


## TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, **RICHALIEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS**, brasileiro, casado, motorista, RG 6.887.057 SDS/PE, inscrita no CPF sob o nº 070.934.784-76, residente e domiciliado na Rua 23, N. 08, Charneca, Cabo de Santo Agostinho – PE, CEP 54539-240. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.



Assinatura



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME**  
 RICHALDO MIRABRAM MAURILIO DOS SANTOS

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF**  
 6887057 SDS PE

**CPF** **DATA NASCIMENTO**  
 070.934.784-76 10/04/1988

**FILIAÇÃO**  
 MAURILIO LUIZ DOS SANTOS  
 MARIA EUNICE BATISTA DOS SANTOS

**PERMISSÃO** **ACC** **CAT. HABIL.**  
 [ ] [ ] AD

**Nº REGISTRO** **VALIDADE** **1ª HABILITAÇÃO**  
 04122963773 16/03/2020 20/06/2007

**OBSERVAÇÕES**  
 Exerce Ativ Remunerada

*Richalvo Mirabram Maurilio dos Santos*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

**LOCAL** **DATA EMISSÃO**  
 CABO - PE 25/03/2015

*[Assinatura]*  
 ASSINATURA DO EMISSOR

65138159090  
 PE064723810

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS  
 1024418240

PROVIDO PLASTIFICAR  
 1024418240





**SANTANDER FREE**

**Nº DO CARTÃO** 5447 XXXX XXXX 8835 | **MasterCard**

1/3

**Limite Total do Crédito** R\$ 1.091,00

**Limite para saque à vista\*\*** R\$ 0,00

**Limite disponível em 27/03/2019** R\$ -43,88

**Parcela esta fatura em:**  
12 X 73,72

**Pagamento Mínimo**  
R\$ 239,49

**Total desta fatura**  
R\$ 538,17

**Vencimento**  
08/04/2019

Se você pagar qualquer valor entre o Pagamento Mínimo e o Total da Fatura, esta diferença será financiada pelo próximo período com os juros do Crédito Rotativo e IOF.

\*\*A utilização deste limite comprometerá o limite total do cartão. Durante este mês, você excedeu seu limite de crédito.

**Parcelas a vencer**

Próxima fatura	Total a vencer*
Compras Parceladas R\$ 68,13 R\$ 272,52	
Parcelamento de fatura R\$ 186,78 R\$ 373,56	
<b>TOTAL</b> R\$ 254,91 R\$ 646,08	

\*Soma de todos as parcelas a vencer, incluindo as que vencerão na próxima fatura (demonstradas acima)

**Conveniência**

**Benefícios**

**Importante**

**Parcela o total desta fatura em:**

24 X 56,36	18 X 61,28	15 X 65,84	11 X 76,72
08 X 93,07	06 X 113,72	04 X 155,87	

**PARA CONTRATAR O PARCELAMENTO DE FATURA:**

Faça um novo pagamento do valor da parcela escolhida até o vencimento desta fatura. O valor da parcela já inclui IOF e taxa de juros. Cuidado em atraso deve ser controlado a Central de atendimento Santander antes da contratação.

**Período de Acúmulo de Pontos de 16/02/2019 a 15/03/2019**

Estas são informações consolidadas de todos os seus cartões que participam do Pontos Extra.

<b>Saldo de Pontos Anterior:</b>	308
<b>(+) Pontos Acumulados por Transações</b>	65
<b>(=) Pontos Disponíveis:</b>	374

Para mais informações e consultar o saldo atualizado, acesse [www.santander.com.br/na/santander](http://www.santander.com.br/na/santander) ou Central de Atendimento Santander.

