BULTRINS (BAIRRO), 228, RUA FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA, 228, BULTRINS - CEP: 55000-000 - Bairro: BULTRINS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

FELIPE MOTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão: DELEGADO(A) DE POLÍCIA Endereço Comercial: BAIRRO DE APOGADOS (BAIRRO), 1, DEPATRI - CEP: 55000-000 - Bairro: APOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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



MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE EPIFANIO ALVES, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE EPIFANIO ALVES
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB300R Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKA6818 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 214758840 Chassi: 6C2WCA318AR073210
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: GASOLINA
Descrição: RENAVAM 214758840

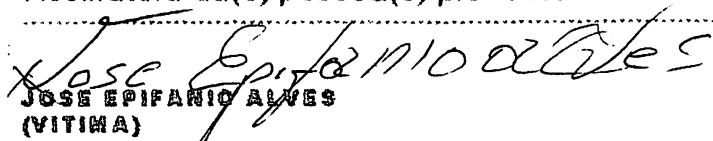
CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): FELIPE MOTA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE EPIFANIO ALVES
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGV8726 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

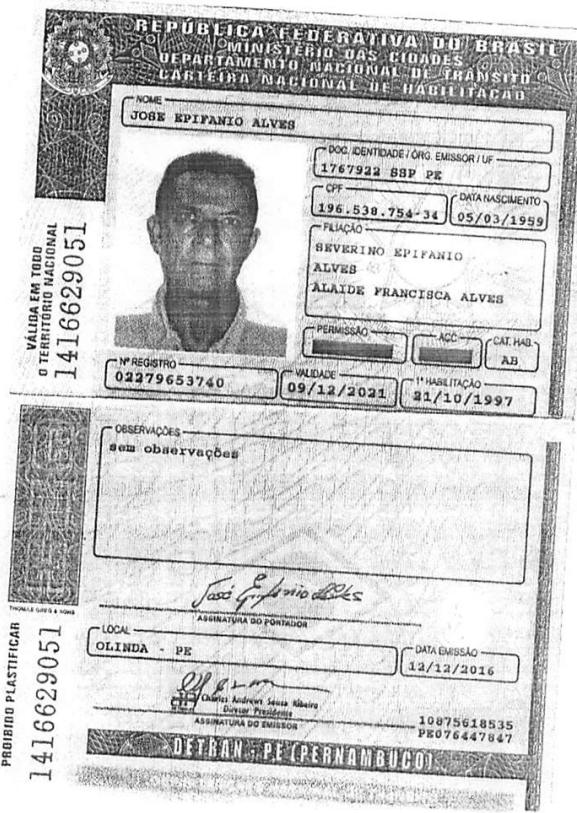
INFORMA A VITIMA QUE TRANSITAVA COM A MOTOCICLETA E AO SE APROXIMAR DO SINAL QUE SE ENCONTRAVA FECHADO, FOI REDUZINDO A VELOCIDADE, MOMENTO ESTE QUE UM VEÍCULO QUE SE ENCONTRAVA PARADO NO SEMAFORO ABRIU A PORTA E EM QUESTÃO DE SEGUNDO FECHOU, PORÉM A VITIMA AINDA CHEGOU A COLIDIR COM O PÉ NA PORTA VINDO A CAIR AO CHÃO; CONTA QUE NO MOMENTO O AUTOR SE IDENTIFICOU COMO SENDO "DELEGADO DE POLICIA" DO DEPATRI, SOLICITOU UMA VIATURA E ENTRARAM EM CONTATO COM A C.T.T.U. GERANDO O PROTOCOLO N°. 72332 E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PRA UPA DOS TORROSOS SENDO DIAGNOSTICADO PELO DR. ANTONIO MAURICIO CRM 9228 COM FRATURA DE OSSOS DO METATARSO PÉ DIREITO E POR FIM FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER PARA A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.

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


JOSE EPIFANIO ALVES
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANATOLE PETRÚCIO BARROS DE LIRA - Matrícula: 326667-4





ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018



**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: JOSE EPIFANIO ALVES
Convênio: UPA TORRÓES
Unidade: UPA TORRÓES
Leito:
Admissão: 20/04/18 17:25
Diag.:

Reg.: 615792

R615792Idade: 59 anos
Prontuário:

20/04/2018 21:57

Solic. (Estoque): 118.52761

Horários de Aplicação

26084

- 1) TRAMADOL100MG SOL INJ AMP 2ML
Uso: 1 ampola(s), Endovenosa, Fazer agora.
diluído em 1 FRC de SORO FISIOLOGICO 0,9%, SOL
INJ100ML SISTEMA .

