

Fisioterapia

Atestado Médico

Data do atendimento: 1/1/

Paciente EUCLIDES ALVES DOS SANTOS

Paciente:

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 14/01/2019.

Necessitando de 15 (quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

EUCLIDES ALVES DOS SANTOS

Solicito Fisioterapia motora

Indicação clínica:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA

Nº vinte (20) sessões

Cabo de Santo Agostinho, 18 de janeiro de 2019

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
Médica
CRM/PE: 25435-ETM-PB 0228

Cabo de Santo Agostinho, 18 de janeiro de 2019.

DR. MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM: 18569

A Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado. Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas.

Dra. Mariana S. de Almeida Araújo
CRM/PE: 26413 CRM-PB 10287

DR. MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM: 18569





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 082ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE -
DP82ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0172000076

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/01/2019** às **14:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia
13/01/2019 às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 01** - Bairro: **CENTRO** -
SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
EUCLIDES ALVES DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EUCLIDES ALVES DOS SANTOS**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

EUCLIDES ALVES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALDECI ALVES DE MOURA**
Pai: **LUIZ EUCLIDES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **15/5/1994** Naturalidade: **BARREIROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **40970903804 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 991267178**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 01, RUA DO CAMPO , S/N , BAIRRO LIVIO TENORIO, SAO JOSE DA COROA GRANDE / PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE, 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO JOSE DA COROA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EUCLIDES ALVES DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EUCLIDES ALVES DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFU4976** (PERNAMBUCO/SAO JOSE DA COROA GRANDE) Chassi: **9C2KC1680CR453054**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**



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

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

Cor: **LARANJA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NAO** (PERIAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

AFIRMA A VITIMA POR NOME EUCLIDES ALVES DOS SANTOS QUE ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO MOTO DE PLACA PFU4976 , DE COR PRETA E MODELO CG 150CC , QUANDO UM VEICULO DE MARCA E MODELO NAO INDENTIFICADOS ATRAVESSOU REPENTINAMENTE A FAIXA DE ROLAMENTO SEM SINALIZAR NAS PROXIMIDADES DA ENTRADA DESTA CIDADE DE SAO JOSE DA COROA GRANDE , QUE A VITIMA NAO TEVE REACAO DE FREADA E HOUVE A COLISAO , QUE NO ATO O CONDUTOR DO VEICULO AUTOR DO FATO EVADIU-SE DO LOCAL E A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES AO HOSPITAL MUNICIPAL DESTA CIDADE E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO A OUTRA UNIDADE HOSPITALAR COM LESOES NA TIBIA DA Perna ESQUERDA E ESCORIAÇOES PELO CORPO. SEM MAS ENCERRO ESTE BO.

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

Euclides Alves dos Santos
EUCLIDES ALVES DOS SANTOS
(VITIMA)

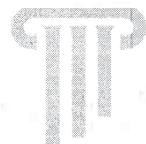
B.O. registrado por: **LUCIANO DE FRANCA DA SILVA** - Matrícula: **297068-6**



Assinado eletronicamente por: INALDO LINS DA ROCHA - 29/05/2019 17:45:24
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052917452418100000045225768>
Número do documento: 19052917452418100000045225768