**Juros (ao mês) para o próximo período**

Parcelamento automático	9,99%
Crédito Rotativo	11,89%
Saques	17,89%
Compras Parceladas com juros	1,99%
Parcelamento de fatura	9,99%
<b>Total Parcelado</b>	<b>5,49%</b>

Pagando apenas o valor mínimo desta fatura até a data de vencimento, o valor dos juros mais impostos a ser pago na próxima fatura será de: **R\$ 37,37**

**Data de fechamento desta fatura** 27/03/2019

**Previsão de fechamento da próxima fatura** 24/04/2019

**033-7**

**03399.49281.36981.908605.33605.901025.2.00000000000000**

Nome do Pagador: **RICHALIEU MIRABEAM MURILLO DOS SANTOS - CPF/CNPJ: 070.934.784-76**

23-08 - **CHARNECA CEP 54539-240 CABO DE SANTO AGOSTI PE**

Issuador	Número do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento R\$	Valor pago R\$
1190860336059	4478660000149110	08/04/2019	538,17	

Beneficiário

Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 - Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011

Agência / Código - Beneficiário

050.04.92836.9

Autenticação Mecânica

**033-7**

**03399.49281.36981.908605.33605.901025.2.00000000000000**

Agência Receptora

Agência preferencialmente no banco Santander

Beneficiário

Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42

Agência Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011

Data Documento	Número do Documento	Expira	Acresc	Data Process	Valor Documento	Valor Pago
27/03/2019	4478660000149110	FF-CI	11	27/03/2019	538,17	

Valor do documento

4478660000149110

Valor Pago R\$

239,49

RECIBO DO CLIENTE

INSTRUÇÕES: PREENCHER O VALOR A SER PAGO NO CAMPO "VALOR DO DOCUMENTO" FATURAS PAGAS APÓS O VENCIMENTO TERÃO ACRESCIMOS E ENCARGOS, CALCULADOS A PARTIR DA DATA DO VENCIMENTO E INCLUIDOS NA SUA PRÓXIMA FATURA MENSAL. APÓS 28/04/2019, PAGAR SOMENTE NAS AGÊNCIAS DO SANTANDER.

**RICHALIEU MIRABEAM MURILLO DOS SANTOS**

**R 23 08**

**CHARNECA**

**54539-240 CABO DE SANTO AGOSTI PE**

**GTIC RECIFE PE PL3**

7208205376555401500000883530200319

Autenticação no verso

AG 85401728

Pagador

Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação







Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho  
Secretaria Municipal de Saúde



SAMU  
192

## DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S-606786** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento o **SR.RICHALIEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS**, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob o nº **070-934-784-76**, na **BR 101 próximo celio rochedo**, vítima de colisão moto e carro, o mesmo foi atendido no local e posteriormente removido para o hospital Dom Helder Câmara.

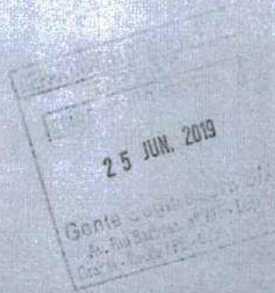
Cabo de Santo Agostinho, 02 de Abril de 2019.

Atenciosamente,



Fabiano Alcoforado  
Coordenação - NEP  
COREN 35782  
MAT. 23.226

Fábio Marinho  
Coord ADM Geral SAMU 192 Cabo  
Mat 43.080



Endereço: Av. Josefa Ana Conceição Itapuama – Cabo de Santo Agostinho  
Fone: 3524 – 8099 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com.br