2/4/18

(1)

Dr(a).: THAIS ARAUJO NOBREGA

CRM: 26084





Nome: JOSE EPIFANIO ALVES
Nº registro: 615792
Dt. Nasc.: 05/03/59 - 59 ano(s)
Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES
Endereço: R FRANCISCO ALVES, nº 225, ENGENHO VELHO, JABOTÃO DOS GUARARAPES - PE
Data/hora: 20/04/2018 - 18:08

RUA FRANCISCO ROSA DA ALMEIDA
BAIRRO : BULTRINS CIDADE: OLINDA
Sexo: Masculino Fone: 81949501213 Nº 225
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO OCASIONANDO FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSEANO NO PÉ DIREITO.

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

FERIDA CORTO-CONTUSA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA NO DORSO DO PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

CONDUTA:

RX, ANALGESIA, CEFALOTINA, IMOBILIZAÇÃO

Exames Complementares/Resultados:

RX ANEXO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSPITAL D. HELDER
Especialidade: TRAUMATO/ORTOPEDIA
Senha: 5409629

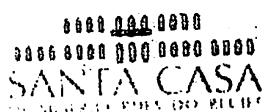
PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS : NÃO

Dr. Antônio Maurício Santos Conceição Filho
Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO
CRM: 9225

Dr. Antônio Maurício Santos Conceição Filho
CRM: 9225
Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Nome: JOSE EPIFANIO ALVES

Nº registro: 615792

Dt. Nasc.: 05/03/59 - 59 ano (s)

Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Endereço: R FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA, nº 225, ALTO DA NAÇÃO. OLINDA - PE

Data/hora: 20/04/2018 - 17:25 Nº pág.: 1/2

Sexo: Masculino

Fone: 81949501213

FICHA DE ATENDIMENTO CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- COM FERIMENTO EM PÉ DIREITO APOS TRAUMA

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 7

GOR 7

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR



JUSTIFICATIVA

MEDICA:
PACIENTE RELATA ACIDENTE COM MOTO HÁ 40 MINUTOS COM TRAUMA CONTUSO NO PÉ DIREITO
APRESENTANDO FERIMENTO CORO-CONTUSO NO DORSO DO PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

FERIDA CORTO-CONTUSA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA NO DORSO DO PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Nome: JOSE EPIFANIO ALVES

Nº registro: 615792

Dt. Nasc.: 05/03/59 - 59 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Fone: 81949501213

Endereço: R FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA, nº 225, ALTO DA NAÇÃO. OLINDA - PE

Data/hora: 20/04/2018 - 17:25 Nº pág.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:

- QUEIXA
- COM FERIMENTO EM PÉ DIREITO APOS TRAUMA

ORIGEM

-

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR

- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?

- SIM

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLÍNICAS

- DOR 7

DOR 7

ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:

PACIENTE RELATA ACIDENTE COM MOTO HÁ 40 MINUTOS COM TRAUMA CONTUSO NO PÉ DIREITO APRESENTANDO FERIMENTO CORO-CONTUSO NO DORSO DO PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

FERIDA CORTO-CONTUSA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA NO DORSO DO PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|

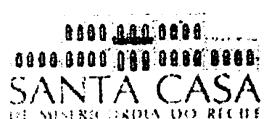
Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 17/07/2019 09:11:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071709110846800000047169014>
Número do documento: 19071709110846800000047169014

Num. 47903787 - Pág. 4



Nome: JOSE EPIFANIO ALVES

Nº registro: 615792

Dt. Nasc.: 05/03/59 - 59 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Fone: 81949501213

Endereço: R FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA, nº 225, ALTO DA NAÇÃO. OLINDA - PE

Data/hora: 20/04/2018 - 17:25 Nº pág.: 2/2

OBSERVAÇÕES :

Evolução do paciente:

TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL D. HELDER

Resultados de Exames:

RX EVIDENCIA FRACTURA DO 5º METATARSEANO DIREITO

Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO
CRM: 9225

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torrões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 17/07/2019 09:11:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071709110856400000047169013>
Número do documento: 19071709110856400000047169013

Num. 47903786 - Pág. 1

Nome: JOSE EPIFANIO ALVES

Nº registro: 615792

Dt. Nasc.: 05/03/59 - 59 ano (s)

Sexo: Masculino

Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Fone: 81949501213

Endereço: R FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA, nº 225, ALTO DA NAÇÃO. OLINDA - PE

Data/hora: 20/04/2018 - 18:08 Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : NÃO

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO OCASIONANDO FRATURA EXPOSTA DO 5º METATARSEANO NO PÉ DIREITO.

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

FERIDA CORTO-CONTUSA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA NO DORSO DO PÉ DIREITO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.

CONDUTA:

RX, ANALGESIA, CEFALOTINA, IMOBILIZAÇÃO

Exames Complementares/Resultados:

RX ANEXO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO|

OBSERVAÇÕES :

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

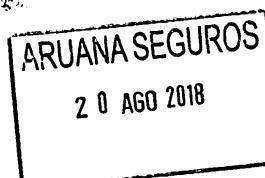
Transferência encaminhado para: HOSPITAL D. HELDER

Especialidade: TRAUMATO/ORTOPEDIA

Senha: 5409629

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO
CRM: 9225



Esta conta deve ser paga com recursos públicos.



ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 431332

Senha da Classificação:

Data e Hora: 21/04/2018 02:10

0004

Paciente: 104558 JOSE EPIFANIO ALVES

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 05/03/1959 Idade: 59 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Nome do Pai: SEVERINO EPIFANIO ALVES

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA FRANCISCO ROSA DE AI -- BULTRINS

225

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: MICHELLINESM

RG (Identidade): 1767922

SSP PE

Data de Emissão:

Fone: 86501273

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 19653875434

Data de Emissão CRN:

Cartão SUS:

Evangelia C.
Fernandes
23/ABR/2018

ED
23/ABR/2018

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente no dia de hoje com dor de estomago com náuseas e vômitos há 12 horas

Exame Físico

Laringe: normal

TCS (ES) S/Suspeito

Histórico Diagnóstico

gastroenterite S. M. T.

(composto)

Conduta Terapêutica

testemunho: SAT / SAT

laxante oral de evacuação

Prescrição Médica

ATENDIDO e folotax 2g + 500ml 02:50 part

ATENDIDO coxipus flui 100ml + 100ml 500ml 02:50 part

Dra. Marília Mendes de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18582

ao Bloco 2g de disperme em água diluída — 13:30

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR
UNIDADE + 100ml S. F. 0,9 B/ — 13:30

Carimbo/Médico

LEITO DO PACIENTE:



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

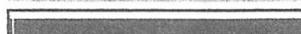
Data e hora retirada da senha: 21/04/2018 02:06

	Nome Paciente:	JOSE EPIFANIO ALVES
	Cód. Paciente:	104558
	Data de Nascimento:	05/03/1959
	Sexo:	Masculino
	Idade:	59
	Senha:	0004
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
	Atendimento:	431332
	SAME:	

Período: 21/04/2018 02:20 - 21/04/2018 02:22

NICOLLE FLAVIA FONSECA VASCONCELOS - COREN: 8910 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor:  VERMELHO

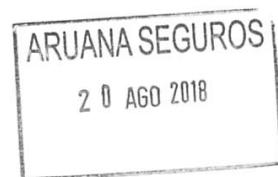
Queixa Principal: PACIENTE REFERE DOR INTENSA MID, LESÃO DEVIDO ACIDENTE DE MOTO FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO. NEGA EMESE, NEGA HIPERTERMIA.
HAS - DM - NEGA ALERGIA
FC 67 BPM
SPO2 96%
PA 140X80

Observação: PROVENIENTE DA UPA DE TORRÓES COM SENHA 5409629

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: NICOLLE FLAVIA FONSECA VASCONCELOS - COREN: 8910 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/04/2018 02:22

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 17/07/2019 09:11:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071709110856400000047169013>
Número do documento: 19071709110856400000047169013

Num. 47903786 - Pág. 4

DON HELDER CÂMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 434927

Data e Hora: 11/05/2018 07:02

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente: 104558 JOSE EPIFANIO ALVES

