



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0103000944**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

**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: 03/1969  
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: BAIRRO DE SULTRINS (BAIRRO), 226, RUA FRANCISCO ROSA DE  
ALMEIDA, 226, SULTRINS - CEP: 55000-000 - Bairro: SULTRINS -  
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FELIPE MOTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Profissão: DELEGADO(A) DE POLICIA  
Endereço Comercial: BAIRRO DE AFOGADOS (BAIRRO), 1, DEPATRI - CEP: 55000-000 -  
Bairro: AFOGADOS - 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: **KKA6918** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **214758840** Chassi: **9C2NC4319AM073210**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** 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: **P0V8725** (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 VEICULO QUE SE ENCONTRAVA PARADO NO SEMAFORO ABRIU A PORTA E EM QUESTÃO DE SEGUNDO FECHOU, PORÉM A VITIMA AINDA CHEGOU A COLIDIR COM O PE 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 Nº. 72332 E EM SEGUIDA FOI ENCAMINHADO PRA UPA DOS TORROES SENDO DIAGNOSTICADO PELO DR. ANTONIO MAURICIO CRM 0228 COM FRATURA DE OSSOS DO METATARSO PÉ DIREITO E POR FIM FOI TRANFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER PARA A REALIZAÇÃO DA CIRURGIA.

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

*Jose Epifanio Alves*  
**JOSE EPIFANIO ALVES**  
**(VITIMA)**

B.O. registrado por: **ANATOLE PETRÚCIO BARROS DE LIRA** - Matrícula: **328867-4**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
JOSE EPIFANIO ALVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
1767922 SSP PE

CPF  
196.538.754-34

DATA NASCIMENTO  
05/03/1959

FILIAÇÃO  
SEVERINO EPIFANIO  
ALVES  
ALAIDE FRANCISCA ALVES

PERMISSÃO  
ACC

CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
02279653740

VALIDADE  
09/12/2021

1ª HABILITAÇÃO  
21/10/1997

OBSERVAÇÕES  
sem observações

Assinatura do Portador  
José Epifanio Alves

LOCAL  
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO  
12/12/2016

Assinatura do Emissor  
Charles Anderson Sousa Ribeiro  
Divisão Presidente

10075618535  
PE076447847

DETTRAN-PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1416629051

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1416629051

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018





**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

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

Reg.: 615792

**\*R615792\***

Idade: 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 FISIOLÓGICO 0,9%, SOL  
INJ100ML SISTEMA .

(1)  
22/04

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. JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Data/hora: 20/04/2018 - 18:08

Nº pag.: 1/1

RUA FRANCISCO BOGA DA ALMEIDA  
BAIRRO: BULTRINOS CIDADE: OLINDA

Sexo: Masculino

Fone: 81949501213

Nº 225

## 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

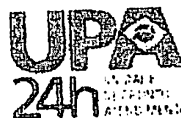
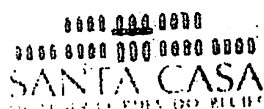
PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS : NÃO

Dr. ANTONIO MAURICIO SANTOS CONCEICAO FILHO  
CRM: 9225

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

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

**Fone:** 81949501213

**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

## 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.

#### EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ( )

Temperatura: °

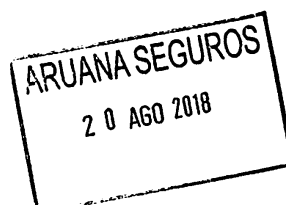
PA: x mmHg

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.

##### **EXAME FÍSICO:**

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA:

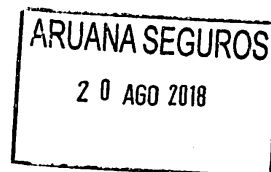
x mmHg

HGT: mg/dL

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

##### **HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

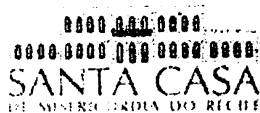
S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSOI



**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 pag.: 2/2**

### **OBSERVAÇÕES :**

#### **Evolução do paciente:**

TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL D. HELDER

#### **Resultados de Exames:**

RX EVIDENCIA FRTURA 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, Torreões 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 - 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

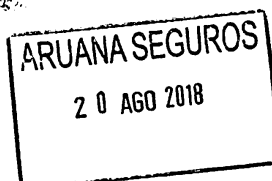
Especialidade: TRAUMATO/ORTOPEDIA

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.**

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



ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



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 ALMEIDA -- BULTRINS 225 Bairro: CENTRO  
 Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: MICHELLINESM  
 RG (Identidade): 1767922 SSP PE Data de Emissão:  
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 19653875434 Fone: 86501273  
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

#### Queixa Principal

Paciente acorda de manhã com dor no tornozelo esquerdo há cerca de 12 horas.

