

Deve a parte autora apresentar-se para realização da perícia acima designada munida com os documentos pessoais, assim como os exames médicos já realizados e referentes à lesão alegada nos autos.

Cite-se e intime-se a parte ré, via carta com AR, para integrar a lide e, no prazo de 05 (cinco) dias, efetivar o depósito judicial do valor de R\$ 300,00 (trezentos reais), perante a Caixa Econômica Federal, Agência Fórum Rodolfo Aureliano, sob pena de bloqueio de valores via BACENJUD.

Somente após a juntada, nos autos, da perícia, será a parte ré intimada para apresentar sua Defesa.

Intime-se também a parte autora, por meio do seu advogado e pessoalmente, por carta com aviso de recebimento - AR, para tomar ciência da presente decisão.

Com a juntada da perícia, já tendo a parte ré depositado os honorários periciais, expeça-se, com as cautelas da lei, o respectivo alvará em proveito do Senhor Perito, observando-se o Artigo 465 do CPC. Caso não tenha havido pagamento, voltem-me conclusos certificando-se.

Intimem-se. Cumpra-se.

(Cópia desta decisão, autenticada por servidor em exercício na Diretoria Cível do Primeiro Grau, servirá como mandado).

Recife, 21 de janeiro de 2020.

MARCELO RUSSELL WANDERLEY

Juiz de Direito





Tribunal de Justiça de Pernambuco
Poder Judiciário
Seção B da 15ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA, RECIFE
- PE - CEP: 50080-800 - F:(81) 31810315

Processo nº **0089062-53.2019.8.17.2001**

AUTOR: TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS

RÉU: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA, ARUANA SEGUROS S.A.

DECISÃO COM FORÇA DE MANDADO

Vistos etc.

Defiro o pedido de gratuidade judicial, ficando, desde já, ciente a parte requerente acerca do que dispõe o Art. 98, §2º do CPC.

Considerando a peculiaridade dos processos de cobrança do Seguro DPVAT nos quais, como sabido, é imprescindível a realização de perícia médica para sua solução, entendo ser possível, nesses casos, a antecipação da produção dessa prova, como meio para propiciar o sucesso de uma eventual composição amigável, nos moldes do inciso II do artigo 381 do CPC, cujo teor prevê:

“Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: (...) II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;”

Assim sendo, diante do singular cenário apresentado, determino, com respaldo no mencionado dispositivo legal e em prestígio aos princípios da efetividade e da celeridade processual, **a antecipação da produção de prova técnica pericial**, a fim de que se possa identificar e quantificar o grau da(s) lesão(ões) porventura sofridas pela Parte Autora, e, para tanto, nomeio como Perito do Juízo o Dr. ROMERO BEZERRA CAVALCANTI MENDES, CRM – 12.506/PE.

Arbitro honorários periciais no valor de R\$ 300,00 (trezentos reais), cuja despesa deve ser suportada pela Parte Ré, conforme convênio estipulado entre a Seguradora Demandada e o Tribunal de Justiça de Pernambuco, a serem depositados na Caixa Econômica Federal, neste Fórum Rodolfo Aureliano e entregues ao profissional, após a apresentação do laudo, facultada a liberação parcial quando necessária (art. 465, § 4º do NCPC).

A perícia ora determinada será realizada pelo Senhor Perito no **dia 05 de março de 2020, às 15 horas, no 3º andar do ITORK - Instituto de Traumatologia e Ortopedia Romeu Krause, localizado na Rua Francisco Alves, 326, telefone: (81) 3414-9100, Ilha do Leite, Recife/PE.**



SINISTRO 3190596794 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 06062650403

Posição em 06-11-2019 16:19:36

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.