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 05/03/1959 Idade: 59 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe:: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Nome do Pai: SEVERINO EPIFANIO ALVES

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI

CRM: 13783

Endereço: RUA FRANCISCO ROSA DE AI -- BULTRINS

225

Bairro: BULTRINS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: JAIDETTENS

RG (Identidade): 1767922

SSP PE

Data de Emissão:

Fone: 86501273

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 19653875434

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

HDA - HISTORICO DA DOENCA ATUAL

*Frizy 5- M/T.
Muu Muu*

EXAME FISICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: _____

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____

Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Anotações: _____

Carimbo/Médico

*Dr. Homero Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 13328*

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

OBS: Ao final da consulta entregar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor (ambulatório de egresso) fará o agendamento tipo 2 (Retorno).





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 431334

Data e Hora do Atendimento: 21/04/2018 02:26

Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE EPIFANIO ALVES

Prontuário: 104558

Nome da Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Nome do Pai: SEVERINO EPIFANIO ALVES

Data do Nascimento: 05/03/1959

Idade: 59 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 1767922

SSP PE Data Emissão:

CPF: 19653875434

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: VIGILANTE

Endereço: RUA FRANCISCO ROSA DE ALMEID/ 225

CENTRO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54080970

Fone: 86501273

DADOS DO ATENDIMENTO

Higem: UPA TORROES

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Leito: LEITO 13-E (401-03)

Acomodação: SALA VERMELHA

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, 21/04/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

1071000

Diagnóstico:

Traumatismo Extremidade Superior

Procedimento:

+ Ortopedia e Traumatologia

Alta em:

21/04/2018 Hora: 13:00

Médico e C.R.M:

Dr. Helder Camara - CRM: 17726
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Infantil
CRM-PE: 15553

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

2018-08-05
Jefferson Melo
Faturando/SAME
Data: 23/08/2018

08.05.18



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: José Francisco Alves Registro: _____ Nº Atendimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clinica: União Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Reddo de fogo

História da Doença Atual:

Apert retum de fermeira
em si Fho corco d'12 horas
Opresse fendo tmei custodi loco

Interrogatório Sintomatológico:

dois local

ARUANA SEGUROS
20 AGO 2018



Exame Físico:

limpeza local

Antecedentes Pessoais:

6

Medicações em Uso

6

Antecedentes Familiares:

6

Hipótese Diagnóstica Principal:

afecções crônicas

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

SQMTT - E

Piano Terapêutico:

A Sustentabilidade

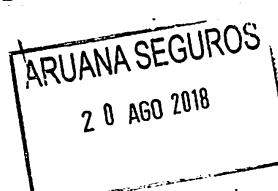
Cabo de Santo Agostinho,

21/04/18

*DR Maurícer Mendes da Oliveira
Procedência Traumatologia
CRM 15412*

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE





Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 35938
Paciente : 104558
Convênio Atend. : 1
Leito : 634
Dt. Início : 21/04/2018 14:42
Cid Pré-Operatório : S925
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03
JOSE EPIFANIO ALVES
SUS - INTERNACAO
LEITO 1
Dt. Fim : 21/04/2018 15:42
FRATURA DE OUTRO ARTELHO

Atendimento : 431334
Carteira :
Idade : 59 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050195 REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA /
INTERFALANGIANA DO PE (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FOCO DE FRATURA COM SF 0,9% + CURETAGEM E DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS
5. REDUÇÃO CRUENTA DO 5º MTD
6. FIXAÇÃO COM FIO DE KIRSCHNER 2MM INTRAMEDULAR
7. APROXIMAÇÃO DE BORDOS DE FERIDA COM NYLON 2.0 E 3.0
8. CURATIVO COMPRESSIVO

hados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Edgley Maciel Lacerda Jr.
Traumato - Ortopedi:
CRM 14.583

