

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 TRACÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 06062650403

Posição em 06-11-2019 16:19:36

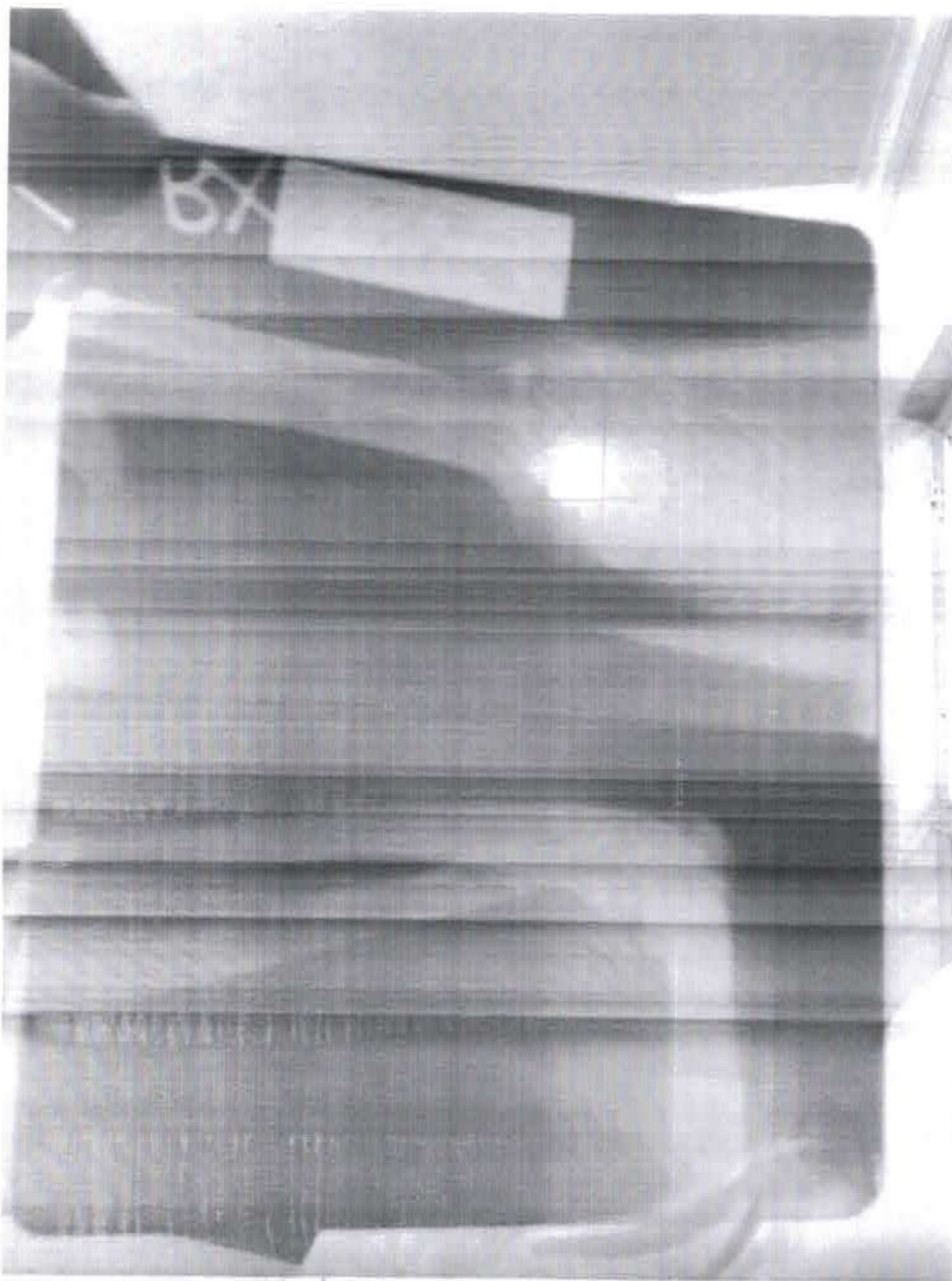
O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