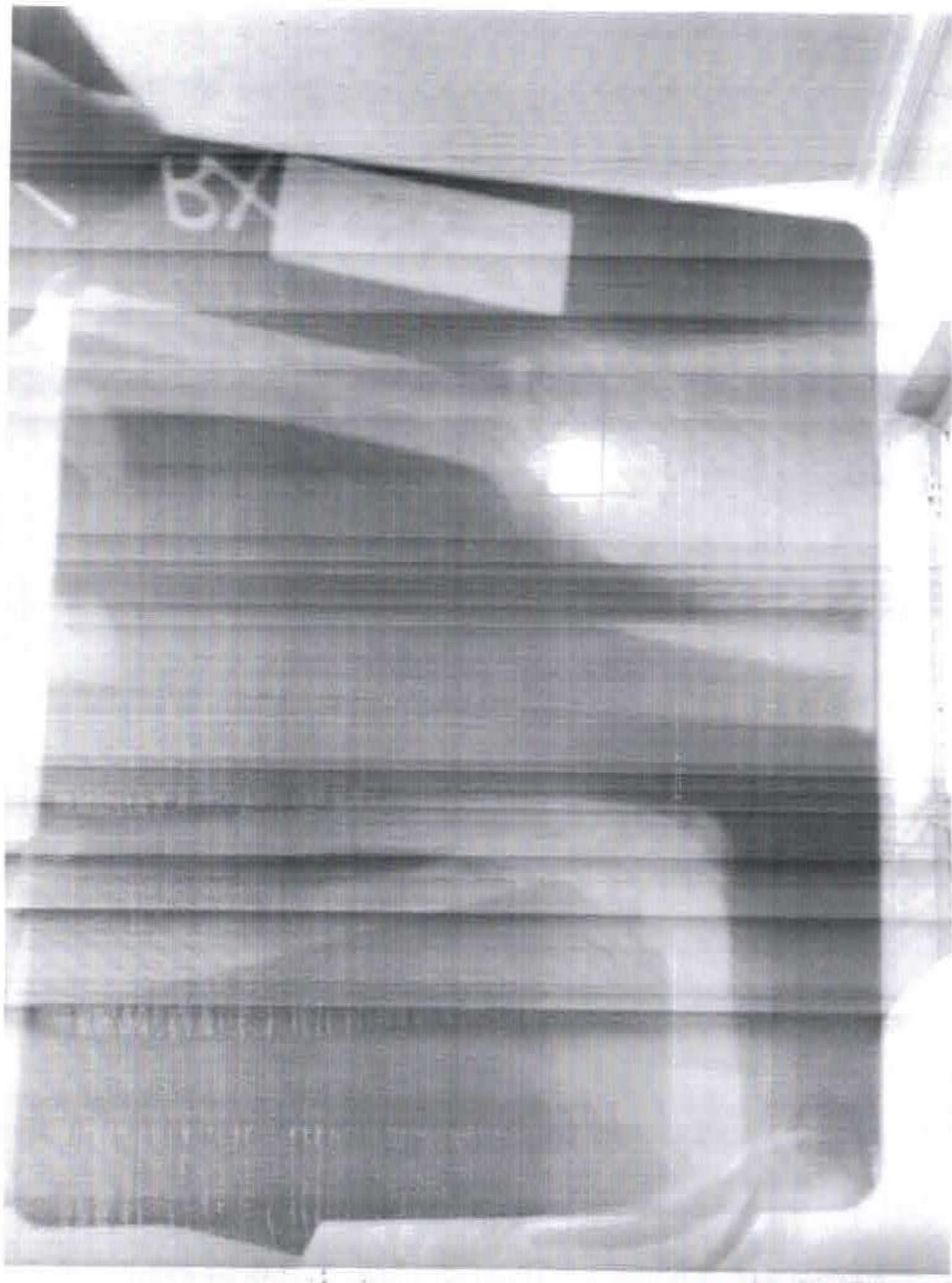
Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 20/12/2019 12:46:11
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122012461116500000054972443>
Número do documento: 19122012461116500000054972443

Num. 55876811 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 20/12/2019 12:46:11
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122012461116500000054972443>
Número do documento: 19122012461116500000054972443

Num. 55876811 - Pág. 13

ESCALA DE BRADEN
AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO, Adulto
Nome do paciente: *Kiago Silviano Almeida dos Santos*Registro: _____ Data da avaliação: *17/04/19*

Nome do paciente:

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não gemit, não se retrai nem se queira a nadar) devido a um nível reduzido de consciência ou é sedação. OU Capacidade limitada de sentir e ouvir na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades. O	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défices sensoriais que possam limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Umidade Nível de exposição à pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muita úmida: A pele está frequentemente, mas não sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pela menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga, ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte das férias deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de mover e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Occasionalmente move ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas nenhuma.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição no corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 de comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios), ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum entre a dieta líquida ou a sopa durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteinas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocassionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimenta-se por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteinas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma permanentemente um suplemento caso isto seja necessário. OU É alimentado por sonda ou outro regime de nutrição permanente total, satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na integral. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não recebe suplementos.
Frigidez e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada e materna para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar sobre os lençóis. Desloca frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reajustamento constante com ajuda materna. Inabilidade, contraturas ou agitação leva a posição quase contínua.	2. Problema potencial: Movimento-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslice de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desloca.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma posição na cama ou cadeira.	

Alto Risco: <12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18

Pontuação Total *21*



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 19/4/2019 13:01

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: TIAGO JULIANDIO		REGISTRO 115045
ENFERMARIA/ LEITO 405-2	ATENDIMENTO	

405-2

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO

PCT NO MOMENTO EM BOM EST GERAL, ENCAMINHADO AO BLOCO
PARA TTO CIRURGICO

CONDUTA :

AO BLOCO

DR. MARCELO
SANTOS DA SILVA
M.D.
Assinatura





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



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

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-24

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 115580

Nome: TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS

Mae: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

End: RUA A

Enferm: 405 - 02 - LT TRAUMA

Atendimento: 495342

Lato: 718

Dt.Cad: 17/04/2019

Dt. Nasc: 14/05/1986

Bairro: PRAZERES

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

CNS: 200606766410008

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

Não

Sim _____

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

Não

Sim e há equipamento disponível

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

Não

Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
- Antevisão de eventos críticos:
Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

Sim

Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

Sim

Não se aplica

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 *Não*
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

TTO Cirurg. End. colo de madeira ②

ESCALA DE BRADEN
AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO POR PRESSÃO - Adulto

Nome do paciente:

Registro:

Data da avaliação:

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa em desconforto	1. Completely limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não gime, não se raiça nem se agarra a nela) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage únicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instrução verbal, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto	4
	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a suores, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Ocorre-lhe bem de ser mudada pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituals.	
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga sobr' de ser apoiado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtos distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.	4
	1. Completely imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Gravemente limitada, especialmente a projeção do corpo das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas, sentado.	3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou freqüentes alterações de posição do corpo sem ajuda.	
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/2 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteinas (carne ou lactéricios). Ingeriu poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum alto e dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Prevavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteinas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocacionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteinas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parenteral total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na integra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	3
	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se mover. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Deve-se frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Estabilidade, contraturas ou aplacção leva a mobilidade quase nula.	2. Problema potencial: Movimento-lhe com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, o pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoio ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou no cadeira, mas ocasionalmente desliza.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.		