25/01/2019 14:5

Num. 45922934 - Pág. 2

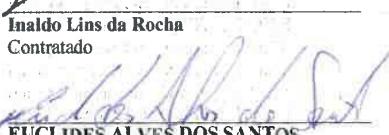


Lins Rocha
ADVOCADOS

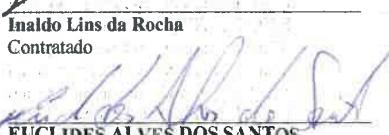
CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Termo de Contrato de Prestação de Serviços Advocatícios que fazem **INALDO LINS DA ROCHA e EUCLIDES ALVES DOS SANTOS** na forma abaixo: **I - CONTRATANTE(S): EUCLIDES ALVES DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, graniteiro, e portador do RG sob nº 44.175.626-8 SSP/SP, CPF nº 409.709.038-04, e residente e domiciliado no Sítio Cunha, s/n, Lívio Tenório, São José da Coroa Grande/PE CEP: 55565-000. Telefone: (81)98975-1149. **II - CONTRATADO: INALDO LINS DA ROCHA**, com sede na Rua Dom Luiz, 252-A, - Centro, Barreiros/PE CEP: 55560-000 - Barreiros - Estado de Pernambuco, aqui denominado CONTRATADO. **III - OBJETO DO CONTRATO:** O presente contrato tem por objeto a prestação dos serviços profissionais do CONTRATADO na defesa dos direitos do (a) CONTRATANTE (s), ação de indenização de seguro DPVAT, bem como a defesa de ações impetradas pela mesma em face deste mesmo contrato. **IV - VALOR DO CONTRATO:** Acertam as partes que o CONTRATANTE pagará como honorários, os valores abaixo estipulados: a) 30% sobre o valor do acordo ou condenação. Todos os valores, acima citados, serão corrigidos monetariamente anualmente, quando de sua cobrança, pelo INPC (índice Nacional de Preço ao Consumidor), ou outro índice que venha suceder-lhe; c) No caso de inadimplência em qualquer das parcelas citadas no item a, resultará na multa contratual de 10% (dez por cento), honorários de 20% (vinte por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês; d) Faculta-se ao CONTRATADO renunciarem aos poderes conferidos na (s) procuração (s), em caso de atraso nas parcelas ou infração contratual, por ser este um motivo justo para tal acontecimento. e) Os honorários advocatícios de sucumbência pertencem exclusivamente ao CONTRATADO. f) Existindo necessidade de atuação em sede de Tribunal em face Recurso interposto pela parte Autora ou Ré, do Reclamante ou do Reclamado, e/ou a Ação tenha, por reexame necessário ou por quaisquer outros motivos, que tramitar em segundo grau de jurisdição, acrescentar-se-á aos honorários contratuais avençados o percentual de 5% (cinco) por cento sobre o acordo, condenação e/ou sobre o proveito econômico obtido no feito. **V - COMPROMISSOS:** a) O CONTRATADO se compromete a zelar pelos interesses do CONTRATANTE (s); b) O CONTRATANTE serão representado no processo pelos advogados constante do instrumento procuratório que lhe for outorgado. No caso do CONTRATADO necessitar afastar-se por algum período desta Comarca, ou mesmo ofertarem os préstimos em outra (s) Cidades (s), o CONTRATANTE(s) autoriza, desde já, o subestabelecimento dos poderes conferidos pela devida procuração, ficando, entretanto, sob a responsabilidade, única e exclusiva do CONTRATADO a remuneração destes profissionais; c) O CONTRATANTE (s) deverão remeter os documentos solicitados pelo CONTRATADO, não restando ônus a este pela ausência da remessa dos documentos necessários à causa na data aprazada; d) Os serviços auxiliares e correlatos, que não exigam a atuação do CONTRATADO, poderão ser feitos por terceiros e serão pagos pela CONTRATANTE(s), desde que haja, antes, um comunicado e autorização desta, salvo quando determinado pelo Juiz da causa, onde será um ônus do (s) CONTRATANTE(s); Perícia (Recálculo da Dívida), por conta da CONTRATANTE(s). e) As custas e demais despesas judiciais ou extrajudiciais correrão por conta exclusiva do(a) CONTRATANTE(s), que será o único responsável pelas consequências do não pagamento das mesmas nas épocas oportunas; f) Os honorários de sucumbência pagos pela(s) parte(s) adversa da questão pertencem exclusivamente ao CONTRATADO, que podem cobrar de forma conjunta ou isoladamente; g) Faculta-se ao CONTRATADO considerarem rescindido o presente contrato - mediante comunicação prévia -- e, por tal motivo, vencidos e imediatamente exigíveis os honorários previstos no item IV (Valor do Contrato), como se a CONTRATANTE (s) fosse vencedora na ação: (i) na hipótese do(S) CONTRATANTE (s) vir a fazer acordo com a parte adversa sem o concurso do CONTRATADO; (ii) se cassada(s) a procuração (s) outorgada, de forma imotivada; (iii) se o CONTRATANTE (s) pedir recuperação judicial ou tiver sua falência decretada; (iv) se o CONTRATANTE (s) deixar de cumprir quaisquer das obrigações previstas neste contrato e não remediar o descumprimento dentro de (03) três dias, contados da data que lhe seja dado ciência (por qualquer forma), ressalvado o previsto no item (v) abaixo; (v) se o CONTRATANTE (s) deixa de realizar algum pagamento devido aos CONTRATADOS por prazo superior a 60 (sessenta) dias; (vi) caso o CONTRATANTE (s) resolva não prosseguir por motivos pessoais ou que independam da vontade, ou mesmo contratando novo(s) Advogado (a) para a(s) causa(s) aludida(s) neste contrato, deduzindo-se, na hipótese, os valores eventualmente pagos; h) o CONTRATADO fica autorizado a receber valores, da parte contrária ou de terceiro, relacionados com o objeto exclusivo deste Contrato, devendo, para tanto, levar ao conhecimento do (s) CONTRATANTE(s), imediatamente; i) havendo necessidade ou assim requerendo o CONTRATANTE (s), as viagens para acompanhamento de recursos junto aos Tribunais Superiores e Regionais, serão feitas por via aérea, correndo as passagens, bem assim todas as despesas de alimentação e diárias de hotel por conta da mesma. O presente pacto não compreende a eventual necessidade de sustentação oral que, havendo interesse por parte dos CONTRATANTE (s) deverá manifestar-se e concretizar contrato específico para esta finalidade, com acerto de nova verba honorária específica; j) o não exercício ou a demora, por uma das partes, em exercer algum direito relativo a este contrato não será tida como renúncia a esse direito por essa parte ou como alteração deste contrato; l) em caso de figurar mais de um CONTRATANTE (s) no presente contrato, estes serão devedores solidários um dos outros (CC, art. 275); m) fica acertado entre as partes que as informações prestadas entre as mesmas serão consideradas confidenciais e deverão ser mantidas em absoluto sigilo por ambas. Sobretudo no que tange aos trabalhos técnico-jurídicos desenvolvidos pelo CONTRATADO a (os) CONTRATANTE(S) deverá manter sob o mais absoluto sigilo perante terceiros, inclusive do teor do presente contrato. A obrigação de confidencialidade disposta nesta cláusula perdurará mesmo após o término, rescisão ou extinção do presente contrato; **VI - DAS COMUNICAÇÕES:** a) Todas as comunicações e notificações entre as partes relativas a este contrato deverão ser feitas por escrito, fax ou telegramas, destinadas aos endereços abaixo citados: Para o CONTRATADO: Rua Dom Luiz, 252-A, Centro - Barreiros - Pernambuco; Para o (a) CONTRATANTE e residente e domiciliado no Sítio Cunha, s/n, Lívio Tenório, São José da Coroa Grande/PE CEP: 55565-000. (b) as comunicações serão consideradas recebidas: (i) quando enviadas por escrito, no momento de seu recebimento por quem se apresente a recebê-la no endereço ora mencionado; (ii) se enviadas por fax, no momento em que for confirmada a transmissão; (iii) em caso de mudança de endereço, tacitamente terá ciência aquele que ausentar-se sem avisar a outra parte contratante, arcando com o este ônus e nada podendo alegar neste tocante em seu proveito. **VII - DO FORO:** Para a solução de questões decorrentes deste Contrato, fica eleito o fórum da Comarca de Barreiros - PE. E por estarem justas e acertadas, assinam o presente em 02(duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02(duas) testemunhas instrumentárias.

