

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

Outorgante: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS, brasileiro, estado civil: solteiro, professor, portador (a) do RG de nº 8814334 SDS/PE , inscrito (a) no CPF Nº 098.822.934-09, residente e domiciliado no sítio caroá, Nº777 Bairro zona rural de IGUARACY - PE.

Outorgada: ROSELANE MARIA BARBOSA DA SILVA, OAB/PE 26.467, com endereço profissional à Rua Demórito de Souza Filho, nº 335, Sala 903, Madalena, Recife – PE, CEP 50610-120.

Poderes: "AD JUDICIA ET EXTRA", a quem conferem amplos poderes para o foro em geral, para propositura de demandas judiciais e/ou administrativas visando os interesses do(a) outorgante, devendo ainda defendê-las nas contrárias, seguindo umas as outras, e, podendo para tanto, recorrer a qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, agindo em conjunto ou separadamente, podendo assinar, concordar, desistir, discordar, transigir, assinar recibos, dar quitação, receber alvarás, intimações e notificações, efetuar levantamento de depósitos judiciais na justiça competente, substabelecer com ou sem reservas de iguais, levantar valores existentes em contas judiciais, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

IGUARACY (PE) 12/09/2019.

Jose Adelmo Nobre dos Santos
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, **JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS**, brasileiro, estado civil solteiro , professor, portador (a) do RG de nº 8814334 SDS/PE, inscrito (a) no CPF nº 098.822.934-09 residente e domiciliado (a) no sítio caroá Nº 770 , Bairro: zona rural IGUARACY – PE. Declara que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual fazem jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do art. 4º da Lei 1.060/50, com redação introduzida pela Lei 7.510/86. Declara, ainda, sob as penas da lei (sanções civis, administrativas e criminais), que não aufera rendimentos anuais que lhe obriguem a declarar renda, nos termos do art. 1º da Lei 7.115/83, **responsabilizando-se pela veracidade de tais declarações.**

IGUARACY (PE), 12/09/2019.

X José Adelmo Nobre dos Santos

Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLICIA DE

Rua Maria Salete de Almeida Nunes, nº 67 - Centro - MONTEIRO - PB - 58500-000 - (83) 3351-2147

OCORRÊNCIA Nº 000470/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000470/19 registrada em 06/05/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos seis dias do mês de maio do ano de 2019, nesta cidade de MONTEIRO - PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLICIA DE MONTEIRO/PB, quando encontrava-se presente o Bel. PAULO ENIO RABELO DE VASCONCELOS FILHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:11 horas, compareceu o Sr. JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS, com 28 anos de idade, filho de DAVI BALBINO DOS SANTOS e IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de MONTEIRO - PB - PB, Solteiro, escolaridade Superior Completo, profissão PROFESSOR, portador da Cédula de Identidade Nº 8814334, expedido pela SSP-PE, com C.P.F. de Nº 09882293409, residindo à rua SITIO CARUÁ, bairro ZONA RURAL, na cidade de IGUARACI PE - PE, celular 87.8866.2136.

Declarou que:

Informa o declarante que no dia 13/04/2019, por volta das 10:30 horas, conduzia sua motocicleta na estrada de terra do Sítio Tingui, neste município, quando em dado momento foi desviar de um buraco na estrada, colidiu com a moto em uma barreira e acabou caindo da mesma; Que devido a queda o declarante sofreu uma lesão grave na perna esquerda e foi socorrido pelo senhor Genecí Sabino da Silva que chegou no local minutos após o acidente, que o senhor Geneci tratou de ligar para o SAMU mas a ligação estava ruim e não atendeu, sendo que o senhor Geneci colocou o declarante em um carro e pediu para deixá-lo no Hospital Santa Filomena em Monteiro/PB; Que chegando ao mencionado Hospital foi imediatamente atendido por volta das 12:19 horas, foi medicado e colocado uma tala em sua perna; Que como o declarante reside no Estado de Pernambuco, solicitou uma ambulância de Afogados da Ingazeira/PE, que lhe conduzia para o Hospital Regional Emilia Câmara em Afogados da Ingazeira/PE, onde ficou internado por três dias e foi colocado uma tala de gesso em substituição da tala de plástico colocada anteriormente; Que no dia 16/04/2019 para o Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura em Afogados da Ingazeira/PE, onde ficou internado para realização de cirurgia da perna, tendo como diagnóstico Pré-Operatório "Fratura de Tíbia Esquerda" recebendo alta no dia 17/04/2019, ainda encontrando-se fazendo uso de muletas; Que é devidamente habilitado para conduzir motocicletas; Que a motocicleta envolvida no acidente a qual o declarante estava conduzindo é da marca Honda/CG 150 Titan, ano/mod. 2009/2009, cor cinza, placa KKG-9035/PE, chassi 9C2KC15209R023585, licenciada em nome do declarante; Que registra esta ocorrência para requerer o Seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou Fé.