Alto Risco: <12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18

Pontuação Total: 33





SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 19/4/2019 13:01

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: TIAGO JULIANDIO	ENFERMARIA/ LEITO 405-2	ATENDIMENTO	REGISTRO 115045
-----------------------	-------------------------	-------------	-----------------

405-2

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO

PCT NO MOMENTO EM BOM EST GERAL. ENCAMINHADO AO BLOCO
PARA TTO CIRURGICO

CONDUTA :

AO BLOCO

Dr. André A. Soárez
Residência Cirurgia
Assinatura





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



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

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 115680

Nome: TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS

Mãe: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

End: RUA A

Enferm: 405 - 02 - LT TRAUMA

Atendimento: 495342

Leito: 716

Dt. Gd: 17/04/2019

Dt. Nasc: 14/05/1986

Bairro: PRAZERES

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS: 200606785410008

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
 - Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
 - Checagem do equipamento anestésico
 - Oxímetro de pulso instalado e funcionando
- O paciente tem alguma alergia?
- Não _____
 Sim _____

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não
 Sim e há equipamento disponível

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

- Não
 Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
- Antecipação de eventos críticos:
 Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
 Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Su/m*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
 Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
 Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado *TTO Quirurg. Fral. sobre madeira* ②
- 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 *Não*
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

[Handwritten signature]

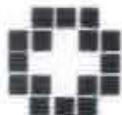
Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 20/12/2019 12:46:11

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122012461116500000054972443>