Barreiros - Pernambuco, 14 de Maio de 2019.


Inaldo Lins da Rocha
Contratado

Testemunha


EUCLIDES ALVES DOS SANTOS
Contratante

Testemunha



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico agradado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda as recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 55242 Série 000053

Assinatura do portador

Eduardo Lins da Rocha Santos

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: Euclides Alves dos Santos

Loc. Nasc. Barreiros Est. PE Data 15/05/1994
Filiação Paulo Euclides dos Santos
Adélcir Alves de Moura
Doc. Nº RG 44.175.626-8 CCP-SP

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão / / SRTE São José da C. Grande PE
CRISTINA MENDES DA SILVA
Assinatura do Funcionário
Insc. n° 99.444

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

Name.....

Doc.

Nome.....

Doc.....
Est. Civil.....

Doc.....

Est. Civil

Doc.....
Nascimento.....

卷之三

Doc.

卷之三





DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, **EUCLIDES ALVES DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, graniteiro, e portador do RG sob nº 44.175.626-8 SSP/SP, CPF nº 409.709.038-04, e residente e domiciliado no Sítio Cunha, s/n, Lívio Tenório, São José da Coroa Grande/PE CEP:55565-000. Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e da minha família, sendo, pois, para fins de concessões do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estou sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Barreiros, 14 de Maio de 2019.