#### Exame Físico

Exame físico local  
 ECIS (+) S/Suor (+)

#### História Diagnóstica

queixa de S. MTT (+)

#### Conduta Terapêutica

Conduta Terapêutica  
 Tratamento: UAT, SAT.

#### Prescrição Médica

ATENDIDO cefalotina 2g + ADSC 02:50  
 ATENDIDO cefotaxima 1g + ADSC 02:50  
 Dr. Márcio Mendes de Oliveira  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM 18562  
 2g de Dipirona + água destilada  
 Tmoral de 100mg + 100ml S.F. 0.9%  
 EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR  
 UNIDADES LEITO DO PACIENTE: 13/20

Carimbo/Médico

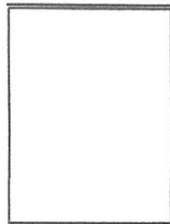



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

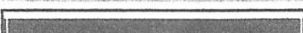
	Nome Paciente:	JOSE EPIFANIO ALVES
	Cód. Paciente:	104558
	Data de Nascimento:	05/03/1959
	Sexo:	Masculino
	Idade:	59
	Senha:	0004
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
	Atendimento:	431332 

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

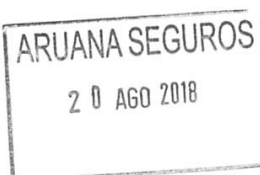
Queixa Principal: PACIENTE REFERE DOR INTENSA MID, LESÃO DEVIDO ACIDENTE DE MOTO FRATURA EXPOSTA EM PÉ DIREITO. NEGA EMESE, NEGA HIPERTERMIA.  
HAS - DM - NEGA ALERGIA  
FC 67 BPM  
SPO2 96%  
PA 140X80

Observação: PROVENIENTE DA UPA DE TORRÕES 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





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA  
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 434927

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

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 ALMEIDA - BULTRINS

225

Bairro: BULTRINS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: JAIDETTENS

RG (Identidade): 1767922

SSP PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 19653875434

Fone: 86501273

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RECIBO DE ATENDIMENTO  
Evolução Clínica de Souza  
Emitido em 11/05/2018

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

Fração 5: MT  
Alta

EXAME FISICO

Temperatura: ( )

Pressão Arterial: ( )

Peso: ( )

Altura: ( )

Outros: ( )

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: 2 de Maio

Hora do Retorno:

Médico do Retorno:

Anotações:

Carimbo/Médico

Dr. Romero Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 13528

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

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





FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 431334  
Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Data e Hora do Atendimento: 21/04/2018 02:26  
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 ALMEIDA/ 225 CENTRO  
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES PE CEP: 54080970 Fone: 86501273

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA TORROES  
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726  
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
Acomodação: SALA VERMELHA Leito: LEITO 13-E (401-03)

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, 21/04/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: MOBILIZADO  
Diagnóstico: TRAUMATISMO  
Procedimento: RE + ORTOPEDIA  
Alta em: 22/04/18 Hora: 11:15  
Médico e C.R.M.: Dr. IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM-PE 17726  
Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_  
Assinatura e R.G.: \_\_\_\_\_

RECIBO DE ENTREGA  
Módulo de Recebimento  
Arquivo  
SALA DE ATENDIMENTO

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

Hospital Dom Helder Camara  
Jefferson Melo  
Faturamento/SAME  
Data: 25 AGO 2018

08.05.18



## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: José Francisco dos Reis Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: \_\_\_\_\_

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

Clínica: Ortopedia Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal e Duração:

"Dor de joelho"

### História da Doença Atual:

Apresenta dor de joelho

há cerca de 12 meses

apresentando limitação funcional local

### Interrogatório Sintomatológica:

sem local

ARUANA SEGUROS  
20 AGO 2018



Exame Físico: *Exame físico*

Antecedentes Pessoais: *0*

Medicações em Uso: *0*

Antecedentes Familiares: *0*

Hipótese Diagnóstica Principal: *fratura da espinha*

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: *S2 MTT - (E)*

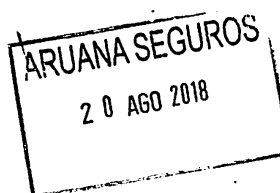
Plano Terapêutico: *A Suinologia*

Cabo de Santo Agostinho, 21/04/18

*Dr. Maxiner Mendes de Oliveira*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 15240