Número do documento: 19122012461116500000054972443

Num. 55876811 - Pág. 5

PACIENTE:	Diogo Nogueira Silveira dos Santos			DATA:	19/06/19
CIRURGIÃO:	Dr. Fernando Panay			RG:	115680
ANESTESISTA:	Dr. Ruyzola			AUXILIAR:	
CIRURGIA:	Int. Fratura de Radice L.			ANESTESIA:	Blog. de Plata + Nitroxi
ESTRUMENTADOR:	Thiago P.			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruaiva
CIRCULANTE:	Rose			COREN:	
ENFERMEIRA:	Daniela			HORÁRIO INICIAL:	8:50
				HORÁRIO FINAL:	9:25
Descrição Material Usado em Sala				Descrição Material Usado em Sala	
AGULHAS					
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 12	KHER 14
ATADURAS					
CREPE 18CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	BLAKER 19FR	BLAKER 24FR
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		TORAX 20	TORAX 26
CANULAS					
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ 7,0
RAQUEOST 9,0				ENDOTRAQ 3,5	ENDOTRAQ 4,0
CATETER					
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBLAVIA 16	ENDOTRAQ 5,5	ENDOTRAQ 6,0
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	ENDOTRAQ 7,5	ENDOTRAQ 8,5
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16
LIMPADORES					
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18
CURATIVOS					
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
EQUIPOS					
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO	NASO 10	NASO 12
EXTENSORES					
20CM	40CM	60CM	120CM	NASO 12	NASO 14
LAMINAS					
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	NASO 14	NASO 16
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6		NASO 16	
LUVAS					
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	URETRAL 8	URETRAL 10
	/			URETRAL 10	URETRAL 12
SERINGAS					
1ML	3ML	SML	10ML	URETRAL 12	URETRAL 14
2ML	6ML	8ML CATETER	/		
AVENTAL CIRUR					
BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO		FIOS CIRÚRGICOS	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 3VIAS	CONEXAO 4VIAS	ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0
ELETRODOS	FILTRO Umidif	GAZES	GELFOAM	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
IGT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA	CROMADO 0	CROMADO 2-0
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
		/		SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0
				SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
				NYLON 2-0	NYLON 3-0
				NYLON 3-0	NYLON 4-0
				NYLON 4-0	NYLON 5-0
				NYLON 5-0	NYLON 6-0
				NYLON 6-0	NYLON 7-0
				NYLON 7-0	NYLON 8-0
				NYLON 8-0	NYLON 9-0
				NYLON 9-0	NYLON 10-0
				NYLON 10-0	NYLON 12-0
				NYLON 12-0	NYLON 14-0
				NYLON 14-0	NYLON 16-0
				NYLON 16-0	NYLON 18-0
				NYLON 18-0	NYLON 20-0
				NYLON 20-0	NYLON 22-0
				NYLON 22-0	NYLON 24-0
				NYLON 24-0	NYLON 26-0
				NYLON 26-0	NYLON 28-0
				NYLON 28-0	NYLON 30-0
				NYLON 30-0	NYLON 32-0
				NYLON 32-0	NYLON 34-0
				NYLON 34-0	NYLON 36-0
				NYLON 36-0	NYLON 38-0
				NYLON 38-0	NYLON 40-0
				NYLON 40-0	NYLON 42-0
				NYLON 42-0	NYLON 44-0
				NYLON 44-0	NYLON 46-0
				NYLON 46-0	NYLON 48-0
				NYLON 48-0	NYLON 50-0
				NYLON 50-0	NYLON 52-0
				NYLON 52-0	NYLON 54-0
				NYLON 54-0	NYLON 56-0
				NYLON 56-0	NYLON 58-0
				NYLON 58-0	NYLON 60-0
				NYLON 60-0	NYLON 62-0
				NYLON 62-0	NYLON 64-0
				NYLON 64-0	NYLON 66-0
				NYLON 66-0	NYLON 68-0
				NYLON 68-0	NYLON 70-0
				NYLON 70-0	NYLON 72-0
				NYLON 72-0	NYLON 74-0
				NYLON 74-0	NYLON 76-0
				NYLON 76-0	NYLON 78-0
				NYLON 78-0	NYLON 80-0
				NYLON 80-0	NYLON 82-0
				NYLON 82-0	NYLON 84-0
				NYLON 84-0	NYLON 86-0
				NYLON 86-0	NYLON 88-0
				NYLON 88-0	NYLON 90-0
				NYLON 90-0	NYLON 92-0
				NYLON 92-0	NYLON 94-0
				NYLON 94-0	NYLON 96-0
				NYLON 96-0	NYLON 98-0
				NYLON 98-0	NYLON 100-0
				NYLON 100-0	NYLON 102-0
				NYLON 102-0	NYLON 104-0
				NYLON 104-0	NYLON 106-0
				NYLON 106-0	NYLON 108-0
				NYLON 108-0	NYLON 110-0
				NYLON 110-0	NYLON 112-0
				NYLON 112-0	NYLON 114-0
				NYLON 114-0	NYLON 116-0
				NYLON 116-0	NYLON 118-0
				NYLON 118-0	NYLON 120-0
				NYLON 120-0	NYLON 122-0
				NYLON 122-0	NYLON 124-0
				NYLON 124-0	NYLON 126-0
				NYLON 126-0	NYLON 128-0
				NYLON 128-0	NYLON 130-0
				NYLON 130-0	NYLON 132-0
				NYLON 132-0	NYLON 134-0
				NYLON 134-0	NYLON 136-0
				NYLON 136-0	NYLON 138-0
				NYLON 138-0	NYLON 140-0
				NYLON 140-0	NYLON 142-0
				NYLON 142-0	NYLON 144-0
				NYLON 144-0	NYLON 146-0
				NYLON 146-0	NYLON 148-0
				NYLON 148-0	NYLON 150-0
				NYLON 150-0	NYLON 152-0
				NYLON 152-0	NYLON 154-0
				NYLON 154-0	NYLON 156-0
				NYLON 156-0	NYLON 158-0
				NYLON 158-0	NYLON 160-0
				NYLON 160-0	NYLON 162-0
				NYLON 162-0	NYLON 164-0
				NYLON 164-0	NYLON 166-0
				NYLON 166-0	NYLON 168-0
				NYLON 168-0	NYLON 170-0
				NYLON 170-0	NYLON 172-0
				NYLON 172-0	NYLON 174-0
				NYLON 174-0	NYLON 176-0
				NYLON 176-0	NYLON 178-0
				NYLON 178-0	NYLON 180-0
				NYLON 180-0	NYLON 182-0
				NYLON 182-0	NYLON 184-0
				NYLON 184-0	NYLON 186-0
				NYLON 186-0	NYLON 188-0
				NYLON 188-0	NYLON 190-0
				NYLON 190-0	NYLON 192-0
				NYLON 192-0	NYLON 194-0
				NYLON 194-0	NYLON 196-0
				NYLON 196-0	NYLON 198-0
				NYLON 198-0	NYLON 200-0
				NYLON 200-0	NYLON 202-0
				NYLON 202-0	NYLON 204-0
				NYLON 204-0	NYLON 206-0
				NYLON 206-0	NYLON 208-0
				NYLON 208-0	NYLON 210-0
				NYLON 210-0	NYLON 212-0
				NYLON 212-0	NYLON 214-0
				NYLON 214-0	NYLON 216-0
				NYLON 216-0	NYLON 218-0
				NYLON 218-0	NYLON 220-0
				NYLON 220-0	NYLON 222-0
				NYLON 222-0	NYLON 224-0
				NYLON 224-0	NYLON 226-0
				NYLON 226-0	NYLON 228-0
				NYLON 228-0	NYLON 230-0
				NYLON 230-0	NYLON 232-0
				NYLON 232-0	NYLON 234-0
				NYLON 234-0	NYLON 236-0
				NYLON 236-0	NYLON 238-0
				NYLON 238-0	NYLON 240-0
				NYLON 240-0	NYLON 242-0
				NYLON 242-0	NYLON 244-0
				NYLON 244-0	NYLON 246-0
				NYLON 246-0	NYLON 248-0
				NYLON 248-0	NYLON 250-0
				NYLON 250-0	NYLON 252-0
				NYLON 252-0	NYLON 254-0
				NYLON 254-0	NYLON 256-0
				NYLON 256-0	NYLON 258-0
				NYLON 258-0	NYLON 260-0
				NYLON 260-0	NYLON 262-0
				NYLON 262-0	NYLON 264-0
				NYLON 264-0	NYLON 266-0
				NYLON 266-0	NYLON 268-0
				NYLON 268-0	NYLON 270-0
				NYLON 270-0	NYLON 272-0
				NYLON 272-0	NYLON 274-0
				NYLON 274-0	NYLON 276-0
				NYLON 276-0	NYLON 278-0
				NYLON 278-0	NYLON 280-0
				NYLON 280-0	NYLON 282-0
				NYLON 282-0	NYLON 284-0
				NYLON 284-0	NYLON 286-0
				NYLON 286-0	NYLON 288-0
				NYLON 288-0	NYLON 290-0
				NYLON 290-0	NYLON 292-0
				NYLON 292-0	NYLON 294-0
				NYLON 294-0	NYLON 296-0
				NYLON 296-0	NYLON 298-0
				NYLON 298-0	NYLON 300-0
				NYLON 300-0	NYLON 302-0
				NYLON 302-0	NYLON 304-0
				NYLON 304-0	NYLON 306-0
				NYLON 306-0	NYLON 308-0
				NYLON 308-0	NYLON 310-0
				NYLON 310-0	NYLON 312-0
				NYLON 312-0	NYLON 314-0
				NYLON 314-0	NYLON 316-0
				NYLON 316-0	NYLON 318-0
				NYLON 318-0	NYLON 320-0
				NYLON 320-0	NYLON 322-0
				NYLON 322-0	NYLON 324-0
				NYLON 324-0	NYLON 326-0
				NYLON 326-0	NYLON 328-0
				NYLON 328-0	NYLON 330-0
				NYLON 330-0	NYLON 332-0
				NYLON 332-0	NYLON 334-0
				NYLON 334-0	NYLON 336-0
				NYLON 336-0	NYLON 338-0
				NYLON 338-0	NYLON 340-0
				NYLON 340-0	NYLON 342-0
				NYLON 342-0	NYLON 344-0
				NYLON 344-0	NYLON 346-0
				NYLON 346-0	NYLON 348-0
				NYLON 348-0	NYLON 350-0
				NYLON 350-0	NYLON 352-0
				NYLON 352-0	NYLON 354-0
				NYLON 354-0	NYLON 356-0
				NYLON 356-0	NYLON 358-0
				NYLON 358	