Euclides Alves dos Santos
EUCLIDES ALVES DOS SANTOS,

3675-3714 | (81) 9.8749-4527



Rua Dom Luiz, 252, 1º Andar - Centro
Barreiros - PE - CEP: 55560-000



www.linsrocha.adv.br



São José C. Grande 21/01/2019

Nome: José Joaquim de Melo
End.: Bulhões

ASSINATURA DO CLIENTE



São José C. Grande, 25/12/2019

Nome: Eric Ludes

End.: 607 Francisco de Melo

TOTAL



GUT & JÔ MEDICAMENTOS LTDA ME		NOTA FISCAL DE VENDA AO CONSUMIDOR		MOD. 2 SÉRIE D - 1
Avenida João Francisco de Melo, 199 - Centro São José da Coroa Grande - PE CEP: 55.565-000		Data Limite p/ Emissão: 13/07/2017		
CACEPE 0373416-18 CNPJ 10.503.272/0001-68 CNAE: 4771-7/01		1 ^ª VIA - CLIENTE 2 ^ª VIA - CONTADOR 3 ^ª VIA - FIXA	2394	
		DATA DA EMISSÃO		19/01/19
NOME: _____				
END.: _____				
QUANT.	UNID.	DESCRIMINAÇÃO DAS MERCADORIAS	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01		Panacetamol + Cetamina 500 mg + 30 mg c/24 EUROPARMA		30,00
NO VALOR DA MERCADORIA, VOCÊ ESTÁ PAGANDO		% DE ICMS.	TOTAL R\$ 30,00	

REFILEGRAF EDITORA LTDA - Rua Oliveira Lima, 98 - Centro - Barreiros/PE - CNPJ 05.833.941/0001-20 Cred. 22/2003 de 22/10/2003
10 Tls. 50x3 de 2001 a 2500 AIDF N° 2014023424 em 14/07/2014

Pedido N° _____		VENDEDOR		
de _____				
Cliente	Farmacia Popular			
Rua	Nº	Bairro		
CEP	Cidade	UF		
Insc. Estadual _____ C.N.P.J. _____				
Condições _____ Transporte _____				
Fornecedor				
QUANT.	UNID.	DESCRIÇÃO	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL
01		oxacilina		32,00
GRAFSET			TOTAL 32,00	
As mercadorias viajam por conta e risco do(s) comprador(es).				
ASSINATURA				



GUT & JO MEDICAMENTOS LTDA ME

CNPJ - 10.503.272/0001-68 IE -037341618
AV JOAO FRANCISCO DE MELO, 199
CENTRO
CEP 55565-000
SAO JOSE DA COROA GRANDE - PE
Telefone: (81)3688-1736

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de
Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	VI	Unit.	Desconto	Valor Total
7898031313485	ALCOOL 70% (UNIPHAR) 50ML	1	UN	3,00		3,00
7898619730035	OLEO DE GIRASSOL (AGESAN) 200ML	1	UN	14,50		14,50

Qtde total de itens
Desconto Total

Valor Total

Forma de Pagamento Valor Pago
Dinheiro 17,50
Troco RS 0,00

Informação dos Tributos Totais Incidentes
(Lei Federal 12.741/2012)

Número 33684 Série 1
Emissão 19/01/2019 12:07:25
Consulte pela Chave de Acesso em
nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta
CHAVE DE ACESSO
261901105032720001688600
10000336841000968393
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização 326190045052501
19/01/2019 12:11:52
Digitado por IDEALSOFT

GUT & JO MEDICAMENTOS LTDA ME

CNPJ - 10.503.272/0001-68 IE -037341618
AV JOAO FRANCISCO DE MELO, 199
CENTRO
CEP 55565-000
SAO JOSE DA COROA GRANDE - PE
Telefone: (81)3688-1736

Documento Auxiliar da Nota Fiscal de
Consumidor Eletrônica

Código	Descrição	Qtde	VI	Unit.	Desconto	Valor Total
7898714203768	DIOSMINA+HESPERIDINA 450/500 (FLAVONIDI) C/30	1	CX	25,00		25,00

Qtde total de itens
Desconto Total
Valor Total

Forma de Pagamento Valor Pago
Dinheiro 25,00
Troco RS 0,00

Informação dos Tributos Totais Incidentes
(Lei Federal 12.741 / 2012) 3,36

Número 39194 Série 1
Emissão 22/02/2019 16:17:39
Consulte pela Chave de Acesso em
nfce.sefaz.pe.gov.br/nfce/consulta
CHAVE DE ACESSO
261902105032720001686600
10000391941001024682
CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO
Consulta via leitor de QR Code



Protocolo de Autorização 326190130017342
22/02/2019 16:20:40
Digitado por IDEALSOFT



Assinado eletronicamente por:INALDO LINS DA ROCHA - 29/05/2019 17:45:24

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052917452453000000045225775>