DR(A) : EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
CRM : 14583



FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

21.04.18

Paciente

JOAQUIM FRANCISCO ALVES

Sexo	M	Cor	Td	Idade	59	Risco	I
------	---	-----	----	-------	----	-------	---

CRM

1083083

Norma do Anestesista

GRATIA, COU TM

Nome do Cirurgião

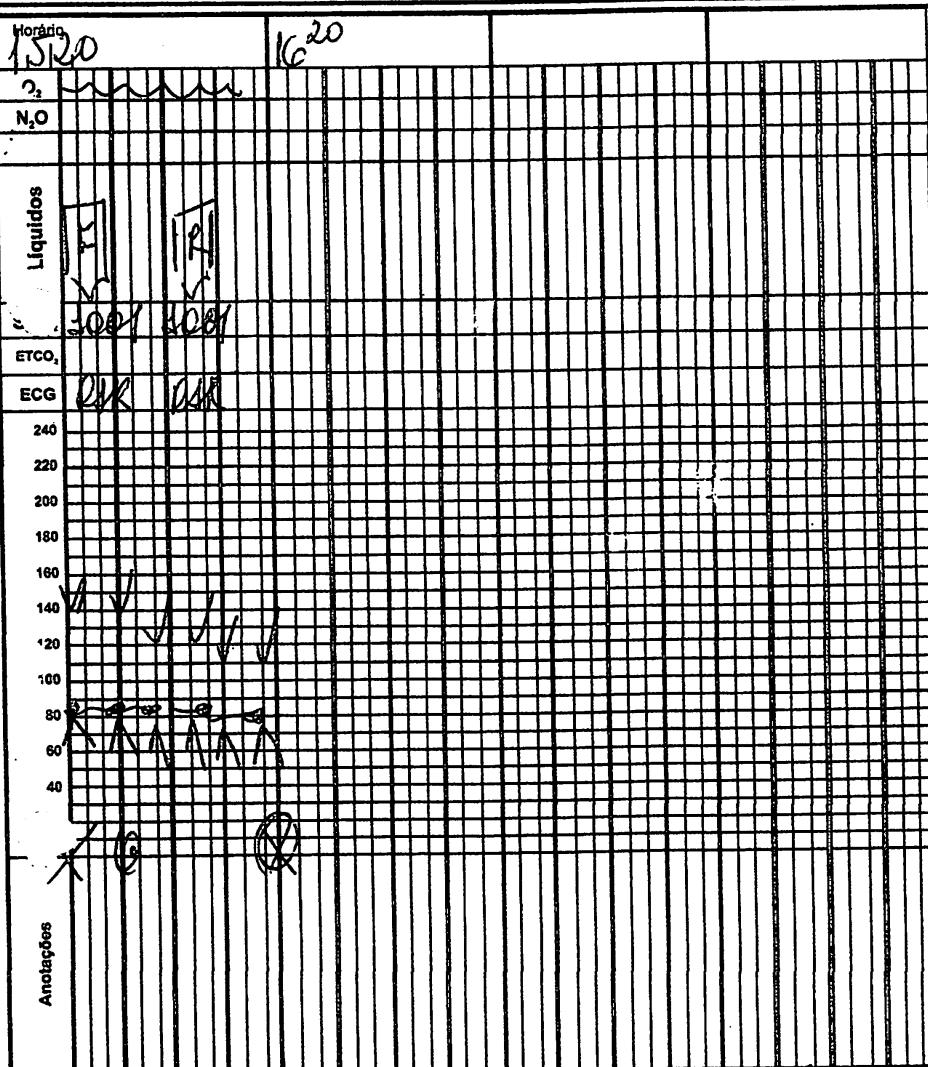
EIDELIEY

Medicação Pré-anestésica

Urgência NÃO SIM

Cirurgia

Intervenções de fratura do metatarso pé D



Drogas Usadas	Quantidade
isupr 0,5 pesada	15mg
diamox	80mg
cefa zolam	2mg
midazolam	8mg
ketamina	500mg
midazolam	4mg
cloridr. ceton	2mg
cetotoprofeno	500mg

Técnica Anestésica

Raqueanestesia
Punção mediana
única em L3/4
cl 25 ICR clav.
Sedalas

Monitorização	<input type="checkbox"/> BIS
Cardioscópio	<input type="checkbox"/> Temperatura
Oxímetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz
PNI	<input type="checkbox"/> Analisador Gases
Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PVC
Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervo
Estet. Pré-Cordial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial
Outros	<input type="checkbox"/> Volemia IBP Plus