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Júlio Juliano data: 19/10/19 Hora: 08:40 Registro: 1156x0
Leito de origem: 0105 - 2.

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Interventio de Rádio (D)
Tipo de anestesia: bloco + sedacor
Equipe: DR. Jeanneth Camilo Anestesista: DR. Dheer

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: _____
Acesso Venoso Central: Não Sim Onde: _____
Drenos: Não sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 95x75 mmHg FR: 128 p/min FC: 80 p/min SaPO2: 100
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	95x75	128x84	126x79	109:61	118x73	
FR						
FC	78	72	75	64	62	
SaPO2	100%	99%	95%	98%	95%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Altura: 180

Imprunas

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

Destino: Enfermaria UTI Emergência Ambulatório Residência

Dra. Débora Springer

Médica Apresentadora

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

CRM: 15847 / CRF: 233104

Alta da SRPA pelo médico: _____





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA



Nome: Túlio Wilson Silveira
Procedimento cirúrgico:

Registro: 11560

Leito:

Data: 19/04/13

Hora:

DIAGNÓSTICO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

1. Ansiedade

- Encorajar verbalização dos sentimentos e medos
- Proporcionar apoio emocional
- Dar informação ao paciente e familiares
- Outros

2. Ventilação prejudicada

- Manter decúbito elevado
- Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário
- Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
- Manter o paciente em posição de Fowler
- Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR
- Instalar Manter Anotar oximetria de pulso
- Outros

3. Padrão de eliminação urinária
 Diminuído Aumentado

- Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de / h
- Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)
- Colocar o paciente em posição de Fowler
- Orientar o aumento da ingestão hidrica, se não houver restrição
- Registrar se: Dor ao urinar
- Abaixamento em região suprapúbica Ausência de diurese espontânea
- Outros

4. Dor
Local: _____
 Leve Moderada Severa

- Verificar qual posição adequada do paciente
- Avaliar a localização e a intensidade da dor
- Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação
- Identificar fatores desencadeantes da dor
- Registrar características e intensidades da dor
- Outros

5. Integridade tissular prejudicada

- Descrever características da lesão
- Realizar curativo a cada 04/04 h
- Realizar mudança de deíbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação
- Medir débito de dreno de 09/04 h
- Manter curativo oclusivo por h
- Outros

6. Sangramento
Local: _____
 Leve Moderada Severo

- Aferir pressão arterial de / min
- Manter elevado: _____
- Realizar curativo oclusivo
- Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada

- Pinçar dreno ao manusear o paciente
- Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)
- Manter repouso no leito em posição:

COD. 38805



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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Tiago Juliano de Souza dos S Data: 19/04/13 Hora: 8:10 Registro: 915684
 Convênio: SUS Leito: 405-B Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: DR. Fernando Carneiro Anestesiista: DR. DIOGO R
 Auxiliar: _____ 1º Auxiliar: _____ Instrumentador: Marcia B

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: TC - Ureterna de Ribeiro Início: 0:50 Término: 9:25
 Anestesia: Lag 0,6% etomid + 0,04% eto Início: 0:30 Término: 9:25