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA		UNSAO IMIP HOSPITALAR
Atendimento: 490819	Senha de Classificação: 0060	
Data e Hora: 25/03/2019 19:10		
<b>Paciente:</b> 114950 ROCHALIEU MIRABEAM MAURILIO DOS SA Sexo: MASCULINO		
Data de Nascimento: 10/04/1988 Idade: 30 anos Convênio: 2 SUS/SIA AMBURO		
Nome da Mãe: MARIA EUNICE BATISTA DOS SANTOS Nome do Pai: MAURILIO LUIZ DOS SANTOS		
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO CRM: 14661		
Endereço: RUA VINTE E TRES Bairro: VILA TEATROLOGO BARRETI		
Cidade/UF: CAJO DE SANTO AGOSTINHO - PE Usuário Atendimento: MIGUELNI		
RG (Identidade): Data de Emissão:		
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 07350476478 Fone: 067815832		
Cartão SUS: Data de Emissão CRN:		
<b>RESUMO DE TRATAMENTO</b>		
Peso: _____	Altura: _____	Temperatura: _____ Hora: _____
<b>Queixa Principal</b> Queda de peso e fraqueza dos membros superiores e inferiores e vômitos ocasionais nos membros.		
<b>Exame Físico</b> Examinando MMS, consciente, orientado, glogoso, 15 dias em Persea E. já avaliada pelo Cirurgião geral.		
<b>Diagnóstico</b> Fratura de Persea E. 25.03.19		
<b>Conduta Terapêutica</b> 1) Solicitar Internamento + Rx de Persea E. e MMS.		
<b>Medicação Médica</b> 1) Tramadol 100mg + SF 0,9% 100ml EV 2) Paracetamol 1000mg + SF 0,9% 100ml - EV 3) Analgesia em MMS 4) Tala coarpoática. EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR		
Assinatura Médica: _____		



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA		Página: 0001
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico		Data: 27/03/2019
Ficha de Cirurgia Descritiva		Hora: 17:19
<b>Ficha de Cirurgia Descritiva</b>		
Atendimento: 40561	Sala: 0002	SALA 02
Paciente: 114950	RICHARLEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS	
Convênio Atend.: 1	SUS - INTERNACAO	
Leito: 639	LEITO 6	
DL Inicio: 27/03/2019 17:00	DL Fim: 27/03/2019 17:29	
Cid Pré-Operatório	Atendimento: 490629	
Cid Pós-Operatório	Carteira	
	Idade: 30 Anos	
<b>Procedimentos</b>		
Procedimento: 0408050500	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)	
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO	
Anestesia: 05	RAQUI ANESTESIA	
<b>Equipe Médica</b>		
CIRURGIAO	13783	LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
ANESTESISTA	18488	REBECA FELISSA ALBUQUERQUE SOARES
<b>Descrição</b>		
Indicação Cirúrgica:		
HD: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA		
CD: HIN DESCRICAO CIRURGICA		
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA		
2. LAVAGEM DO MID COM PVPi DEGERMANTE E SF0,9 %		
3. ANTISSEPSE E APOSICAO DE CAMPOS ESTEREIS		
4. INCISAO MEDIANA JOELHO ESQUERDO		
5. PASSAGEM DE FRESA, COLOCACAO DE FIO GUIA, FRESAGEM DE CANAL MEDULAR		
6. COLOCACAO DE HASTE MEDULAR SOB FLUOSCOPIA		
7. BLOQUEIOS DISTAIS A MÃO LIVRE SOB CONTROLE FLUOROSCÓPICO COM DOIS PARAFUSOS DISTAIS		
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	
25 JUL 2019		
DR(A): LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO		
CRM: 13783		
27 03 19 2210		
Assinatura: [Assinatura]		







HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



### FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 490829

Data e Hora do Atendimento: 25/03/2019 21:48

Usuário do Atendimento: NEICYCCO

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Nome do Paciente: RICHALIEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS

Prontuário: 114950

Nome da Mãe: MARIA EUNICE BATISTA DOS SANTOS

Nome do Pai: MAURILIO LUIZ DOS SANTOS

Data do Nascimento: 10/04/1988

Idade: 30 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG:

Data Emissão:

CPF: 07093478476

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 708004861100429

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Endereço: RUA VINTE E TRES

B

VILA TEATROLOGO BARRETO JUNIOR

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54535240

Fone: 987815832

### DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU

Médico: JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA CRM: 13722

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 13

HCH - Hospital Dom Helder Câmara  
Evângela C. Dias da Souza  
Faturamento/SAE  
Em: 01 ABR 2019