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 Sala : 0003 SALA 03  
Paciente : 104558 JOSE EPIFANIO ALVES Atendimento : 431334  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 634 LEITO 1 Idade : 59 Anos  
Dt. Inicio : 21/04/2018 14:42 Dt. Fim : 21/04/2018 15:42  
Cid Pré-Operatório : S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO  
Cid Pós-Operatório :

**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 + ANTISSEPISIA
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

**Dados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**



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

Edgley Maciel Lacerda Jr.  
Traumato - Ortopedi  
CRM 14.583

ARUANA SEGUROS  
20 AGO 2018





 <b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE</b> <b>BLOCO CIRÚRGICO</b>		 <b>GESTÃO</b> <b>IMIP</b> <b>HOSPITALAR</b>
Nome: <u>José Epifânio Alves</u>		Registro: <u>304558</u>
Procedimento Cirúrgico: <u>3º DP Rot. Cir. Rot. 5º MTJA</u>		Data: <u>22/04/18</u>
Leito: <u>52</u>		Hora: <u>08:00</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 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	
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	<b>ARUANA SEGUROS</b> <b>20 AGO 2018</b>
	<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	
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	





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

Atendimento: 431334

Dt.Cad: 21/04/2018

Nome: JOSE EPIFANIO ALVES

Dt. Nasc: 05/03/1959

Mãe: ALAIDE FRANCISCA ALVES

Bairro: CENTRO

End.: RUA FRANCISCO ROSA DE ALMEIDA

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Enferm.: LEITO 1

Leito: 634

CNS:

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

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

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

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
- ☐ Sim \_\_\_\_\_

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim *cefotaxime 2g*
- ☐ Não se aplica

- ☒ Antecipação de eventos críticos:
  - Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *NÃO*
  - Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *NÃO, 1h*

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim *Px*
- ☐ Não se aplica

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *NÃO*
- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Frot expost. de metatarso*
- ☒ 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

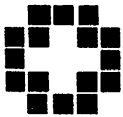
*Elizabeth R. Barbosa*  
Enfermeira  
COREN - PE 385.622



Nome: <u>Jose Ezequiel Alves</u>	Registro: <u>104358</u>	Leito:
Procedimento Cirúrgico: <u>Fract expost. osso do pé</u>	Data: <u>21/04/18</u>	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	
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 type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ( )	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>ARUANA SEGUROS</b>              20 AGO 2018           </div>
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	







HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 5

Nome: Jose Epitacio Alves data: 21/04/18 Hora: 16:20 Registro: 104558  
Leito de origem: 601-02

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fratura Fechada Exposta de metacarpo D  
Tipo de anestesia: Raqui  
Equipe: M<sup>o</sup> Edgley Anestesista: M<sup>o</sup> guido

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave<sup>o</sup>  
Respiração: ( ) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) JSVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não ( ) Sim Onde: MSD  
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

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>107x70</u>	<u>112x68</u>	<u>109x69</u>	<u>113x76</u>	<u>125x81</u>	
FR	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	
FC	<u>54</u>	<u>54</u>	<u>51</u>	<u>50</u>	<u>54</u>	
SaPO2	<u>99%</u>	<u>97%</u>	<u>99%</u>	<u>98%</u>	<u>98%</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	

5. Intercorrências/observações:

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018

6. Alta da SRPA

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

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

Data: — Horário: — Assinado pelo encaminhamento: —

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

CÓD. 38398

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: <u>Flora Edsonico Alves</u>		DATA: <u>22.04.18</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Paulo</u>		RG: <u>104558</u>
ANESTESISTA: <u>Dr. G. G. G.</u>		AUXILIAR: <u>Proqui</u>
CIRURGIÃO: <u>Exot. Exot. de M. M.</u>		ANESTESIA: <u>Proqui</u>
ESTRUMENTADOR: <u>Indicador</u>		COORDENAÇÃO DO BLOCO: <u>Suma</u>
CIRCULANTE: <u>G. G. G.</u>		COREN: <u>16:10</u>
ENFERMEIRA: <u>Suma</u>		HORÁRIO INICIAL: <u>16:00</u> HORÁRIO FINAL: <u>16:10</u>