Encaminhado	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
Acordado	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonolento	<input type="checkbox"/>
Intubado	<input type="checkbox"/>
Destino	<input type="checkbox"/>
SRPA	<input checked="" type="checkbox"/>
Apart/Enf.	<input type="checkbox"/>
UTI	<input type="checkbox"/>
Externo	<input type="checkbox"/>

Intercorrência: NÃO SIM

Descrever:

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

Dra Graça Furtado
Anestesiologista
Assinatura do Anestesista: M. 10083



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
		BLOCO CIRÚRGICO			
Nome: Jéx Apifanio Alves		Registro: 304558		Leito: 59	
Procédimento Cirúrgico: 3º DPO Trat. cir. Frot. 5º MTTA		Data: 23/04/18		Hora: 08:00	
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 type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input 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"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica. <input type="checkbox"/> Diminuído () Aumentado <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"/> 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 (X)		<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de 24/24 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		ARUANA SEGUROS 20 AGO 2018	
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: _____ () Leve () Moderado () Severo					
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			





HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 104558
Nome: JOSE EPIFANIO ALVES
Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES
End.: RUA FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA
Enferm.: LEITO 1

Atendimento: 431334

Leito: 634

Dt.Cad: 21/04/2018
Dt. Nasc: 05/03/1959
Bairro: CENTRO
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 _____

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? **NÃO**
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **NÃO, 1h**
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **NÃO**
- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim **cefdinirc 2g -**
 Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim **PX -**
 Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado **Trot expost - de retângulo**
- 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

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

*Izabelle R. Barbosa
Enfermeira
COREN-PE 355.622*



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE BLOCO CIRÚRGICO		
HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA	GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>José Esperanho Alves</u>		Registro: <u>104558</u>
Procedimento Cirúrgico: <u>Fist expost. fissão do pé</u>		Data: <u>21/04/18</u>
Leito:		
Hora:		
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos	
	<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional	
	<input checked="" 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 type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR	
	<input type="checkbox"/> Instalar () manter () 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 4. Dor ()	<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 checked="" type="checkbox"/> Leve () Moderada () Severo	<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"/> Descrever características da lesão	ARUANA SEGUROS 0 AGO 2018
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ___ / ___ h	
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___ / ___ h	
	<input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___ / ___ h	
	<input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h	
	<input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> 6. Sangramento ()	
Local: _____	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___ / ___ h	
<input checked="" type="checkbox"/> Leve () Moderado () Severo	<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	



1. Identificação

Nome: José Epitácio Alves / Leito da SRPA: 5
 data: 21/04/18 Hora: 16:20 Registro: 104558
 Leito de origem: 60 do OR

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Ressecção - FST. Exposta da mitâncio D.
 Tipo de anestesia: Regional
 Equipe: Mº Edgley Anestesista: Mº Graco

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: MS D.
 Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
 Drenos: () não () sim Onde: _____
 Sinais vitais: PA: 115 x 83 mmHg FR: — p/min FC: 53 p/min SaPO2: 99%
 Glasgow: —

4. Monitorização

SSV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	107x70	102x68	109x69	113x76	105x61	
FR	—	—	—	—	—	
FC	54	54	51	50	54	
SaPO2	99%	97%	99%	98%	98%	
Glasgow	—	—	—	—	—	

5. Intercorrências/observações:

LARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

6. Alta da SRPA

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

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

Data: _____ Horário: _____ Disponível pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Dra. Maria das Graças
Anestesiologista
CRM - PE: 21920