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







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

Nome do paciente:

Registro:

Data da avaliação:

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se mexe nem se agita e nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir e agir 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 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
Umidade Nível de exposição da 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 muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes (umidade) 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 habituais.	4
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; é-lhe tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Andar ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Andar 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
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	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 do corpo sem ajuda.	4
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Recebe menos de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactícos), fígado, poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum além de dieta líquida ou a partir de 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 proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactícos. Ocasionalmente 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 proteínas (carne, peixe, lactícos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou outro regime de nutrição parenteral total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactícos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	3
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada e máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desce frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasmodicidade, contraturas ou agitação levam a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize 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 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.		3

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

Pontuação Total 27



**HOSPITAL
DOM HELDER**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

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. Paulo Antonio Coelho Castor
Médico
19/04/2019





**HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA



Nome:

Registro:

Clinica:

Enfermaris:

Leito:

Data/Hora	
17/04/13	Hickopenio - Prot. chv ① opes p. 10000. F. 10000 cl. p. 10000 + p. 10000. S. 10000. 10000.
	<div data-bbox="627 978 831 1088" style="text-align: center;">  <p>Dr. Igor Abente Médico - 10000000000</p> </div>
	20/04/19
	Alh. 10000
	<div data-bbox="1010 1568 1177 1680" style="text-align: right;">  <p>Dr. Marcos Botelho Médico - 10000000000</p> </div>





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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 115580

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. Cad.: 17/04/2019

Dt. Nasc.: 14/05/1986

Bairro: PRAZERES

Cidade: JABOATÃO 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

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? *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 *Tto. Cirúrgico - Fiss. edema Mado*

- ☐ 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



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

Nome do paciente:

Wagner Juliano Alves dos Santos

Registro:

Data da avaliação:

14/04/19

Percepção Sensorial Capacidade de percepção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não sente, não se mexe nem se agita a nada) 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: Responde 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.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta deficiências sensoriais que possam limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.	<i>4</i>
Umidade A pele sob exposição à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a suor, urina, etc. E detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo 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.	<i>4</i>
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 e/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 dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Avança 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.	<i>2</i>
Mobilidade Capacidade de alterar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	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 do corpo sem ajuda.	<i>4</i>
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come (frequentemente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios), ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum ou a dieta líquida ou a sonda 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 proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente 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 proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes ingere uma refeição, mas toma geralmente um suplemento dietético. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.	<i>3</i>
Fricção e forças de deslize	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desce frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasmos, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É possível que, durante uma movimentação, a pele deslize da seguinte 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 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.		<i>3</i>

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

Pontuação Total *22*





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 19/4/2019 13:01

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

405-2

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO

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

CONDUTA :

AO BLOCO

[Handwritten signature]
19/04/2019





**HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Clinica:	
Entrenamiento:	
Data/Hora	
17/09/13	<p>Herpes - Prot. chv (D) opes de 10000 FISH</p> <p>cl. PCR + C. DG. 1000.</p> <p>5.10 H. 1000000.</p>
	<p>Dr. Igor Abutrah</p> <p>Medico Generalista</p> <p>17/09/2013</p>
	<p>20/04/19</p> <p>Orto pte.</p> <p>Alh. 1109 pte.</p>
	<p>Dr. Igor Abutrah</p> <p>Medico Generalista</p> <p>20/04/2019</p>





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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-64

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 115880

Nome: TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS

Mãe: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

End.: RUA A

Enferm.: 406 - Q2 - LT TRAUMA

Atendimento: 495342

Leito: 716

Dt Cad: 17/04/2019

Dt. Nasc: 14/05/1986

Bairro: PRAZERES

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS: 200606765410008

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? *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 *Tto Quirúrg. Frenal. sobre Mado*
- ☐ 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