MONTEIRO - PB, Segunda-feira, 6 de Maio de 2019


JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Declarante


LIDIO BEZERRA DE FREITAS

Escrivão



EXCELSIOR SEGUROS
19 JUL. 2019
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:16
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014421684400000056244433>

Número do documento: 20013014421684400000056244433

Num. 57180833 - Pág. 1

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

INISTRO 3190438308 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA
EXCELSIOR DE SEGUROS
BENEFICIÁRIO JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 09882293409

Posição em 18-11-2019 14:59:54

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/09/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



Dr. Fred Veras
Reumatologia
CRM 6688-PE CPF 129098314-34

José Adelmo Nobre dos Santos

Paciente vítima de acidente de trânsito por colisão entre motos no dia 31 de abril de 2019 em estrada vicinal Monteiro – PB deu entrada no Hospital Regional local e transferido para CHJEM – Afogados da Ingazeira – PE onde recebeu atendimento médico para fratura exposta dos ossos da perna E com osteosíntese recebendo alta hospitalar 17 de abril de 2019 e foi submetido a uma segunda internação Hospitalar para nova reparação cirúrgica de Osteomielite tibial aguda realizado no HREC – Afogados da Ingazeira – PE desde então vem apresentado reinfecções frequentes e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial.

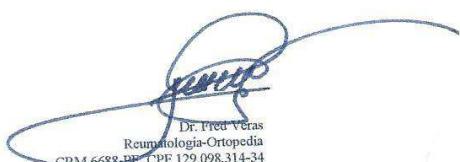
Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela grave de fratura múltiplas na perna E com vasto ferimento não cicatrizado com supurações sequestro ósseo vasta extensão de tecido friável e coloração avermelhada e tumefações superficiais dérmicos abrangendo todas as camadas internas e com erosões de toda estrutura óssea da tíbia E, quando de mal prognóstico incurável instável que não responde bem aos tratamentos que lhe se são submetidos por ter infecções por focos bacterianos intra-tramellar da estrutura óssea tibial servindo sempre como ponto de partida de novas reinfestações, perda de 100% para todas as funções mecânicas laborativas ou trabalhistas do membro inferior E e que necessitem delas, deve permanecer sob controle ambulatorial perene Seculum Seculorum et.

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso a caso com o passar dos dias.

Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 25 de outubro de 2019

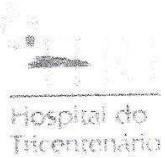

Dr. Fred Veras
Reumatologia-Ortopedia
CRM 6688-PE CPF 129.098.314-34

Av. Aparício Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE – Fone 87 38381304



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:17
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014421697200000056244434>
Número do documento: 20013014421697200000056244434

Num. 57180834 - Pág. 1



NOME: JOSE ADELMO DOS SANTOS
DATA: 13/04/2019

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

ECG + RISCO CIRÚRGICO

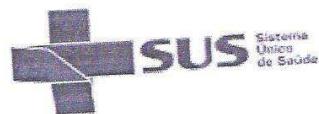
HD>FRATURA DIÁFISE TÍBIA ESQUERDA

[Handwritten signature of Dr. Eugenio Muniz]
Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM : 20410
13 ABR. 2019

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA
Rua Manoel Virginio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira/PE
CEP: 56800-000 - CNPJ: 10.583.920/0010-24 | Fone: (87) 3838-8868 | www.hrec.org.br

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA
Rua Manoel Virginio Sobrinho, 156 - 238 - Pe. Pedro Pereira - Afogados da Ingazeira/PE
CEP: 56800-000 - CNPJ: 10.583.920/0010-24 | Fone: (87) 3838-8868 | www.hrec.org.br





Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90
Médico solic.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO COM QUEIXA DE DOR EM Perna e PÉ ESQUERDO. NEGA SÍNCOPE, VÔMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. AO EXAME > BEG, ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA. AUSÊNCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, AAA
DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA Perna ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A
PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.
AUSÊNCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.
ADM DIMINUÍDA
NRV PRESERVADO
PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados de Exames:

RX > FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

Conduta:

ANALGESIA
ORIENTAÇÕES
TALA INGUINO MALEOLAR
OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019
PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA
AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTE
HOSPITAL.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO
[FÍBULA]

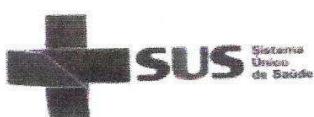
Óbito: Não

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM: 20410





Governo de
Pernambuco



Registro: 3467 Nome: JOSE ADELMO DOS SANTOS Data de nasc.: 20/10/90
Médico solic.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 13/04/2019 Hora: 20:56

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCÍCLISTICO COM QUEIXA DE DOR EM Perna e Pé ESQUERDO .NEGA SÍNCOPE, VÔMITOS.