### 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, 25/03/2019

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

### SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_

Alta em: 28 / 03 / 19 Hora: 12:03

Médico e C.R.M.: \_\_\_\_\_

Responsável pela retirada do paciente - Nome: \_\_\_\_\_

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

Dr. Bruno Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 26693

HCH - Hospital Dom Helder Câmara  
Medicina Geral  
SAE/S - Faturamento

COIH  
Hospital Dom Helder Câmara  
03/04/19





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Automedicação

27/03/19 14:55

Paciente: Richalieu, Mirabem, Marlene dos Santos

Sexo

Cor

Idade

Raça

M

F

30

±

Nome do Anestesiologista: Dr. J. A. C. R. S. S.

Nome do Cirurgião: Dr. J. A. C. R. S. S.

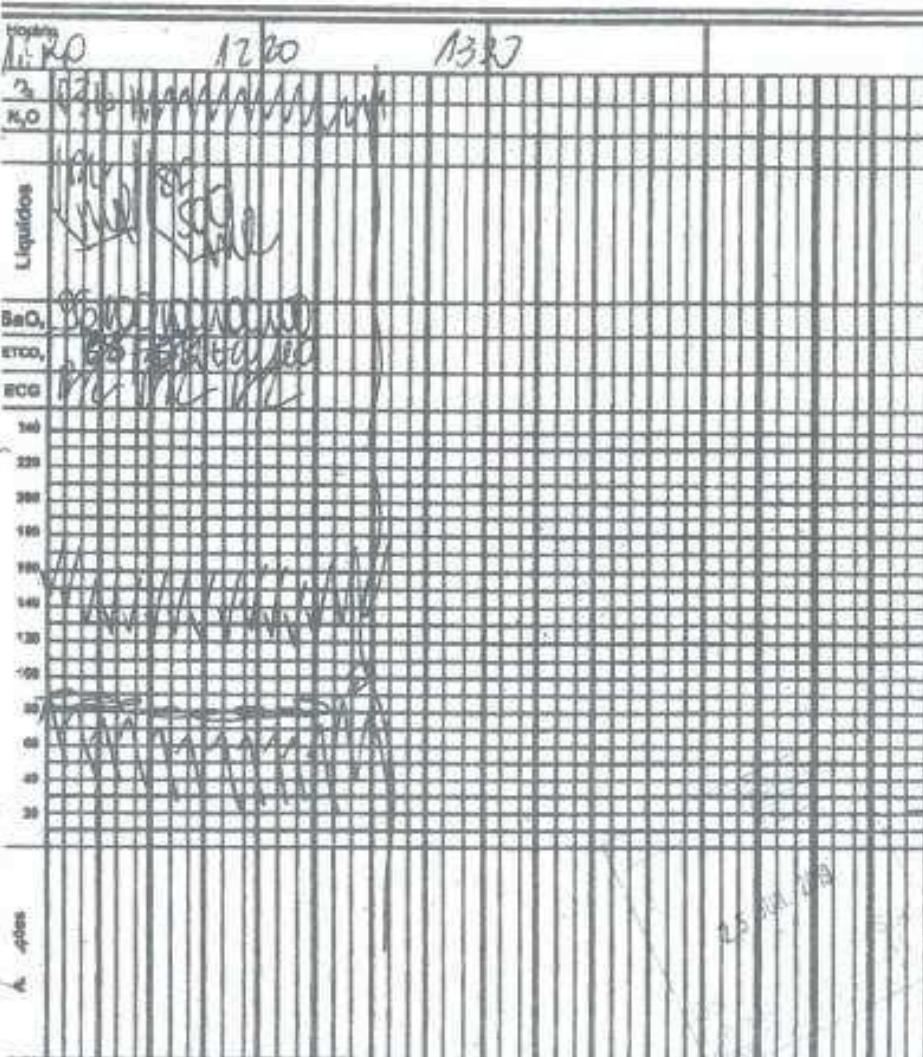
Medicação Pré-anestésica

Urgência

☒ Não

☐ Sim

Cirurgia: fratura de tíbia (E)