CÓD. 38398



PACIENTE:	<i>João Edimílio Alves</i>			DATA:	20/06/18	
CIRURGIAO:	<i>Dra. Roseli</i>			AUXILIAR:	<i>Ricardo</i>	
ANESTESISTA:	<i>Dra. Graziela</i>			ANESTESIA:	<i>Tecau</i>	
CIRURGIA:	<i>ROT. EXCO. do MTR</i>			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	<i>Bruna</i>	
ESTRUMENTADOR:	<i>Larissa</i>			COREN:		
CIRCULANTE:	<i>Graziela</i>			HORÁRIO INICIAL:	16:00	
ENFERMEIRA:	<i>Edilene</i>			HORÁRIO FINAL:	16:10	
Descrição Material Usado em Sala				Descrição Material Usado em Sala		
AGULHAS				INJETOS		
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10	KHER 12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8
ATADURAS				BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM				TORAX 36
CANULAS				SONDAS		
QUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	ENTERAL 10	ENTERAL 12	
JUEOST 9,0				ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5
				ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5
				ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5
				ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5
				FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18
				FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10
				FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18
				NASO 10	NASO 12	NASO 14
				NASO 18	NASO 20	NASO 22
				URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10
				URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18
CATETER				FIOS CIRÚRGICOS		
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0
LIMPADORES				SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0
CURATIVOS				NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	POLIESTER 4-0	PROLENE 5	PROLENE 0
EQUIPOS				PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO	VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0
EXTENSORES				VICRYL 4-0	CERA P/OSO	MARCAPASSO
20CM	40CM	60CM	120CM	SEDA 2-0	SEDA 3-0	VALVEKIT
LAMINAS				SEDA 4-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6				ACO 6
LUVAS				ARUANA SEGURUS		
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	CÓD. 38407		
SERINGAS				20 AGO 2018		
1ML	3ML	5ML	10ML			
20ML	60ML	60ML CATETER				
AVENTAL CIRUR	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO			
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS			
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN			
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA			
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO			

Gicelde A. Loureiro
CORREIO: 861711, I.E.

ARUANA SEGURUS

CÓD. 38407

20 AGO 2018



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: José Edijane Alves Data: 21.04.18 Hora: 16:10 Registro: 104558
Corvâncio: SNS Leito: Peso: Altura:

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Edijane Anestesista: Dr. Góis
Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador: Isabelline

3 - LADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: RAI. TEP de Metatomo. Lateral. Início: 16:50 Término: 16:10
Anestesia: Náquic Início: 16:50 Término: 16:10

4 - PRÉ-OPERATORIO:

Estado Geral:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sonolento
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Traqueostomizado
Tricotomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	

Chegou no CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATORIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorsal (X) Ventral () Ginecológica ()
Banco de Sangue () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco	<input checked="" type="checkbox"/>	PNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC	Aspirador ()
Colchão Térmico	<input type="checkbox"/>	Bisturi Ultrasônico	<input checked="" type="checkbox"/>	Artroscópio	<input type="checkbox"/>	Microscópio	Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Local da Placa	<input checked="" type="checkbox"/>				
Carro de Anestesia	<input type="checkbox"/>	Diprofusor	<input type="checkbox"/>	Intensificador	<input type="checkbox"/>		
Ap. Vídeo	<input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/>				
Oxigênio	<input checked="" type="checkbox"/>	Início 16:20	Término _____				
Protóxido	<input type="checkbox"/>	Início _____	Término _____				
Gás Carbônico	<input type="checkbox"/>	Início _____	Término _____				
Outros:							

ARUANA SEGUROS
20 AGO 2018

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal:	Sim ()	Não ()	Punção Venosa:	Sim ()	Não ()
Sonda Vesical de Demora:	Sim ()	Não ()	Sonda Gástrica:	Sim ()	Não ()
Drenagem (Tipo e Local):	Sim ()	Não ()			
Curativo (Tipo e Local):	Sim ()	Não ()			

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Dom Anestesista CIRURGIA: Americo do Pronto Socorro

6 - OBSERVAÇÕES: Fete de entrada sem ex el fute spp de MM Direito a mesma realizada fete de a Magia das pm bem queiras os enteropentos pelo sequer olos' que bairros pos operatório da enfermagem

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente:	Acordado ()	Narcolese ()	Entubado ()	Traqueostomizado ()
Encaminhado para:	SRPA <input checked="" type="checkbox"/>	S. Intensiva ()	LICOR ()	UTI () Aptº () Residência ()

Data: 21.04.18 Hora: 16:20 Enfermeira: Isabelline Circulante: Bianda Alves Ferreira
COREN-PE 161711-A

CÓD. 38607





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Hosé Epônimo Alves Data: 21/04/18 Registro: 104.558
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 15:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Edson
Anestesista: Dr. Gómez
Circulante: Graça Albuquerque
1º auxiliar:
Instrumentador: Adiliane
Sala 03