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS.

AO EXAME> BEG, ORIENTADO, CONSCIENTE, EUPNEICO, AAA
AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, AAA
DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DA Perna ESQUERDA EM SEU 1/3 DISTAL ASSOCIADO A PRESENÇA DE EMPASTAMENTO DA PANTURRILHA.

AUSENCIA DE DOR A PALPAÇÃO DA PANTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DO PÉ.

ADM DIMINUÍDA

NRV PRESERVADO

PRESENÇA DE EDEMA E ESCORIAÇÃO NO PÉ ESQUERDO.

Resultados de Exames:

RX>FRATURA COMINUTA TÍBIA/FÍBULA ESQUERDA.

Conduta:

ANALGESIA

ORIENTAÇÕES

TALA INGUINO MALEOLAR

OBSERVAÇÃO DEVIDO EDEMA INTENSO DA PANTURRILHA

14/04/2019

PACIENTE EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS, ENCAMINHO PARA SERVIÇO DE ORIGEM PARA AGUARDAR REGULAÇÃO PARA CIRURGIA, CONFORME ORIENTAÇÃO DA DIREÇÃO DESTE HOSPITAL.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA| | COM OU SEM MENÇÃO DE FRATURA DA PERÔNIO [FÍBULA]

Óbito: Não

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM: 20410



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ENFERMARIA:

PACIENTE
NOME: _____
SEXO: _____
NATURALIDADE: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____
Nº DOCUMENTO: _____PRONTUÁRIO: 00155781
NOME: JOSE ADELMO NORBRE DOS SANTOS
END: SITIO CARIA, N.º 0
BAIRRO: ZONA RURAL
CID: IGUARACI-PE
Nasc: 20/10/1970 Idade: 28 Anos, 6 Meses
Mae: IRACI MARIA NORBRE DOS SANTOS
Pai: DAVI BALBINO DOS SANTOS
Profissao: PROFESSOR
Unidades: POSTO 1/CIRURGICA
Serviço: CLINICA CIRURGICA DE HOMEM
Medico: FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR
C.M.S:

LEITO N°

REGISTRO: 00232940
SEXO: MASCULINO
EST. CIVIL: SOLTEIRO(A)
CEP: 56.840-000
FONE: 87-991045902Registro nº _____
Data: _____ / _____ / _____
Hora: _____

Ass. Dr. OS

IVIL:

Convenio: PARTICULAR
D. Inter.: 16/04/2019 as 12:01
Enf.:
CRM: 15940
Carteira:

PAI: _____

MÃE: _____

Nº DOCUMENTO: CPF: 098.822.934-09

FONE: _____

INTERNADO POR ORDEM DE:

Dr Francisco

ASS. DO MÉDICO - CRM

ELEMENTOS DA
OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE: _____

DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____

NATUREZA DO
ACIDENTE: _____ CASUAL
 QUEDA
 ACIDENTE DE TRABALHO
 ACIDENTE DO TRÂNSITO INTOXICAÇÃO
 AGRESSÃO
 TENTATIVA DE SUICÍDIO
 OUTRAS CAUSAS CLÍNICA CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

PRESSÃO ARTERIAL: _____

MX

NN

PULSO: _____

BPM

TEMPERATURA: _____

°C

PESO: _____

QUEIXA PRINCIPAL: _____

Focante roxos traumas no peito
E, com dores, edema e sepridose.

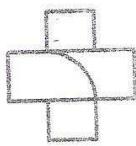
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: _____

Hepatite no peito E, com
espatilite fracionada

ATENÇÃO MÉDICA

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM





SUS
Sistema
Único de
Saúde

**SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO DE SAÚDE DE MONTEIRO**



FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER-REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

FICHA DE ENCAMINHAMENTO N°: _____ CLÍNICA: _____

DO HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA.

PARA O HOSPITAL: *Hospital e Trânsito de Cegos* (ambulatório)

MÉDICO CONTACTADO: *Dr. Amorim (Ortopedista)*

DATA: *13/10/2019*

*1586 Augusto Leal
Chefe do Faturamento/Ambulatório
Matrícula: 209.627-9*

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME: *José Adelmo Nascimento Gesteira*

PROFISSÃO: _____ DOC.: _____ N°: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: _____ ESTADO: _____

*1586 Augusto Leal
Chefe do Faturamento/Ambulatório
Matrícula: 209.627-9*

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS

*1586 Augusto Leal
Chefe do Faturamento/Ambulatório
Matrícula: 209.627-8*

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

*1586 Augusto Leal
Chefe do Faturamento/Ambulatório
Matrícula: 209.627-8*

DIAGNÓSTICO

PROVÁVEL: _____

EXCELSIOR SEGUROS
19 JUL. 2019
CID: SECURÓ DPVAT

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EIVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM

SAE

CLINICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: José Adelmo Soares dos Santos	SEXO: M
ENF.: Apt. 01	LEITO:

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA						
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06	() CONSCIENTE	() ALERTA	() SEDADO	() SONOLENTO	() TORPOROSO	() COMATOSO	() INCONSCIENTE
PA					DIURESE					OUTROS:						
T					SNG											
P					DRENO TORAX											
R					OUTROS											
SpO2					TOTAL											
HGT																

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUporte VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
(X) EUPNEICO () DISPNEICO	(X) ESPONTÂNEAS () VM () CATETER O ² () VENTURI	() SIM (X) NÃO	() TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDIÁCOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
(X) REGULAR () IRREGULAR	(X) NORMOSFIGMICO () BRADISFIGMICO () TRAQUISFIGMICO	(X) NORMOTENSO () HIPERTENSO () HIPOTENSO	() SIM () NÃO	VSC: D () E () VJI: D () E () PVC: _____
			TIPO: _____	

SISTEMA DIGESTIVO

TIPO DE ABDOME	RUIDOS HIDROAÉREOS	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
(X) GLOBOso () PLANO	(X) PRESENTE () AUSENTE	(X) V. O. () SNE () SNG () PARENTERAL	(X) NORMAIS () CONSTIPAÇÃO () DIARRÉIA () MELENA	() PENROSE () OSTOMIA () NENHUMA TIPO: _____

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA INTEGRA	ASPECTO DA URINA
(X) SIM () NÃO	() SIM (X) NÃO	(X) SIM () NÃO	(X) CONCENTRADA () LIMPIDA
			(X) CÍTRICO () COLÚRICA () HEMATÚRIA () PIÚRIA

AVALIAÇÃO DA PELE

HIDRATADA () DESIDRATADA () NORMOCORADA () HIPOCORADA	ICTÉRICA () ANICTÉRICA () CIANÓTICA () EDEMACIADA () HEMATOMA () ESCORIADA	ULCERA P/ PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS (X) SIM () NÃO	ASPECTO (X) LIMPA () INFECTADA	EXSUDATO () PRESENTE () AUSENTE ASPECTO: _____

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO	LOCAL	IMOBILIZAÇÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
(X) SIM () NÃO	() MSD () MSE (X) MID		() NORMAL () CIANÓTICO



INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO DIURNO		INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO NOTURNO	
Materiais Utilizados Data	16/04/2019	Materiais Utilizados Data	16/04/2019
Equipo	1	Equipo	1
Cateter Jelco	1	Cateter Jelco	
Scalp		Scalp	
Esparadapo 40 cm		Esparadapo	
Algodão Bola 02 bolas		Algodão Bola	
Luva Procedimento 01 par		Luva Procedimento	
Seringa 5cc		Seringa 5cc	
Seringa 10cc □		Seringa 10cc □	
Seringa 20cc		Seringa 20cc	
Seringa Insulina		Seringa Insulina	
Multivias		Multivias	
Akulhas Descartáveis □		Akulhas Descartáveis □	
Outros:		Outros:	
INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO DIURNO		INTERCORRÊNCIAS NO DECORRER DO PLANTÃO NOTURNO	
DATA: 16/04/2019	HORA:	DATA: 16/04/19	HORA:
Paciente admitido para realizar procedimento cirúrgico por Dr. Fábio, consciente, com todo, afibril, hidratado com sabor, sem tbc, fuso, anamnese, anestesiado, afibril, com monitorização de pressão arterial, níveis medicado cim, com curativo ocular em FQ, no supero no apartamento, não sente dor no momento, sob os cuidados de enfermagem. <i>lucia</i>		Paciente em FQ, níveis em ECG, consciente, com todo, afibril, hidratado, afibril, com anamnese, pressão arterial, níveis medicado cim, com curativo ocular em FQ, no supero no apartamento, não sente dor no momento, sob os cuidados de enfermagem. <i>lucia</i>	
Mayara Karine da Silva Moura COREN-PE 561013-ENF		Mayara Karine da Silva Moura COREN-PE 561013-ENF	



NOME: Jane Adeline Machado dos Santos

ALERGIA A _____

ANSIEDADE

COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

CONFUSÃO AGUDA

CONSTIPAÇÃO

DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE

DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA

DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO

DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS

DOR AGUDA

DIARRÉIA

EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO

HIPOTERMIA

HIPERTERMIA

INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

MUCOSA ORAL PREJUDICADA

NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORais

PADRÃO DO SONO PERTURBADO

PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ

PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ

RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO

RISCO PARA QUEDA

RISCO PARA INFECÇÃO

RISCO PARA ASPIRAÇÃO

RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA

RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESQUILIBRADA

RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO

RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORais

RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO

RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA

SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA

VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO

VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS _____

Roselane Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

ENFERMEIRO (A) / COREN-PE / CARIMBO





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVIDENTE DE MOURA
J. Moura Soares Ltda. S/C CNPJ: 11.469.145/0001-52
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE
SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM
SAE