Drugs Usadas

Quantidade

Fentanyl 60 mcg  
 Versumol 30 mg  
 Durof 60 mcg  
 Bopi 0,5/15 mg  
 Nupor 2% 3ml Bata  
 Urethane 75 mg  
 Afazolin 0,25

Técnicas Anestésicas

Sedação +

Ragumasterix  
Sutacto  
Insulin  
primário LSL para  
LCE Glauco  
Blog eferr  
Q 76

Monitorização

☐ SIS

☒ Cardíaco

☐ Temperatura

☒ Oximétrico

☐ Swan-Ganz

☒ PHi

☐ Analisador Gases

☒ Sonda Vesical

☐ PVC

☒ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☒ Elet. Pré-Cordal

☐ Linha Arterial

☒ Outros

☐ Volume ESP Plus

Encaminhado

☒ Aceito

☐ Recusado

☐ Intubado

☐ Outros

☒ SRPA

☐ Apar. Ent.

☐ UTI

☐ Externa

Intensidade:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrição:

Observações:

Dr. J. A. C. R. S. S.  
 Médica Anestesiologista  
 CRP 524114-60







HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

L.05



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Richardus Marchion data: 27/03/19 Hora: 13.00 Registro: 114453  
Leito de origem: \_\_\_\_\_ Leito da SRPA: 01

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: 120 Cis. Inst. Tiroide Esquerda  
Tipo de anestesia: Respi + sedação  
Equipe: D. Fernanda Campa Anestesiista: D. Rebeca

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom ☒ Regular ( ) Torporoso ( ) Grave°  
Respiração: ☒ Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ☒ Não ( ) Sim Onde: MSE  
Acesso Venoso Central: ☒ Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: ( ) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 119 x 63 mmHg FR: \_\_\_\_\_ p/min FC: \_\_\_\_\_ p/min SaPO2: \_\_\_\_\_  
Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>119 x 63</u>	<u>133 x 73</u>	<u>128 x 70</u>	<u>118 x 66</u>	<u>112 x 70</u>	
FR						
FC	<u>97</u>	<u>84</u>	<u>85</u>	<u>81</u>	<u>81</u>	
SaPO2	<u>92</u>	<u>94</u>	<u>97</u>	<u>97</u>	<u>96</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_  
Destino: ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Emergência ( ) Ambulatório ( ) Residência  
Data: 27/03/19 Horário: 16h Responsável pelo encaminhamento: Dra. Graça Couto  
Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_







Hospital Metropolitano São Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0008-80

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND, MARTINIANO FERNANDES

Registro: 114950

Atendimento: 490829

Nome: RICHALIEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS

Mãe: MARIA EUNICE BATISTA DOS SANTOS

End.: RUA VINTE E TRES

Enferm.: LEITO 13

Leito: 341

DI.Cad: 25/03/2019

DI. Nasc: 10/04/1988

Bairro: VILA TEATROLOGO BARRETO JUNIOR

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

CNS: 708004861100429

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

- ☒ Site 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? *Redução da pressão*  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1.0h*

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

*Rv*

25 JUL 2019

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

*Tot. cirúrg. final. Fábio E*

*[Assinatura]*  
439652  
Enfermeira





## 1. Identificação

1. Identificação

Nome: Richard M. Nivalera Data: 27/03/19 Registro: 114990  
Convênio: 303 Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 11:05

Cirurgião: Dr. Manoel de Jesus 1º auxiliar: Dr. J. P. Siqueira  
Anestesista: Dr. F. A. Costa Instrumentador: Celso  
Circulante: J. M. Silva