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input checked="" type="checkbox"/> Grave
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Sonolento
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> Entubado	<input checked="" type="checkbox"/> Tracheostomizado
Tricotomia:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Coesa
Chegou no CO em uso de:			

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler <input checked="" type="checkbox"/>	Lateral <input type="checkbox"/>	Dorsal <input checked="" type="checkbox"/>	Ventral <input type="checkbox"/>	Ginecológica <input type="checkbox"/>
Banco de Sangue <input type="checkbox"/>	Laboratório <input type="checkbox"/> Radiologia <input type="checkbox"/>			Papa Cirúrgico: Sim- <input type="checkbox"/>

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Estetoscópio de Pulso <input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>	PNI <input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC <input type="checkbox"/>	Aspirador <input type="checkbox"/>
Coronário Térmico <input type="checkbox"/>	Blaster Ultrassônico <input type="checkbox"/>	Artefisiópia <input type="checkbox"/>	Microscópio <input type="checkbox"/>	Cateterografia <input type="checkbox"/>
Blaster Elétrico <input type="checkbox"/>	Local da Placa _____	(A)		
Carro de Anestesia <input checked="" type="checkbox"/>	Oprofessor <input type="checkbox"/>	Intensificador <input type="checkbox"/>	Nº _____	
Ap. Vídeo <input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão <input type="checkbox"/>			
Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/>	Indicador <input type="checkbox"/> Térmico <input type="checkbox"/>			
Protetor <input type="checkbox"/>	Indicador <input type="checkbox"/> Térmico <input type="checkbox"/>			
Gás Carbônico <input type="checkbox"/>	Indicador <input type="checkbox"/> Térmico <input type="checkbox"/>			
Outros: _____				

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cápsula Ortopneus: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Pancão Venoso: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Sonda Vesical de Demora: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sonda Gástrica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Drenagem (Tipo e Local): Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Curativo (Tipo e Local): Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> (20)

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTÉSICA: <u>Midazolam 1mg</u> CHURGA: _____			
<u>DR. Janerio da monteiro</u>			
<u>DR. P.R.</u>			

6 - OBSERVAÇÕES:

gavota nov 8:45 at 9:25

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: <input checked="" type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Narcose <input type="checkbox"/> Entubado <input type="checkbox"/> Tropasolomizado <input type="checkbox"/>	Encaminhado para: <input checked="" type="checkbox"/> ERPA <input type="checkbox"/> S. Intensiva <input type="checkbox"/> LICOR <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Adm <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/>
Data: <u>19/04/13</u>	Hora: _____ Informante: <u>Daniela</u> Circulante: <u>Rox</u>

COD. 38607



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 495335

Data e Hora: 17/04/2019 16:42

Senha da Classificação:

0034

Paciente: 115680 TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 14/05/1986 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: MARIA JOSÉ SILVA DOS SANTOS Nome do Pai: JOSE ANGELO DOS SANTOS
 Estado Civil: Casado Nome do Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA
 Endereço: RUA A - Bairro: PRAZERES
 Cidade/UF: JABOTATÃO DOS GUARARAPÉ PE Usuário Atendimento: JOCILENEONIL
 RG (Identidade): 5220657 SDS PE Data de Emissão: 06/09/2016
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 08062660403 Fone: 985669690
 Cartão SUS: 200806768410006

Usuário Atendimento: JOCILENEON
SDS PE Data de Emissão: 06/09/2018
Fone:985669690

HAS & / DMD / 010

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

Quellos Principal Pcto. de informa DE trabaja en CTV @
HO GRC DE 10 H. CL DURACION 1
Imobilizan CTV. A

Exame Final

Pecten irradians cristatus B.G. GUAMALA
cf. DLT + Teneriffa nam cfr. (D).
SI OII Westküste Nordamerikas von
Pleist.

Hipótesis Diagnóstica

F101 - GV 67

Conducta Transmutation

Prescripción Médica

1)- Rx rtvD AD+perfl
2)- ton AXIC pólma
3)- SF-57 100ml +clmp *gol 200ml*
final 100ml

The Senior Advisor
MICHIGAN STATE UNIVERSITY

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNACÃO FAVOR INFORMAR:

**UNIDADE
LEITO DO PACIENTE**



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 40908
Paciente: 115680
Convênio Atend.: 1
Leito: 716
Dt. Início: 19/04/2019 09:00

Sala: 0004 SALA 04
TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
405 - 02 - LT TRAUMA
Dt. Fim: 19/04/2019 09:50

Atendimento: 495342
Carteira:
Idade: 32 Anos

Cid Pré-Operatório
Cid Pós-Operatório

Procedimentos

Procedimento: 0408020547 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVelo (PRINCIP
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 77 BLOQ PLEX BRAQ INFRA CLAVICULAR CONTINUO

Equipe Médica

CIRURGIA 13783 LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
ANESTESISTA 15883 DEBORA SPENCER DE CASTRO LEITAO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS
4. INCISÃO DE CERCA DE 6CM EM FACE LATERAL DO COTOVelo D
5. DISSEÇÃO POR PLANOS + ARTROTOMIA
6. VISUALIZAÇÃO DE FRAGMENTO DE CABEÇA DE RÁDIO
7. REDUÇÃO + FIXAÇÃO PARAFUSO HEBERT + REPARO DO LIGAMENTO COLATERAL LATERAL COM ETHIBOND 5
8. CONTROLE CO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. TESTADO ESTABILIDADE, SEM DÉFICIT
10. SUTURA POR PLANOS
11. CURATIVO
12. TALA GESSADA AXILo PALMAR