ENF: LEITO: APT. 01

DATA: 16/10/2019

NOME: José Adelmo Soárez José Soárez

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO
X	REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO	ROTINA
X	RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPI'S CONFORME ROTINA DA CCIH	ROTINA
X	EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZÁ-LOS	ROTINA
X	MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS	ROTINA
X	DIMINUIR RUÍDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO À NOITE	ROTINA
X	ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA	ROTINA
X	TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO	ROTINA
X	ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	ROTINA
X	ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUÍDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	ATENÇÃO
X	COMUNICAR SE TEMPERATURA <35,8° OU >37,2°	ATENÇÃO
X	PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA <36°C E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA >37,4°C E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÔMITO, DIARRÉIA, DRENOS E SONDAS)	ATENÇÃO
X	OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUÊNCIA NÁUSEAS E VÔMITOS	ATENÇÃO
X	REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATÓRIO. COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR EM EXTREMIDADES; CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII, SE EDEMACIADOS ELEVÁ-LOS E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENÇÃO, DIAFORESE, TAQUIPNÉIA) E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORARIO PRESCRITO CHECAR NOVO HORARIO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REGISTRAR REAÇÃO ADVERSAS QUE O PACIENTE POSSA TER APÓS MEDICAÇÃO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR, OBSERVAR PRECISÃO DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS	ATENÇÃO
X	REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE <u>06/06</u> H	<i>Atenção</i>
	ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS, LAVAR SONDAS APÓS A DIETA	
	ASPIRAR VAS/TOT/TRAQUEOSTOMO / H E TOALETE BRÔNQUICA S/N	
	COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVO E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO	
	COMUNICAR SE SPO ₂ <92%	SECRETARIA DE
✓	CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO	<i>Atenção</i>
	CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO	
	HIDRATAR E MASSAGEAR PELE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO	
✓	INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORARIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO	<i>Atenção</i>
	INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS	
	MANTER CABECEIRA ELEVADA A GRAUS PARA REPOUSO, E GRAUS PARA INFUSÃO	
	MINISTRAR OXIGÊNIOTERAPIA L/M - UMIDIFICADA S/N	
✓	OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO. COMUNICAR ALTERAÇÕES	<i>Comunicar</i>
	PROTEGER PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS	
	REALIZAR CURATIVO X AO DIA EM REGIÃO:	
	REALIZAR HGT DE / COMUNICAR SE HGT <70 MG/DL OU HGT>150MG/DL	
	REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA	
	TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO	
	TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO	
	TROCAR UMIDIFICADOR/ FILTRO A CADA 07 DIAS OU QUANDO NECESSÁRIO HOJE ()SIM () NÃO	

Nayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

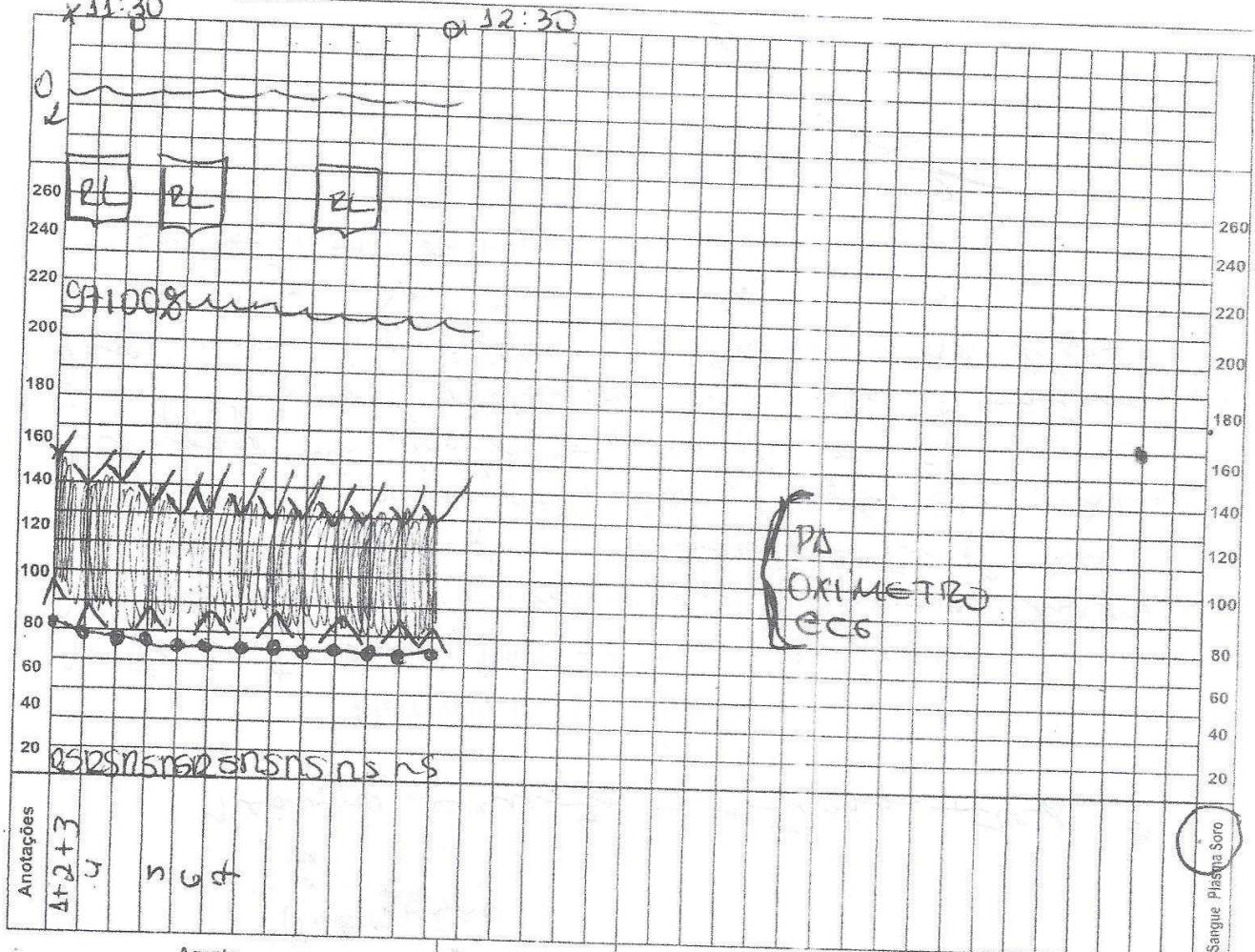
ENFERMEIRO (A) / COREN-PE / CARIMBO



FICHA DE ANESTESIA

Nome: José Melo Melo Forcos Data: 16/04/79.
Premedicação: Hora:

Hora: 11:30



Agente	Quant.	Técnica e tipo de Anestesia
1 Midazolam	5 mg	Roquianestesia med. simples
2 Neoc. isobárica	12,5 mg	L3/4 Ag constante 80 x 27 LcL
3 Símon	0,25 mg	limpida
4 Cefalotina	2 g	
5 Nauseoton	8,6 mg	
6 Dipirona	20 g	
7 Telesxicam	40 mg	
8 Efaracil 01 Amp	—	
9 Atenapina 02 Amp	—	

Duração da Op.: 50' Duração de Anest.: 1:00 h

Cond. no final da op.: Resultado BRM Consciência:

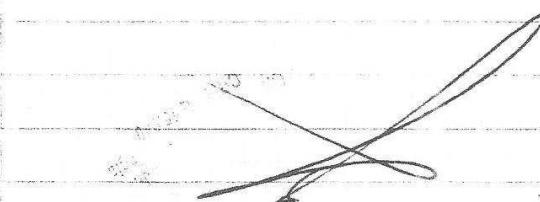
Observação:

DR. JOSÉ EVOIDE DE MOURA
CRM: 11.116
CRM: 11.116
Assinatura do Anestesista

X



ANEXO 01



- 1- Paciente com HHA e/ou esclerose:
- 2- Descrição + evolução + complicações + tratamento:
- 3- Evolução e/ou tratamento ao longo do tempo:
- 4- Descrição + evolução + complicações + tratamento:
- 5- Evolução e/ou tratamento ao longo do tempo:
- 6- Curto-circuito sanguíneo:

Descrição do Operatório

Tratamento sanguíneo + anticoagulante.

Operação Preopératorio

O restante

Diagnóstico Pos-Operatório

Tratamento ao longo E

Diagnóstico Pós-Operatório

16/04/19

Intm

Intm

Intm

Intm

Anticoag.

</div

EXAME FÍSICO

Inspeção:

Palpação:

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica: *Fratura do tíbio E.*

Alta	Condições de Alta		
Curado <input type="checkbox"/>	Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias		
Melhorando <input checked="" type="checkbox"/>	Óbito em <input type="checkbox"/>	Motivo:	
Inalterado <input type="checkbox"/>	Hora <input type="checkbox"/>	Decisão Médica <input type="checkbox"/>	
Piorado <input type="checkbox"/>	+ 48 Horas <input type="checkbox"/>	Alta Pedida <input type="checkbox"/>	
Óbito <input type="checkbox"/>	- 48 Horas <input type="checkbox"/>	Transferência <input type="checkbox"/>	
Transferido para _____	Indisciplina <input type="checkbox"/>		

Diagnóstico definido *Fratura do tíbio E.*

Tratamento *Redução cerrado + osteossíntese.*

Diagnóstico anátomo-Paratológico

Data 17/04/79.