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
- cap - capota - Bsc menor Det. - Bsc Pé - P. fogo - Esgreta Bateria - ricardinho - fio K. 1.5 - fio K. 2.0 - motor Bloco - Motor Bateria	HDH blue black CAM HDH blue black LLN 20.04.18 02 19.04.18 02 ↑ STEAM ↑ ↑ STEAM ↑ 27.04.18 218 26.04 100 HDH blue black LLN HDH blue black CAM 19.04.18 02 20.04.18 01 ↑ STEAM ↑ ↑ STEAM ↑ 26.04.18 2176 27.04.18 1902 19.04.18 01 HDH blue black PLD HDH blue black CLF 11.04.18 01 20.04.18 01 HDH blue black CAM ↑ STEAM ↑ ↑ STEAM ↑ 24.04.18 1885 20.07.18 1899 20.04.18 02 HDH blue black IFG D blue black RF 15.04.18 01 16.04.18 01 HDH blue black CAM ↑ STEAM ↑ ↑ STEAM ↑ 15.07.18 1666 12.07.18 1622 20.04.18 02 HDH blue black RF HDH blue black RF 20.07.18 2183 16.04.18 01 16.04.18 01 ↑ STEAM ↑ ↑ STEAM ↑ 16.07.18 1921 12.07.18 1889	MOTOR BROCA SN FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE:237751 PLASMA EST:19/04/2018 VAL:19/04/2019 LOTES:237751 PLASMA EST:19/04/2018 VAL:19/04/2019 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR 003255908 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR
		ARUANA SEGUROS 20 AGO 2018
	FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME 003241956 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR MOTOR BATERIA 14755 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME 002629250 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR	MOTOR BROCA S/N FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE:236731 PLASMA EST:15/04/20 VAL:15/04/2019 LOTES:236731 PLASMA EST:20/04/2018 VAL:20/04/2019 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR

~~Gicela Albuquerque
P.B. 861771, T.E.~~



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: José Epifânio Neves Registro: 304.558

Clínica: TDO Enfermaria: _____ Leito: _____

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018



29/01/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180385263 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE EPIFANIO ALVES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE EPIFANIO ALVES

CPF/CNPJ: 19653875434

Posição em 29-01-2019 16:06:02

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no processo aqui no site.

675,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

04/09/2018 R\$ 675,00 R\$ 0,00 R\$ 675,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
24/08/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lasw1O0GzMeOCpK+ec777g==api_key=WC0KGkK1kCRZvGaIEW+KExA6A2HNVXOYieauMuw9eA=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)

(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)



EWERSON VILAR DE LIMA, 28.570
RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E
SILVA, 22.362

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

JOSÉ EPIFANIO ALVES, brasileiro (a), Casado, Vigilante, portador (a) da cédula de identidade de nº 1767922 SSP/PE, inscrito (a) no CPF de nº 196.538.754-34, residente e domiciliado (a) a Rua Francisco Rosa de Almeida, 225, Alto da Nação, Olinda/PE.

OUTORGADO:

EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiro, casado, OAB/PE: 28.570, **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA**, brasileira, casada, OAB/PE: 22.362 com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 Paissandu - Recife/PE - Cep. 52010-040, e endereço eletrônico renathaccs@hotmail.com

PO 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 estabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados.

Olinda/PE, 23 de Outubro de 2018.



JOSÉ EPIFANIO ALVES

Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510
Paissandú - Recife/PE - Cep. 52010-040
Fones: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579



DECLARAÇÃO DE POBREZA

JOSÉ EPIFANIO ALVES, brasileiro (a), Casado, Vigilante, portador (a) da cédula de identidade de nº 1767922 SSP/PE, inscrito (a) no CPF de nº 196.538.754-34, residente e domiciliado (a) a Rua Francisco Rosa de Almeida, 225, Alto da Nação, Olinda/PE. De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Olinda/PE, 23 de Outubro de 2018.



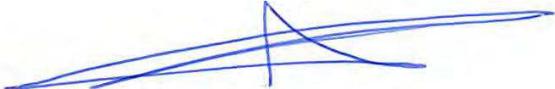
José Epifanio Alves
JOHSE EPIFANIO ALVES



SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, sem reservas, nos poderes a mim conferidos pelo outorgante, a advogada **ARTANY VICTORIA SOUZA SANTOS MACHADO**, portadora da **OAB/PE n. 22.077**, no processo em tela.

Recife-PE, 03 de julho de 2019.



EWERSON VILAR DE LIMA
Advogado - OAB/PE 28.570