PACIENTE:	Tiago Miliano Silva dos Santos			DATA:	19/04/19		
CIRURGIÃO:	Dr. Fernando Pantoja			RG:	145681		
ANESTESISTA:	Dr. Roberto			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	Dr. Frutuoso de Azevedo			ANESTESIA:	Bloq. de Pêlo + local		
ESTRUMENTADOR:	Márcia B.			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruan		
CIRCULANTE:	Rosa			COREN:			
ENFERMEIRA:	Diana			HORÁRIO INICIAL:	8:50		
				HORÁRIO FINAL:	9:25		

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 4			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 37
ATADURAS			
CREPE 18CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 30CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
RAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEY
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	PISORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.			
B5 COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UNIDIF.	GAZES	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 4			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 8	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 1
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/ OSSO	MARCAPASSO	VALVETIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD: 35407





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO

IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Yago Juliano data: 19/04/19 Hora: 08:40 Registro: 35689
Leito de origem: U05-2

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Proctomia
Tipo de anestesia: Algodão + Pediculação
Equipe: R. Leonardo Camelo Anestesiista: Dr. Debar

3. Admissão

Estado geral: () Bom ☒ Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: ☒ Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não ☒ Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: ☒ Não () Sim Onde: _____
Drenos: ☒ Não () Sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 92 x 50 mmHg FR: 18 p/min FC: 80 p/min SaPO2: 98
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	92 x 55	90 x 40	90 x 40	91 x 61	91 x 40	
FR	18 x 75	18 x 84	18 x 75	18 x 61	18 x 73	
FC	78	72	75	64	62	
SaPO2	98%	99%	95%	98%	95%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Alcance: 10

Im. pulso

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

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

Dr. Diógenes Spencer

Médico Anestesiologista

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

CRM: 158437/2007-104

Alta da SRPA pelo médico: _____



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA

Nome: <u>Paulo Antonio Coelho Castor</u>		Registro: <u>33560</u>	Leito: _____
Procedimento cirúrgico: _____		Data: <u>19/04/19</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade (<input checked="" type="checkbox"/>)	<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 checked="" 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 () Manter () Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros _____		
3. Padrão de eliminação urinária (<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input checked="" 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 (<input checked="" type="checkbox"/>) Local: _____ (<input checked="" type="checkbox"/> Leve () Moderada () Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> Outros _____		
5. Integridade tissular prejudicada (<input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>04/04</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input checked="" type="checkbox"/> Medir débito de dreno de <u>04/04</u> h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ____ h <input type="checkbox"/> Outros _____		
6. Sangramento (<input checked="" type="checkbox"/>) Local: _____ (<input checked="" type="checkbox"/> Leve () Moderada () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____ / ____ min <input checked="" 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. 38505



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Paulo Juliano Silva dos S. Data: 19/04/19 Hora: 8:10 Registro: 715680
Convênio: SUS Leito: 455.2 Paciente: Atual:

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Leonardo Campa Anestesiologista: Dr. DUDMAN
Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador: Mariana B.

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: PP. Hernioplastia de Rader D Início: 8:50 Término: 9:25
Anestesia: Atq. de Cefex + Propofol Início: 8:20 Término:

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>	PN2 <input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC <input type="checkbox"/>	Aspirador <input type="checkbox"/>
Condicionador Térmico <input type="checkbox"/>	Statist Ultraônico <input type="checkbox"/>	Artroscópio <input type="checkbox"/>	Microscópio <input type="checkbox"/>	Capnógrafo <input type="checkbox"/>
Statist Elétrica <input type="checkbox"/>	Local de Placa <input type="checkbox"/>	Intensificador <input checked="" type="checkbox"/>		
Carrinho de Anestesia <input checked="" type="checkbox"/>	Difusor <input type="checkbox"/>			
Ap. Vídeo <input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão <input type="checkbox"/>			
Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/>	Início <u></u> Término <u></u>			
Protetor <input type="checkbox"/>	Início <u></u> Término <u></u>			
Gás Carbônico <input type="checkbox"/>	Início <u></u> Término <u></u>			
Outros: <u></u>				