Ass. do Médico - CRM
e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EUVIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CNPJ: 11.469.145/0001-52
CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE
SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM
SAE

ENF: LEITO 01

DATA: 16/04/2019

NOME: José Adelmo naime dos Santos

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

		HORÁRIO
X	REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO	ROTINA
X	RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPI'S CONFORME ROTINA DA CCIH	ROTINA
X	EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZÁ-LOS	ROTINA
X	MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS	ROTINA
X	DIMINUIR RUÍDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO À NOITE	ROTINA
X	ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA	ROTINA
X	TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO	ROTINA
X	ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	ATENÇÃO
X	ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUÍDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	ATENÇÃO
X	COMUNICAR SE TEMPERATURA <35,8° OU >37,2°	ATENÇÃO
X	PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA <36°C E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA >37,4°C E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÓMITO, DIARRÉIA, DRENOS E SONDAS)	ATENÇÃO
X	OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUÊNCIA NÁUSEAS E VÓMITOS	ATENÇÃO
X	REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATÓRIO. COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR EM EXTREMIDADES: CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA. COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII. SE EDEMIACIADOS ELEVÁ-LOS E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENÇÃO, DIAFORESE, TAQUIPNEIA) E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORÁRIO PRESCRITO CHECAR NOVO HORARIO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REGISTRAR REAÇÃO ADVERSAS QUE O PACIENTE POSSA TER APÓS MEDICAÇÃO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR, OBSERVAR PRECISÃO DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS	ATENÇÃO
X	REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE 06/06h	Atenção
	ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS. LAVAR SONDAS APÓS A DIETA	
	ASPIRAR VAS/TOT/TRAQUEOSTOMO / H E TOALETE BRÔNQUICA S/N	
	COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVO E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO	
	COMUNICAR SE SPO ² <92%	SECRETARIA DE
X	CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO	Atenção
	CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO	
	HIDRATAR E MASSAGEAR PÉLE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO	
X	INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORÁRIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO	Atenção
	INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS	
	MANTER CABECEIRA ELEVADA A GRAUS PARA REPOUSO, E GRAUS PARA INFUSÃO	
	MINISTRAR OXIGÊNIOTERAPIA L/M - UMIDIFICADA S/N	
X	OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO. COMUNICAR ALTERAÇÕES	
	PROTEGER PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS	Comunicar
	REALIZAR CURATIVO X AO DIA EM REGIÃO:	
	REALIZAR HGT DE / COMUNICAR SE HGT <70 MG/DL OU HGT>150MG/DL	
	REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA	
	TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO	
	TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO	
	TROCAR UMIDIFICADOR/ FILTRO A CADA 07 DIAS OU QUANDO NECESSÁRIO HOJE ()SIM () NÃO	

Mayara Barine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

ENFERMEIRO (A) / COREN-PE / CARIMBO



NOME: José Adelmo Machado Santos

ALERGIA A _____

ANSIEDADE

COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA

CONFUSÃO AGUDA

CONSTIPAÇÃO

DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA

DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE

DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA

DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO

DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS

DOR AGUDA

DIARRÉIA

EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO

HIPOTERMIA

HIPERTERMIA

INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA

INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA

MUCOSA ORAL PREJUDICADA

NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS

PADRÃO DO SONO PERTURBADO

PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ

PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ

RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO

RISCO PARA QUEDA

RISCO PARA INFECÇÃO

RISCO PARA ASPIRAÇÃO

RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA

RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESQUIILIBRADA

RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ

RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO

RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS

RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO

RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA

SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO

VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA

VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO

VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS _____

Mayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

ENFERMEIRO (A) / COREN-PE / CARIMBO







CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVOIDE DE MOURA
J. Moura Soares Ltda. S/C **CNPJ: 11.469.145/0001-52**
Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE
SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM
SAE
CLINICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOOME: José Adelmo Nogueira dos Santos
ENF.: Apt. 01

LEITO:

SEXO: M
DATA: 16/04/19

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA				
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06	() CONSCIENTE	() ALERTA	() SEDADO	() SONOLENTO	() TORPOROSO
PA					DIURESE					() COMATOSO	() INCONSCIENTE			
T					SNG									
P					DRENO TORAX									
R					OUTROS									
SpO2					TOTAL									
HGT														