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
<b>AGULHAS</b>			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLIX	RAQUI 25	RAQUI 27
<b>ATADURAS</b>			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
<b>CANULAS</b>			
QUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
QUEOST 9,0			
<b>CATETER</b>			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
<b>LIMPADORES</b>			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
<b>CURATIVOS</b>			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
<b>EQUIPOS</b>			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
<b>EXTENSORES</b>			
20CM	40CM	60CM	120CM
<b>LAMINAS</b>			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
<b>LUVAS</b>			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
<b>SERINGAS</b>			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR	B5. 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			
<b>DRENOS</b>			
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
<b>SONDAS</b>			
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
<b>FIOS CIRÚRGICOS</b>			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDÍACA
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/OSSEO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

Oficial de Registro  
COREN PE: 65171, J. E.

ARUANA SEGUROS  
20 AGO 2018

CÓD. 38407



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: João Cipriano Alves Data: 21.04.18 Hora: 15:10 Registro: 104558  
Cotivela: 503 Leito:        Sexo:        Altura:       

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Edgley Anestesiologista: Dr. Graça  
Auxiliar:        2º Auxiliar:        Instrumentador: Isabelly

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Ext. Corp. de Intestino Fin. Início: 15:58 Término: 16:18  
Anestesia: raqui Início: 16:38 Término: 16:18

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: ☒ Bom ☒ Regular ☐ Grave  
Nível de Consciência: ☒ Orientado ☒ Consciente ☐ Sonolento ☐ Coma  
Respiração: ☒ Espontânea ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado  
Tricotomia: ☐ Sim ☒ Não  
Chegou no CC em uso de:       

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ☐ Lateral ☐ Dorsal ☒ Ventral ☐ Ginecológica ☐  
Banco de Sangue ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Peça Cirúrgica: Sim ☐

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso ☒ Monitor Cardíaco ☒ PNI ☒ Bomba CEC ☐ Aspirador ☐  
Colchão Térmico ☐ Bisturi Ultrasônico ☒ Artroscópio ☐ Microscópio ☐ Capnógrafo ☐  
Bisturi Elétrico ☒ Local da Placa Totale  
Carro de Anestesia ☐ Diprofusor ☐ Intensificador ☐ Nº ☐  
Ap. Vídeo ☐ Bomba de Infusão ☐  
Oxigênio ☒ Início 15:20 Término         
Protótipo ☐ Início        Término         
Gás Carbônico ☐ 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 ☐ fechado

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Com Anestesiologista CIRURGIA: Anest. do Peritônio

6 - OBSERVAÇÕES:

Sete dias de internação com CC e/ou Int. Corp. de Int. Fin. Direto e a mesma realizada sete dias de internação. Bem queixas de enteropneumonia por infecção dos intestinos por operatório da enfermagem.

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado ☐ Narcose ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado ☐  
Encaminhado para: SRPA ☒ S. Intensiva ☐ LICOR ☐ UTI ☐ Aptº ☐ Residência ☐

Data: 21.04.18 Hora: 16:20 Enfermeira: Isabelly Circulante:       

Isabelly Albuquerque  
COREN-PE 16711-E

CÓD. 38607





## 1. Identificação

Nome: Jose Epifanio Alves Data: 22/04/18 Registro: 104.538  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 15:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Edson 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
 Anestesista: Dr. Stacca Instrumentador: Indifame  
 Circulante: Graciela Albuquerque sala 03

[illegible]

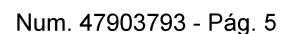
Registro: 104558

Enfermaria: 3

**Leito:**

ARUANA SEGUROS

20 AGO 2018





(1)



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRESSATRABALHE  
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 para a entrega da documentação completa. 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 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=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKexA6A2HNVXOyieauMuu9eA=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&amp;ls=1&amp;mt=8)



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





## 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](mailto:renathaccs@hotmail.com)

### PODERES

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

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.

  
JOSE EPIFANIO ALVES

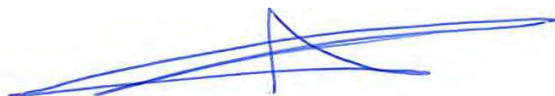




## **SUBSTABELECIMENTO**

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**