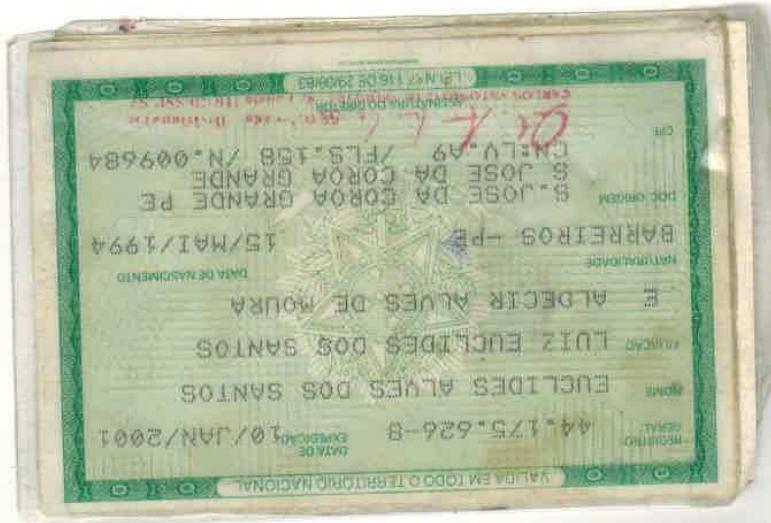
Número do documento: 19052917452453000000045225775

Num. 45922941 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por:INALDO LINS DA ROCHA - 29/05/2019 17:45:24
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052917452462300000045225777>
Número do documento: 19052917452462300000045225777

Num. 45922943 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por:INALDO LINS DA ROCHA - 29/05/2019 17:45:24
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1905291745246230000045225777>
Número do documento: 1905291745246230000045225777

Num. 45922943 - Pág. 2

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

DIAGNÓSTICO Nome: Euclides Alves dos Santos Procedimento cirúrgico: Trat. Enureg. pat. Tíbia		Registro: 112820	Leito:					
		Data: 17/01/19	Hora:					
		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM						
		HORÁRIOS						
1. Ansiedade (<input checked="" type="checkbox"/>)	<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 sempre que necessário <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 type="checkbox"/> Manter (<input 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 eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: (<input type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica (<input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros					
			4. Dor (<input checked="" type="checkbox"/>) Local: _____ <input type="checkbox"/> Leve (<input type="checkbox"/>) Moderada (<input type="checkbox"/>) Severa	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros				
				5. Integridade tissular prejudicada (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada _____ / _____ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de _____ / _____ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por _____ h <input type="checkbox"/> Outros			
					6. Sangramento (<input checked="" type="checkbox"/>) Local: _____ <input type="checkbox"/> Leve (<input type="checkbox"/>) Moderada (<input type="checkbox"/>) Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ / _____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros		
						7. Imobilidade no leito prejudicada (<input type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição:	

CÓD. 38605



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORARIOS
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <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 aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ____ / ____ h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC <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 type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada ____ / ____ min. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: <input type="checkbox"/> Taquicardia; <input type="checkbox"/> Palidez cutânea; <input type="checkbox"/> Pulso irregular; <input type="checkbox"/> Pele fria; <input type="checkbox"/> Perda da Consciência Outros	
12. Risco de Infecção ()	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <i>AVP + F.O.</i> <input type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações <input type="checkbox"/> dor; <input type="checkbox"/> calor; <input type="checkbox"/> Rubor; <input type="checkbox"/> Edema. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Nasoenteral

HGT - Hemoglicose

AVP - Acesso Venoso Periférico

<i>Assinatura loc. S. S. 27.05.19</i>			
ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



FICHA DE ANESTESIA

Data Acomodação

Paciente	EUNCLIDES ALVES DOS SANTOS			Sexo	M	Cor	PD	Idade	24	Risco	ASA I
CRM	Nome do Anestesista	Nome do Cirurgião									
13271	MARIA EMMILIA	HOMERO BODRIGUES									
Medicação Pré-anestésica	Nao			Re	112820	Urgência	<input checked="" type="checkbox"/> NAO	<input type="checkbox"/> SIM			
Cirurgia	Tto cirúrgico fratura de tíbia (5)										

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

Encaminhado

- Acordado
- Sonolento
- Intubado

Destino

- SRPA
- Apart/Enf.
- UTI
- Externo

Intercorrência:	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Descrever:	Vejam os novo alergias ou comorbidades	
Observações:		

Assinatura do Anestesiologista: **CPF 012-51-17791 CBO**



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data....: 17/01/2019
Hora....: 15:44

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 39586
Paciente : 112820
Convênio Atend. : 1
Leito : 709
Dt. Início : 17/01/2019 11:50
Cid Pré-Operatório : S822
Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0003 SALA 03
EUCLIDES ALVES DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
403 - 03 - LT TRAUMA
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 477881
Carteira:
Idade : 24 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
ANESTESISTA 17271 MARIA EMILIA COELHO COSTA CARVALHO