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Pinça de faco	due + back	due + back
Martelo	due + back	due + back
Fis. Cópia. Cromius	due + back	due + back
Caneta Bisturi	due + back	due + back
Winston Strayker	due + back	due + back
Idra	due + back	due + back
Revista	due + back	due + back
Box. anestesia	due + back	due + back
Cx. PEN (cromius)	due + back	due + back
Instrumental	due + back	due + back
Cx. haste bloq. tibia	due + back	due + back
Instrumental	due + back	due + back
Cx. haste tibia cromius	due + back	due + back
Implante	due + back	due + back





**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Richardson Nogueira Maurício dos Santos Data: 27/03/19 Hora: 11:05 Registro: 114.950  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Pe.: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. E. Fernando Pinheiro Anestesiologista: Dr. S. Rebelo  
Auxiliar: Dr. S. Mariano 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Leziel

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Dr. E. Fernando Pinheiro Exat. Tórax esquerda Início: 11:43 Término: \_\_\_\_\_  
Anestesia: Sedação + Sdacao Início: 11:20 Término: \_\_\_\_\_

**4 - PRE-OPERATÓRIO:**

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

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

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

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso (x) Monitor Cardíaco (x) PNI (x) Bomba CEC ( ) Aspirador ( )  
Colchão Térmico ( ) Bisturi Ultrasônico (x) Artroscópio ( ) Microscópio ( ) Capnógrafo ( )  
Bisturi Elétrico (x) Local de Pica: Dorso  
Carro de Anestesia (x) Difusor ( ) Intensificador (x)  
Ap. Vídeo ( ) Bomba de Infusão (x) Nº ( )  
Oxigênio (x) Início: 11:30 Término: \_\_\_\_\_  
Protetor ( ) Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
Gás Carbônico ( ) Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Câmara Orotraqueal: Sim ( ) Não (x) Função Venosa: Sim ( ) Não (x)  
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não (x) Sonda Gástrica: Sim ( ) Não (x)  
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não (x)  
Curativo (Tipo e Local): Sim (x) Não ( ) Comprimidos em F.O (MIE)

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: Ficha de anestesia CIRURGIA: Ficha de instrumentais  
em anexada ao prontuário da paciente. usados durante a  
cirurgia em anexada  
ao prontuário da  
paciente.

**6 - OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado (x) Narcose ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )  
Enfermagem por: BRPA (x) S. Intensiva ( ) LICOR ( ) UTI ( ) APH ( ) Realidade ( )

Data: 27/03/19 Hora: \_\_\_\_\_ Enfermeiro: Thais Circulante: 3/11/19/2019

COD. 38607





MATERIAL DE SALA CIRURGICA		Data: 07/03/19	
PACIENTE:	Richardson Miranda	AUXILIAR:	Dr. Mariana
CIRURGIÃO:	Dr. Leonardo Lencas	ANESTESIA:	Rasuri + Sedação
ANESTESISTA:	Dr. Rêver	CIRURGIÃO:	Dr. Rêver
ESTRUMENTADOR:	Dr. Rêver	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Rêver
CIRCULANTE:	Dr. Rêver	COREN:	
ENFERMEIRA:	Thaís	HORARIO INICIAL:	11:45
		HORARIO FINAL:	13:50

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA	0,9
----------------------------------	-----

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLÉGICA	STIMUPLEX	RAOUL 25	RAOUL 27

ATADURAN			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESEADA 10CM	GESEADA 15CM	GESEADA 20CM	

CANULAS			
TRAQUEOST 7.0	TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 8.0	TRAQUEOST 8.5
TRAQUEOST 9.0			

CATHETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	

LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400

CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX

EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO

EXTENSORES			
20CM	40CM	80CM	120CM

LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20

BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6
------------	------------	-------------

LUVA			
LUVA 7.0	LUVA 7.5	LUVA 8.0	LUVA 8.5

SERINGS			
1ML	3ML	5ML	10ML
		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
20ML	60ML	60ML CATEYER	