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Câmbula Orotossil: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Punção Venosa: 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"/>	

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Medicação usada CIRURGIA:
em anexo das prontuários
etc

6 - OBSERVAÇÕES:

parado das 8:45 até 9:25

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acorado ☒ Narcose ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado ☐
Encaminhado para: ERPA ☒ S. Intensiva ☐ LICOR ☐ UTI ☐ AdP ☐ Residência ☐
Data: 19/04/19 Hora: Enfermeira: Daniela Circulante: Rox

COD. 38607



19.04.10

Automatische

Paciente	Tasso, Juliano Silva dos Santos			Sexo	M	Cor	B	Idade	32	Respo	I
CRM	Nome do Anestesiologista			Nome do Cirurgião							
15188/3	Denero, Spencer			Leonardo Gomes Jr							
Medicação Pré-anestésica								Urgência			
<input checked="" type="checkbox"/>								<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM			
Cirurgia								Reg. 115683			
Tratamento cirúrgico de fratura								PESO: 96Kg			
de rádio proximal direito											

09.30		09.35		09.40		09.45		09.50		09.55		10.00		10.05		10.10		10.15		10.20		10.25		10.30		10.35		10.40		10.45		10.50		10.55		11.00		11.05		11.10		11.15		11.20		11.25		11.30		11.35		11.40		11.45		11.50		11.55		12.00		12.05		12.10		12.15		12.20		12.25		12.30		12.35		12.40		12.45		12.50		12.55		13.00		13.05		13.10		13.15		13.20		13.25		13.30		13.35		13.40		13.45		13.50		13.55		14.00		14.05		14.10		14.15		14.20		14.25		14.30		14.35		14.40		14.45		14.50		14.55		15.00		15.05		15.10		15.15		15.20		15.25		15.30		15.35		15.40		15.45		15.50		15.55		16.00		16.05		16.10		16.15		16.20		16.25		16.30		16.35		16.40		16.45		16.50		16.55		17.00		17.05		17.10		17.15		17.20		17.25		17.30		17.35		17.40		17.45		17.50		17.55		18.00		18.05		18.10		18.15		18.20		18.25		18.30		18.35		18.40		18.45		18.50		18.55		19.00		19.05		19.10		19.15		19.20		19.25		19.30		19.35		19.40		19.45		19.50		19.55		20.00		20.05		20.10		20.15		20.20		20.25		20.30		20.35		20.40		20.45		20.50		20.55		21.00		21.05		21.10		21.15		21.20		21.25		21.30		21.35		21.40		21.45		21.50		21.55		22.00		22.05		22.10		22.15		22.20		22.25		22.30		22.35		22.40		22.45		22.50		22.55		23.00		23.05		23.10		23.15		23.20		23.25		23.30		23.35		23.40		23.45		23.50		23.55		24.00		24.05		24.10		24.15		24.20		24.25		24.30		24.35		24.40		24.45		24.50		24.55		25.00		25.05		25.10		25.15		25.20		25.25		25.30		25.35		25.40		25.45		25.50		25.55		26.00		26.05		26.10		26.15		26.20		26.25		26.30		26.35		26.40		26.45		26.50		26.55		27.00		27.05		27.10		27.15		27.20		27.25		27.30		27.35		27.40		27.45		27.50		27.55		28.00		28.05		28.10		28.15		28.20		28.25		28.30		28.35		28.40		28.45		28.50		28.55		29.00		29.05		29.10		29.15		29.20		29.25		29.30		29.35		29.40		29.45		29.50		29.55		30.00		30.05		30.10		30.15		30.20		30.25		30.30		30.35		30.40		30.45		30.50		30.55		31.00		31.05		31.10		31.15		31.20		31.25		31.30		31.35		31.40		31.45		31.50		31.55		32.00		32.05		32.10		32.15		32.20		32.25		32.30		32.35		32.40		32.45		32.50		32.55		33.00		33.05		33.10		33.15		33.20		33.25		33.30		33.35	
-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--	-------	--