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Leonardo Camarotti
Ortopedico Traumatologo



ADMISSÃO
DATA: 12/01/2019 HORA: _____

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Vicente Júlio Registro: 115680 Clínica: _____
Enfermaria: 100 Leito: 2 Diagnóstico: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Endométrio () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonares () Cirurgias Anteriores Quais: _____

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocorado () Hipocorado () Cicatriz () Cicatriz () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMSI () Anasarca
() LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLOGÍCA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Isocônicas () Anisocônicas () Estabisma () Midriase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choroso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITais

FEV: _____ °C FR: _____ BPM Sat O2: _____ () Eufneico () Dispneico () Tracheostomia () Intubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitantes FC: _____ bpm
PA: _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Chelo () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local: _____
() Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: () Flácido () Tensão () Distendido () Globoso () Doloroso () Piano
() Ascite () Gravídico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatus () Diarréia N° evacuações: _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquido () Melena () Odor fétido () Odor característico () ÉMESE Aspecto: () Hematemese () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematuria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Activa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____
() AMPUTAÇÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
SNG- Sonda Nasogástrica

MMSS- Membros Superiores
VO- Vía Oral
SNE- Sonda Nasointeral

MMSI- Membros Inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS- Vía Axilar Superior

FR- Frequência Respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrentomia



AU1717
HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: TIAGO JULIENIO SANTIAGO DAS SANTAS Registro: 186.80 N° Atendimento: 433336
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Cidade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Dor + Ginebra + Inchaço na
perístio (R)

História da Doença Atual: trauma na perna R destruiu
no cerca de 10 H
desvio de dor + dor

Interrogatório Sintomatológico:

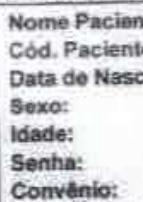
perístio

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/04/2019 16:27

	Nome Paciente: TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS Cód. Paciente:  Data de Nascimento: 14/05/1988 Sexo: Masculino Idade: 32 Senha: 0034 Convênio: - Atendimento: SAME
--	--

Periodo: 17/04/2019 16:31 - 17/04/2019 16:34

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	NAO URGENTE - VERDE
Cor:	 VERDE
Queixa Principal:	PCT PROVENIENTE DA UPA DE BARRA DE JANGADA. SENHA: 5664617, COM QUADRO DE FRAT. CABEÇA RADIO DISTAL DIREITO.
Observação:	NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA FC: 72 BPM
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Descrevedor(es):	- DOR LEVE (1-3/10) - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- PAD: 80,00 MMHG - PAS: 110,00 MMHG - SAT02: 98,00 %

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/04/2019 16:34

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 20/12/2019 12:46:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122012461103600000054972442>
Número do documento: 19122012461103600000054972442

Num. 55876810 - Pág. 11



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 495335

Senha da Classificação:

0034

Data e Hora: 17/04/2019 16:42

Paciente: 115680 TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 14/05/1988 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBURG
 Nome da Mãe: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS Nome do Pai: JOSE ANGELO DOS SANTOS
 Estado Civil: Casado Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17725
 Endereço: RUA A
 Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: JOCILENE OMAR
 RG (Identidade): 8220657 SDS PE Data de Emissão: 06/09/2018 Fone: 985669490
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 06062650403 Data de Emissão CRN:
 Cartão SUS: 200606768410008

HAS/01 Drmd/01/0

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Prtg urinária DE TRABALHO com CTU (1)
 Hé oxia DE 10H, CI Dur, GOGA +
 Imobilismo CTU. (1)

Exame Físico

Prto urinário, creatinina, BEG, Glucose
 CI Dura + imobilismo sem CTU (1).
 SI Olt. arteriovenosucular com ligeira dor.

Hipótese Diagnóstico

Prtg. CTU (1)?

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

J. M. Soares
 Dr. J. M. Soares
 Técnico Enfermeiro
 PE
 17/04/2019

1) Rx CTU DPO-1000mg
 2) ton AXIIC Palma
 3) SFEST 100ml + cima / final 100ml ED

Paulo Coelho

Dr. Júlio Aburabá
Médico CRM-PE 22288

17 ABR. 2019

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 495342

Data e Hora do Atendimento: 17/04/2019 18:53

Usuário do Atendimento: SURAMARMS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS

Prontuário: 115680

Nome da Mãe: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

Nome do Pai: JOSE ANGELO DOS SANTOS

Data do Nascimento: 14/05/1986

Idade: 32 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil:

RG: 6220657

SDS PE Data Emissão: 06/09/2018

CPF: 06062650403

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: JABOATAO / JABOATAO GUARARAPES

Escolaridade:

Carteira Nacional SUS: 200605766410008

Ocupação Habitual: AUTONOMO

Endereço: RUA A

2 PRAZERES

Fone: 985669590

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE CEP: 54340710

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA BARRA DE JAGANDA

CRM: 17726

EP
3-04-2019

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Specialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Leito: LEITO 07

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 17/04/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