AVENTAL CIRUR	85. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PI VIDEO
		NN	

COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS

ELETRODOS	FILTRO UNIDIF.	GAZES	SELF-QUAN
K		NIKK	
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA

SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAC
----------	----------	-----------	----------------


DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA
----------------------------------

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,1	SUCCAO 6,4
BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 28
TORAX 26	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

[illegible]

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. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0

ENDOTRAQ. 5.5	ENDOTRAQ. 6.5	ENDOTRAQ. 8.5	ENDOTRAQ. 7.0
ENDOTRAQ. 7.5	ENDOTRAQ. 8.3	ENDOTRAQ. 8.6	ENDOTRAQ. 9.0

FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 15	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
----------------	----------------	----------------	----------------

FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 06	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 10	URETRAL 10	URETRAL 20

FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-3	ALGODÃO 3-5	FITA CARDIACA

CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-6	CROMADO 3-6
-----------	-----------	-------------	-------------

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 6-0	NYLON 6-0	NYLON 6-0	NYLON 6-0

NYLON 10-0	POLYESTER 2	POLYESTER 2-0	POLYESTER 3-0
POLYESTER 4-0	POLYESTER 5	POLYESTER 6	POLYESTER 7

POLYESTER 4-0	POLYESTER 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 FIOSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
------------	-------------	------------	----------

SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
ACQ 1	ACQ 1	ACQ 4	ACQ 8

BUROGIEL SX/2	AGU 1	AGU 4	AGU 9

CÓĐ: 38407





## MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

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



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/03/2019 18:53

Nome Paciente:	RICHALIEUMIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	10/04/1988
Sexo:	Masculino
Idade:	30
Senha:	0060
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 25/03/2019 19:00 - 25/03/2019 19:06

ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE COLISÃO EM CACHORRO, CURSANDO COM FRATURA FECHADA DE TIBIA + FIBIA, ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AR AMBIENTE.

Observação: NEGA DM, HAS, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(s) por: ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)



Data Impressão: 25/03/2019 19:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





 <b>HOSPITAL DOM HELVÉCIO CÂMARA</b>		<b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA</b> <b>BLOCO CIRÚRGICO - SRPA Sante</b>		 <b>GESTÃO IMIP HOSPITALAR</b>	
Nome: <u>Richardson Thirakzan Lima dos Santos</u>		Registro: <u>11493</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: <u>Maternidade</u>		Data: <u>11/03/19</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 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 type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros _____			
3. Padrão de eliminação urinária (✓) Diminuído ( ) Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____ h <input checked="" 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: ( ) Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros _____			
4. Dor (✓) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa		<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" 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 type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada ____ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito 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 (✓) Local: <u>FOVAR</u> ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros _____			
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )		<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. 38805

25 JUL 2019

SIA



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

G - Sonda Nasogástrica



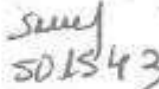

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 <b>ENFERMEIRO(A) - D -</b>	 <b>ENFERMEIRO(A) - N -</b>	 <b>TÉC. EM ENFERMAGEM - D -</b>	 <b>TÉC. EM ENFERMAGEM - N -</b>
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO





DIAGNOSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
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 checked="" type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input checked="" 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 35°C ou acima de 37°C <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: ( ) Taquicardia; ( ) Palidez cutânea; ( ) Pulso irregular; ( ) Pele fria; ( ) Perda da Consciência <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco de Infecção (✓)	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: F.O. AVP <input checked="" type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações (✓) dor; (✓) Calor; (✓) Rubor; (✓) Edema. <input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica



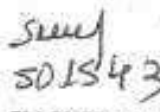

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

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



**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Nome: Richardson Marques Moura Registro: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	Observações
26/09/19	<p># Potencial de</p> <p>HD: Faltou com Ocas de Perna</p> <p>Ref sangue contendo sangue</p> <p>Ho sangue</p> <p>EGG / PAA / Lck / Legum</p> <p>Dr. Bruno Daltro Ortopedia Traumatologia CRM 26693</p>
27/09/19	<p># Cotexum</p> <p>HD: Faltou com Ocas de Perna</p> <p>Ref sangue contendo sangue</p> <p>Ho sangue</p> <p>EGG / PAA / Lck / Legum</p> <p>Dr. Bruno Daltro Ortopedia Traumatologia CRM 26693</p> <p>25.09.2019</p>
30/09/19	<p># Suxup Suxup</p> <p>Realizado pelo social com família do paciente. Dado entregue DPVAT e Dado Previdenciário</p> <p>Thallita Gondim C. Santos Assistente Social CRESS nº 7620 - 4ª Região/P</p>





**EVOLUÇÃO CLÍNICA**

Nome: Richardson Menezes de Sá Registro: \_\_\_\_\_

Clinica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	Observações
28/03/19	<p><i># Oligocitúria</i></p> <p>HO: Febre em episódios TS9</p> <p>Rt por quanto tempo</p> <p>Rt Hospitalar com sintomas</p> <p>Amikacina</p> <p>ESAN (L.H. 16/19/19)</p>
28/03/19	<p>Paciente em 11 DPO de trat. clínico. Febre C, em EGB, com sinais sistêmicos, febre, sudorese, supúrculo, afecção da pele, de 1.0, eliminação (+) de urina, medicação CPN, melhora de F.O. e excreção</p>

*Dr. Bruno Daltro*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CAMAR 28593*

*Thamir*  
*44765*  
*Enfermeira*



**Registro:**

Leito:

~~Dr. Arturo Baltro  
Ortopedia y Traumatología  
CRM 26593~~



530751  
0212561/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO - DP40ªCIRC  
DIM/10ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0130003034**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/04/2019** às **13:05****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**, que aconteceu no dia **25/3/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 1 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE (**  
**RICHALTEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): RICHALTEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS**

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

**RICHALTEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA EUNICE BATISTA DOS SANTOS Pai: MAURILIO LUIZ DOS SANTOS Data de Nascimento: 10/4/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6857067/808/PE (RG) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES Telefones Celulares: 91484969**

**Endereço Residencial: RUA VINTE E TRES ( ), 08 - CEP: 55000-000 - Bairro: CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): RICHALTEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): RICHALTEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Cor: BRANCA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Placa: PC5643 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 113957388 Chassi: 8C3KCT200JR008083 Ano Fabricação/Modelo: 2017/2018 Combustível: ALCOOL**

file:///C:/Users/SDS/Desktop/19E0130003034.pdf



## Complemento / Observação

INFORMOU A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA NA BR 101, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU EM SUA FRENTE CAUSANDO O ACIDENTE, QUE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA ONDE FOI SUBMETIDO A UMA INTERVENÇÃO CIRURGICA.

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

**MICHAEL MURABIAN MAURILIO DOS SANTOS**

**VITIMA**

*Miclael Murabian Maurilio dos Santos*

B.O. registrado por: **ALCIONE DE OLIVEIRA SILVA** - Matrícula: 272946-6

*[Assinatura]*





Complemento / Observação

INFORMOU A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA NA BR 101, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU EM SUA FRENTE CAUSANDO O ACIDENTE, QUE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA ONDE FOI SUBMETIDO A UMA INTERVENÇÃO CIRURGICA.

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

**RICHALIEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS**

**VITIMA**

*Richalieu Mirabean Maurilio dos Santos*

B.O. registrado por: **ALCIONE DE OLIVEIRA SILVA** - Matrícula: 272946-6

*[Assinatura]*



**SINISTRO 3190394418 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** RICHALIEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** RICHALIEU MIRABEAM MAURILIO DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 07093478476**Posição em 04-07-2019 18:49:37**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/07/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