Monitorização	<input type="checkbox"/> BSC	Encaminhado	Intercorrência: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM <i>Stimuplex a VSG</i>
<input checked="" type="checkbox"/> Cardióscopo	<input type="checkbox"/> Temperatura	<input checked="" type="checkbox"/> Consultado	Descrever: <i>Nega anginas, comorelido</i>
<input type="checkbox"/> Esfigmômetro	<input type="checkbox"/> Swan-Ganz	<input type="checkbox"/> Seriado	<i>dis</i>
<input checked="" type="checkbox"/> PEa	<input type="checkbox"/> Analisador Gases	<input type="checkbox"/> Intubado	Observações: <i>Estável, suprimido, um</i>
<input type="checkbox"/> Sonda Vesical	<input type="checkbox"/> PUC		<i>pouco nervoso, hantou impe</i>
<input type="checkbox"/> Capnógrafo	<input type="checkbox"/> Estimulador de Nervos	Destino	<i>tanti que pede apanhar a</i>
<input type="checkbox"/> Elet. Pré-Cardial	<input type="checkbox"/> Linha Arterial	<input checked="" type="checkbox"/> CRPA	<i>titoral / Bloqueio total</i>
<input type="checkbox"/> Curto	<input type="checkbox"/> Volémia IBF Plus	<input type="checkbox"/> Apn/Ent	<i>de qualidade / acvotet m</i>
		<input type="checkbox"/> UTI	
		<input type="checkbox"/> Externo	

Albrecht = 10
Impresso

UFA. Dn
Medica An
CPF: 032
CRM: 1000

do lado
norte





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 AMBAURG
Nome da Mãe: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS Nome do Pai: JOSE ANGELO DOS SANTOS
Estado Civil: Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Endereço: RUA A 2 Bairro: PRAZERES
Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: JOCILENEOML
RG (Identidade): 6220657 SDS PE Data de Emissão: 06/09/2018
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 06062650403 Fone: 986669690
Cartão SUS: 200606766410006 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Doença crônica de trabalho com CTU @
Hb baixa de 10H, CI Der, GDC +
Imobilidade CTU @

Exame Físico

Pele normal, crônica, BCG, GDC +
CI Der + Imobilidade com CTU @
SI 011 Distúrbio circulatório leve
Dexa

Hipótese Diagnóstica

Frot. CTU @?

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Dr. José de Souza
Téc. Méd. Ortopedia
R. 100, 100 - PE

1- RX CTU @ DP + Der 11
2- tan AXIC Palma
3- SFESY 100mg + clomp 100mg PO
Detecção Hepática

Dr. João Abutrad
Médico - R. 100, 100 - PE

17 ABR. 2019

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 40908 Sala: 0004 SALA 04
Paciente: 115680 TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS Atendimento: 495342
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNAÇÃO Carteira:
Leito: 718 405 - 02 - LT TRAUMA Idade: 32 Anos
Dt. Início: 19/04/2019 09:00 Dt. Fim: 19/04/2019 09:50
Cid Pré-Operatório:
Cid Pós-Operatório:

Procedimentos

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

Equipe Médica

CIRURGIÃO 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 ESTÉREIS
4. INCISÃO DE CERCA DE 8CM EM FACE LATERAL DO COTOVELO D
5. DISSECAÇÃO 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 C/O INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. TESTADO ESTABILIDADE, SEM DÉFICIT
10. SUTURA POR PLANOS
11. CURATIVO
12. TALA GESSADA AXILAR PALMAR

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Leonardo Canejo
Ortopedia - Traumatologia
CRM 112.124