Tiago Juliano Silva dos Santos

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

SUMÁRIO DE ALTA

TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS
17/04/2019 18:53
CRM: 17726
LEITO 07
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
SAÚDE PÚBLICA
24/04/2019

CCIH
Hospital Dom Helder Câmara
24/04/19

RECORTE
24/04/19



UPA 24 HORAS - BARRA DE JANGADA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/04/2019 12:21

Nome Paciente:	TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	14/05/1986
Sexo:	Masculino
Idade:	32
Senha:	0110
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:
Período: 17/04/2019 12:38 - 17/04/2019 12:41	
LUANNA MAYARA DE LIMA FERREIRA - COREN: 543877 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação	
Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	RELATO DE TRAUMA EM MSD, EM ACIDENTE DE TRÂNSITO, HOJE. REFERE DOR E EDEMA PRÓXIMO AO COTOVELO.
Observação:	HAS- DM- ALERGIA-
Fluxograma sintoma:	BARRA DE JANGADA
Discriminador(es):	- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE - DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: LUANNA MAYARA DE LIMA FERREIRA - COREN: 543877 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/04/2019 12:41

istema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 20/12/2019 12:46:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122012461103600000054972442>
Número do documento: 19122012461103600000054972442

Num. 55876810 - Pág. 8



Secretaria
do Estado
de Pernambuco



5.2

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS

REGISTRO: 115680

IDADE:

32

DATA ADMISSÃO: 17/04/2019

DATA ALTA: 20/04/2019

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA CABEÇA DE RÁDIO DIREITO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

FIXAÇÃO COM PARAFUSO DE HERBERT

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO

2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DOS DEDOS DA MÃO

3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

6) NÃO PEGAR EM PESO

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: ___ / ___ / 2019
Não ()

Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 20/12/2019 12:46:11

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122012461103600000054972442>

Número do documento: 19122012461103600000054972442

Num. 55876810 - Pág. 7

Placa: EZY6243 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

VEÍCULO II (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA DIRIGINDO O VEÍCULO I, QUANDO NA SAIDA DA CEASA, FOI COLIDIDO POR UM CAMINHÃO, QUE COLIDIU BATENDO NO LADO ESQUERDO CAUSANDO DANOS MATERIAIS E COM O IMPACTO O QUEIXOSO TEVE UMA FRATURA CABEÇA RADIO DIREITO, QUE DIGO COTOVELO DIREITO, QUE O MESMO FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DE BARRA DE JANGADA, QUE EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER. PASSANDO POR UMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA, QUE EM SEGUIDA SENDO LIBERADO

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

Tiago Juliano Silva dos Santos

TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALDECILIN SANTOS DA SILVA** - Matrícula: **1529480**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19º CIRC. DIM/6º DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0109007441

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/10/2019 às 11:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 17/4/2019 às 08:00

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 SUL, 01 - Bairro: ENGENHO DO MEIO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ENTRADA DA CEASA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
MARIA JOSÉ SILVA DOS SANTOS (OUTRO)
TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TIAGO JULIANO SILVA
DOS SANTOS**

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

**TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: MARIA JOSÉ SILVA
DOS SANTOS Pai: JOSÉ ANGELO DOS SANTOS Data de Nascimento: 14/5/1986 Naturalidade: JABOATÃO DOS
GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6220657/303/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A)
Escolaridade: 3º GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Endereço Residencial: BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 12, RUA A - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES -
JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARIA JOSÉ SILVA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO I (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ SILVA DOS SANTOS, que estava em posse do(a)
Sr(a): TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/HONDA/CITY Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito,
nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que,
portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem
prejuizos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a
presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 01 de NOVEMBRO de 2019 .

Fábio Júlio Silveira dos Santos



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Tiago Juliano Silva dos Santos, brasileiro, divorciado, autônomo, RG: 6.290.657 SDS/PE e CPF: 060.696.504-03, residente na Rua A, nº 02, Jd. Guanapés, Jaboatão dos Guararapes / PE.

OUTORGADO: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juiz, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, segundo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 01 de NOVEMBRO de 2019

Tiago Juliano Silva dos Santos
Outorgante



DADOS DO CLIENTE		DETALHAMENTO DA VENDA	
MARIA JOSE DA SILVA MOTOCICLISTA		PRAZO DE PAGAMENTO PRAZO DE PAGAMENTO	
CPF: 346.384.324-73		GUARAPES/FRAZERES JAGUARI DO GUARAPES PE 51370-000	
ENDERECO:		0459803013 03/2019	
RUA ALFREDO GOMES MANEIRAS - UF: PE CEP: 51370-000		10/04/2019 15/04/2019	
VALOR TOTAL DA VENDA		135,34	
Detalhe da Venda Conta: 00000000000000000000000000000000 Conta: 00000000000000000000000000000000 ICMS: 00000000000000000000000000000000 PRO: 00000000000000000000000000000000			
TOTAL DA Fatura 135,34			
FORMA DE PAGAMENTO Datas de Vencimento Detalhe da Fatura Detalhe da Venda			



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 20/12/2019 12:46:11

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122012461103600000054972442>

Número do documento: 19122012461103600000054972442

Num. 55876810 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 20/12/2019 12:46:11
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122012461103600000054972442>
Número do documento: 19122012461103600000054972442

Num. 55876810 - Pág. 1