HDH - Hospital Metropolitano Dom Helder Camara
Evângelia G. Lins de Souza
2 JAN. 2019

Descrição

Descrição Cirúrgica

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. LAVAGEM DO MID COM PVPI DEGERMANTE E SF0,9 %
3. ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO MEDIANA JOELHO ESQUERDO
5. PASSGEM DE FRESA , COLOCAÇÃO DE FIO GUIA , FRESAGEM DE CANAL MEDULAR
6. COLOCAÇÃO DE HASTE MEDULAR NUMERO 36 SOB FLUOSCOPIA
OQUEIOS DISTAIS 2 PARAFUSOS COM GABARITO
8. BLOQUEIO PROXIMAL COM DOIS PARAFUSOS
9. LAVAGEM COM SF 0,9 %
10. SUTURA TENDÃO PATELAR , SUBCUTANEO E PELE
11. SUTURA DE PELE
12. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Jr. Homero Rodrigues
Ortopedia / Traumatologia
CRM 13526

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
CRM : 13526

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Assinado eletronicamente por:INALDO LINS DA ROCHA - 29/05/2019 17:45:24

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052917452469000000045225778>

Número do documento: 19052917452469000000045225778

Num. 45922944 - Pág. 4



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Euclides Alves dos Santos Registro: 112820

Clinica: _____ Enfermaria: 403 Loco: 33

Data/Hora	# Serviço Social #
18/03/19	Realizada visita ao leito, prestada orientações pós-alta. O próprio paciente entrou em contato com o transporte municipal e segue aguardando.
	<p>Juliana Clécia  Assistente Social CRESS nº 8085 - 4ª Região/PE</p>



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Euclides Alves Registro: 110890

Clínica: _____ Enfermaria: Blocos Leito: 403-3

Data/Hora	Service Social
14/01/19	Realizado atendimento social a genitora do pct. Preenchida a entrevista social e prestadas orientações quanto o fluxo e rotina do HDM e seguro DPVAT.


Cibele Maria da Silva Ferreira
Assistente Social
CRESS nº 10193 - 4ª Região/PE

16-01-19 Realizado atendimento. pct no momento encontra-se alerta, orientado, sem queixas.


M.ª Cássia Guerra
Psicóloga / CRP: 11044

Atendimento Nutricional	
Data: <u>16/01/19</u>	Hora: <u>18:10 HS</u>
Nutricionista Responsável	



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação
Nome: Euclides Alves dos Santos Registro: 112820
Idade: 50 Sexo: M Estado Civil: S Cor: Branca Nº Atendimento: 112820
Clínica: gnto Enfermaria: 700 Leito: 700 Ocupação: Eletricista

Queixa Principal e Duração: Perdeu a audição

História da Doença Atual: Perdeu a audição
Quando aferiu a pressão de 140/90

Interrogatório Sintomatológico: Perdeu a audição

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Euclydes Alves de Souza Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
16/10/19	<p>11/10/19 PCT surgiu ontem noite aguado p/ 8h00 amanheceu desapareceu EGO/AMM/16/10/19</p>
17/10/19	<p>18/10/19 Pente em 1-6 Dd d frio de frio, seu guruas no seu leito descansando OCTO/19</p>
	<p>Dr. Bruno Daltro Ortopedia/Tranatologia CRM/RG 26833</p>
	<p>Dr. Almeida S. de Almeida Braga CRM/RG 10281</p>



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Euclides Alves dos Souza Registro:

Clínica: Ortop. Enfermaria: fmo Leito:

Data/Hora
14-1-19 11:46
Admres Pauli cultus de auditi separati disponibili de per exq,
Hd. Frot exposto ploto fibroso
cd. AO BLOCO
14-01-19 10h Ppq Poi Frot. expost. tibia (+) + fixada; FGR; Concavidade ondulada; espessura apical: realizada curativo adesivo. Durante (+); acido cito. Oto. O. segue na SRPA sob os cuidados da equipe
15/01/19
Detachadas
Pq segue relacionado com oco do fixado externo removido / Pto. definido C60 / BAA / btr / Tym



Exame Físico: ECG comula

~~decreto de~~ de 1965)

Grumulo en pelle (B)

ИСТОРИЯ СИСТЕМ

Newsome (P)

Antecedentes Pessoais:

Wedge

Medicacões em Uso

Me

Antecedentes Familiares:

The

Hipótese Diagnóstica Principal:

Natura de platos final e
explota

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

AO Broca

Cabo de Santo Agostinho, 14.1.19

Assinatura de Catimbo
CREMPEP-2000
CNPJ-9910287
Av. Manoel S. de Araújo

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





SPUMA OSMÓRIO D. MELDEL 5598192

PREFEITURA MUNICIPAL DE
SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA DE
SAÚDE
BEM-VOCÊ ENCONTRA AQUI

UNIDADE MISTA OSMÁRIO OMENA DE OLIVEIRA

FICHA PARA ENCAMINHAMENTO E RETORNO

ORIGEM DO PACIENTE

Unidade de Saúde: _____

Município: SCS SÃO CORON GAMA

DESTINO DO PACIENTE

Unidade de Saúde: HOSPITAL D. MELDEL / ONCOLOGIA

Município: CABO

DADOS DO PACIENTE

Nome: RUDYCIER A. SANTOS

Data do Nascimento: 15/05/84 Idade: 24 Sexo: MASC

Endereço: _____

Bairro: _____ Município: _____

Sintomas: _____

Diagnóstico Suspeito: FRATURA EXPONTA M. I. BICO PIANO

Exames Requisitados: _____

Médico: _____ Data: 13/10/19

GILBERTO COSTA
CRM 4503

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL OU CONFIRMADO

Exames Feitos: _____

Diagnósticos: _____

Especialidade: _____ Onde: _____



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/01/2019 23:36

	Nome Paciente: EUCLIDES ALVES DOS SANTOS
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 15/05/1994
	Sexo: Masculino
	Idade: 24
	Senha: 0046
	Convênio:
	Atendimento:
	SAME:

Período: 13/01/2019 23:46 - 13/01/2019 23:49

CAMILLA PONTES CASTELO BRANCO - COREN: 414001 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DE SAO JOSE DA COROA GRANDE SENHA: 5598142. RELATA TRAUMA EM MID POR COLISAO MOTO -CARRO. REFERE ESTAR DE CAPECETE E NEGA EMESE/CEFALEIA E DESMAIO

Observação: HAS-

DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SSVV ALTERADOS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Data impressão: 13/01/2019 23:49

Página 1 de 1

Acolhido(a) por: CAMILLA PONTES CASTELO BRANCO - COREN: 414001 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/01/2019 23:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por:INALDO LINS DA ROCHA - 29/05/2019 17:45:24

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052917452492900000045225781>

Número do documento: 19052917452492900000045225781

Num. 45922947 - Pág. 2



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 477869
Data e Hora: 13/01/2019 23:53

Senha da Classificação:

0046

Paciente: 112820 EUCLIDES ALVES DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 15/05/1994 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: ALDECIR ALVES DE MOURA Nome do Pai: LUIZ EUCLIDES DOS SANTOS
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: SITIO CUNHA Bairro: CENTRO
Cidade/UF: SAO JOSE DA COROA GRANDE PE Usuário Atendimento: AMANDAMMS
RG (Identidade): 441756268 SSP-PE Data de Emissão: 10/01/2001
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 989751149
Cartão SUS: 898002362697519 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: _____

Razão: _____
Data: _____

Queixa Principal

Parabé certos de quando anteceder
síntese dor em M. P. R.

Exame Físico

TC 6 NOTA QAS

Desordem de M. P. R. Sintomas de
constelação de pélvis perineal

Hipótese Diagnóstica

Fract. de plato ilíaco?

Conduta Terapêutica

at R.R

Prescrição Médica

① Cefotiofur 250 mg od

② Sfrag. EV 1000 mg

AO BLOCO

Carimbo/Médico

Dra. Mariana Sampaio Araújo
CRM-PE: 26413 CRM-PB 10287

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:



 <p>Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara IMIP Hospitalar CNPJ: 09.039.744/0008-60</p>		<p>HOSPITAL DOM HELDER CAMARA</p> <p>Fundação Professor Martiniano Fernandes IMIP HOSPITALAR CNPJ: 09.039.744/0001-94</p>
<p>CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA</p>		
<p>FUND. MARTINIANO FERNANDES</p> <p>Registro: 112/20 Nome: EUCLIDES ALVES DOS SANTOS Mãe: ALDECIR ALVES DE MOURA End.: SITIO CUNHA Enferm.: 403 03 - LT TRAUMA</p>	<p>Atendimento: 477881 Leito: 709</p>	<p>Dt.Cad: 13/01/2019 Dt. Nasc: 15/05/1994 Bairro: CENTRO Cidade: SAO JOSE DA COROA GRANDE GNS: 898002362697519</p>
<p>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</p>		
<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><input type="checkbox"/> O paciente tem alguma alergia?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim</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>
<p>ANTES DE INICIAR A CIRURGIA</p>		
<p><input 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? Reduzão de fratura Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? 1:00 / sim</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?</p> <p><input type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?</p>		<p>O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Exames de imagem estão disponíveis?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>
<p>ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA</p> <p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <p><input type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado</p> <p><input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)</p> <p><input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas com o nome do paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido</p> <p><input 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>Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara IMIP Hospitalar CNPJ: 09.039.744/0008-60</p>		<p>HOSPITAL DOM HELDER CAMARA</p> <p>Fundação Professor Martiniano Fernandes IMIP HOSPITALAR CNPJ: 09.039.744/0001-94</p>
<p>CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA</p>		
<p>FUND. MARTINIANO FERNANDES</p> <p>Registro: 111820 Nome: EUCLIDES ALVES DOS SANTOS Mãe: ALDECIR ALVES DE MOURA End.: SITIO CUNHA Enferm.: BL-4 C</p> <p>Atendimento: 477881 Leito: 648</p> <p>Dt.Cad: 13/01/2019 Dt. Nasc: 15/05/1994 Bairro: CENTRO Cidade: SAO JOSE DA COROA GRANDE GNS: 898002362697519</p>		
<p>ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Confirmação sobre o paciente <ul style="list-style-type: none"> Identificação do paciente Local da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado Consentimento informado realizado </p> <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</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>		
<p>ANTES DE INICIAR A CIRURGIA</p> <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 <ul style="list-style-type: none"> Identificação do paciente Local da cirurgia a ser feita Procedimento a ser realizado </p> <p>Antecipação de eventos críticos:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?</p> <p>O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Não se aplica</p> <p>Exames de imagem estão disponíveis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <i>[Assinatura]</i></p> <p><input type="checkbox"/> Não se aplica</p>		
<p>ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA</p> <p>A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nome do procedimento realizado <i>Fut am Tibia(E)</i></p> <p><input type="checkbox"/> A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)</p> <p><input type="checkbox"/> Biópsias estão identificadas com o nome do paciente</p> <p><input 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>		



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 477881

Data e Hora do Atendimento: 14/01/2019 00:16

Usuário do Atendimento: MICHELLINESM

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: EUCLIDES ALVES DOS SANTOS

Prontuário: 112820

Nome da Mãe: ALDECIR ALVES DE MOURA

Nome do Pai: LUIZ EUCLIDES DOS SANTOS

Data do Nascimento: 15/05/1994

Idade: 24 anos

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 441756268

SSP-PE Data Emissão: 10/01/2001

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 898002362697519

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: SITIO CUNHA

CENTRO

Cidade: SAO JOSE DA COROA GRANDE

PE

CEP: 55565000

Fone: 989751149

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SAO JOSE DA COROA GRANDE

HDH - Hospital Dom Helder Camara
Eduardo C. Dias de Souza

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

12 JAN. 2019

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Leito: BL-4 C

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

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, 14/01/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: 14/01/2019

Hora:

10h

*Internado
fim de férias*

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

*Bruna
NEPI
15/11/19*



MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM n.º 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)¹

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM n.º 1.658/2002, e constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

Nome do paciente: EVCLINOS ALVOS DOS SANTOS
Número do documento de identificação (documento com foto): _____

- Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10

1) 5822 Fratura maxilar tímia
2) _____
3) _____
4) _____

- O paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?

() Não

() Sim. Quais (descrição breve e resultado)? Fratura maxilar tímia em consolidação.

- Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do paciente? Quais as funções ou sentidos de que está o paciente privado ou limitado em virtude das patologias verificadas?

DEAMMULCAÇÃO (COM MULADA)
DURANTE A CONSOLIDAÇÃO -
DA FRACTURA.

A(s) patologia(s) constatada(s) o incapacita(m) para o trabalho?

() Não

() Sim. Por quê? Fratura em consolidação.

- Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

() Sim.

() Não. Qual o tempo de repouso estimado para a recuperação do paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?

180 dias e 01 mês.

¹ Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º (...)

III - registrar os dados de maneira legível;



Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) ao final, em obediência ao art. 5º da Resolução CFM n.º 1.658/2002.

CMU, 27/02/2019
(local) data

NOME DO MÉDICO
N. CRM

Dr. Edson Rodrigues
Ortopedia
CRM-13528

Eu (nome do paciente ou representante legal)
autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.