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SNE

HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMERA

ADMISSÃO
DATA: 20/12/2019 HORA: 12:46

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Antônio Coelho Castor Registro: 115680 Clínica: _____
Enfermaria: 100 Leito: 3 Diagnóstico: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

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

5. INTEGRIDADE DA PELE

(X) Normocorada () Hipocorada () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() Edemas () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (X) Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

(X) Febre () Febre T. AXILAR: _____ °C FR: _____ IPM Sat O2: _____ (X) Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
MÚRMURIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Róndos () Sibilos () Crepitações FC: _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Chelo () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: (X) Periférico Local: _____
() Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (X) VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarreia Nº evacuações: _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquido () Melena () Odor fétido () Odor Característico () ÊMESE Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURÉSE: () Presente Aspecto: _____ (X) Ausente () Espontâneo () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULoesquelético

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim (X) Não FORÇA MOTORA: () Sim (X) 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- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral

MMII- Membros Inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS- Via Aérea Superior

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrostomia



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

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

Número do documento: 19122012461103600000054972442

Num. 55876810 - Pág. 13

AC1315

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: TIAGO JULIANO SILVA OLIVEIRA Registro: 18680 Nº Atendimento: 435338
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Dor + edema e simetria na
do abd. @

História da Doença Atual:

travessa referiu a dor na
na cerca de 10 H
queixa de dor + em

Interrogatório Sintomático:

por 10 H



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO 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:

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

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

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PCT PROVENIENTE DA UPB 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

Discriminador(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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 495342

Usuário do Atendimento: SURAMARMS

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

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Nome do Paciente: TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS

Nome da Mãe: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

Data do Nascimento: 14/05/1986

Estado Civil:

CPF: 06062650403

Naturalidade: JABOATÃO / JABOATÃO GUARARAPES

Carteira Nacional SUS: 200606766410008

Endereço: RUA A

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Nome do Pai: JOSE ANGELO DOS SANTOS

Idade: 32 anos Sexo: MASCULINO

RG: 6220657

Certidão de Nascimento:

SDS PE Data Emissão: 06/09/2018

Data Emissão:

Escolaridade:

Ocupação Habitual: AUTONOMO

2 PRAZERES

CEP: 54340710

Fone: 985669590

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA BARRA DE JAGANDA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 07

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, 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

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

CCIH
Hospital Dom Helder Câmara
24/04/19

Assinatura do Responsável



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: URGENCIA - 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: TRAUMA

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.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122012461103600000054972442>

Número do documento: 19122012461103600000054972442

Num. 55876810 - Pág. 8

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 RADIO 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)
Não ()

Data da Consulta: __/__/2019

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.



Placa: **EZY6243** (PERNAMBUCÃO INFORMADO)**VEICULO II (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE ESTAVA DIRIGINDO O VEICULO I, QUANDO NA SAÍDA DA CEASA, FOI COLIDIDO POR UM CAMINHÃO, QUE COLIDIU BATENDO NO LADO ESQUERDO CAUSANDO DANOS MATERIAS 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 CIRURGICA, 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: **ALDECLIN SANTOS DA SILVA** - Matrícula: **1529480**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

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 - Culposos (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**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (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 Mãe: MARIA JOSÉ SILVA DOS SANTOS Pai: JOSÉ ANGELO DOS SANTOS Data de Nascimento: 14/5/1985 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6220657/SDS/PE (RG) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTÔNOMO(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)

VEÍCULO I (VEÍCULO) 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

DECLARO, 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 prejuízos 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 .

Paulo Antonio Coelho Castor



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS, brasileiro, divorciado, autônomo, RG: 6.220.657 503/PE e CPF: 060.626.504-03, residente na Rua A, N°02, Jd. Guaranapens, Jaboatão dos Guararapes / PE.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n° 20.832 e portador do CPF sob o n° 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, n° 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 Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo 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 n° 8.441/92.

Recife, 01 de novembro de 2019

TIAGO JULIANO SILVA DOS SANTOS
Outorgante