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUporte VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
(X) EUPNEICO	(X) ESPONTÂNEAS	() SIM	() TRAQUEOSTOMIA
() DISPNEICO	() VM () CATETER O ² () VENTURI	(X) NÃO	

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDIÁCOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
(X) REGULAR	(X) NORMOSFÍGMICO	(X) NORMOTENSO	() SIM	VSC: D () E ()
() IRREGULAR	() BRADISFÍGMICO	() HIPERTENSO	() NÃO	VJI: D () E ()
	() TRAQUISFÍGMICO	() HIPOTENSO	TIPO: _____	PVC: _____

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOME	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME	RUIDOS HIDROAÉREOS	(X) V. O.	(X) NORMAIS
(X) GLOBOso	(X) PRESENTE	() SNE	() CONSTIPAÇÃO
() PLANO	() AUSENTE	() SNG	() DIARRÉIA
		() PARENTERAL	() MELENA
			TIPO: _____

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA INTEGRA	ASPECTO DA URINA
(X) SIM	() SIM	(X) SIM	(X) CÍTRICO
() NÃO	(X) NÃO	() NÃO	() COLÚRICA () HEMATÚRIA () PIÚRIA

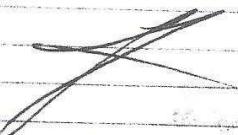
AVALIAÇÃO DA PELE

HIDRATADA () DESIDRATADA () NORMOCORADA () HIPOCORADA	ICTÉRICA () ANICTÉRICA () CIANÓTICA () EDEMACIADA () HEMATOMA () ESCORIADA	ULCERA P/ PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS (X) SIM () NÃO	ASPECTO (X) LIMPA () INFECTADA	EXSUDATO () PRESENTE () AUSENTE ASPECTO: _____

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO LOCAL: () SIM () NÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO () NORMAL () CIANÓTICO



 CASA DE SAÚDE Dr. JOSE EVOIDE DE MOURA		CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA	
EVOLUÇÃO CLÍNICA			
Nome do Paciente: <i>José Maclino sobre Fortes</i> Clínica: <i>Dermatologista</i> . Enf:		Registro N°: <i>155781</i> Leito N°:	
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
		<i>H.O: Fazulvus da Idade E. Reclamação: reanços comuns + osteossintese. C.D: Solicito Rx roto de rea.</i>	
<i>17/04/179</i>		<i>7:00 AM Paciente evolui bem, seu dor. Rx contém via bro reanços</i>	
		<i>C.D: Alto hospitalor.</i>	
			
			
			
			



J. Moura Soares Ltda. S/C
CNPJ: 11.469.145/0001-52
Rua Aparecida Veras, 411, Fones: (37) 3838-7304 / 3839-1149 / 3839-0800 - Bairro: São Pedro - CEP: 38.360-000 - Cidade: Rio Claro - SP - Brasil

COMISSAO TECNICA DE PREVENCAO DE INFECÇÃO HOSPITALAR
NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO

Nome: José Alves reis da Santos

155781

SP - Rio Claro

Sexo: Masculino - Idade: 28

16/04/2019

Clínica:

17/04/2019

Óbito: Não

Diagnóstico:

Orange - Fratura de tíbia

Data da ocorrência: 16/04/2019

Local:

Procedimento:

Parte: Tronco

Data: 16/04/2019

Estado:

PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS (MARCAR COM X)

<input checked="" type="checkbox"/> Fase de Veraneio	<input checked="" type="checkbox"/> Desordem Veraneio	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Tempest	<input checked="" type="checkbox"/> Enfado	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Ciclone no veraneio	<input checked="" type="checkbox"/> DPO	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Desastre hídrico	<input checked="" type="checkbox"/> Malária	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Fracasso Veraneio	<input checked="" type="checkbox"/> Troposfera	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Desastre hídrico	<input checked="" type="checkbox"/> Inundação	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Desastre hídrico	<input checked="" type="checkbox"/> Inundação	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Desastre hídrico	<input checked="" type="checkbox"/> Inundação	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico

LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR (MARCAR COM X)

<input checked="" type="checkbox"/> Fase de Veraneio	<input checked="" type="checkbox"/> DPO	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Ciclone no veraneio	<input checked="" type="checkbox"/> DPO	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico	<input checked="" type="checkbox"/> DPO	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Desastre hídrico	<input checked="" type="checkbox"/> DPO	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico
<input checked="" type="checkbox"/> Desastre hídrico	<input checked="" type="checkbox"/> DPO	<input checked="" type="checkbox"/> Período hídrico

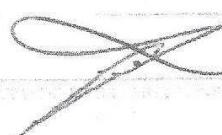
USO DE ANTIMICROSIANO

X - Profissão - Profissão

Cefotino 1g/dia 26/04/19 27/04/19

Cefotino X 1g/dia 26/04/19 27/04/19

26/04/19

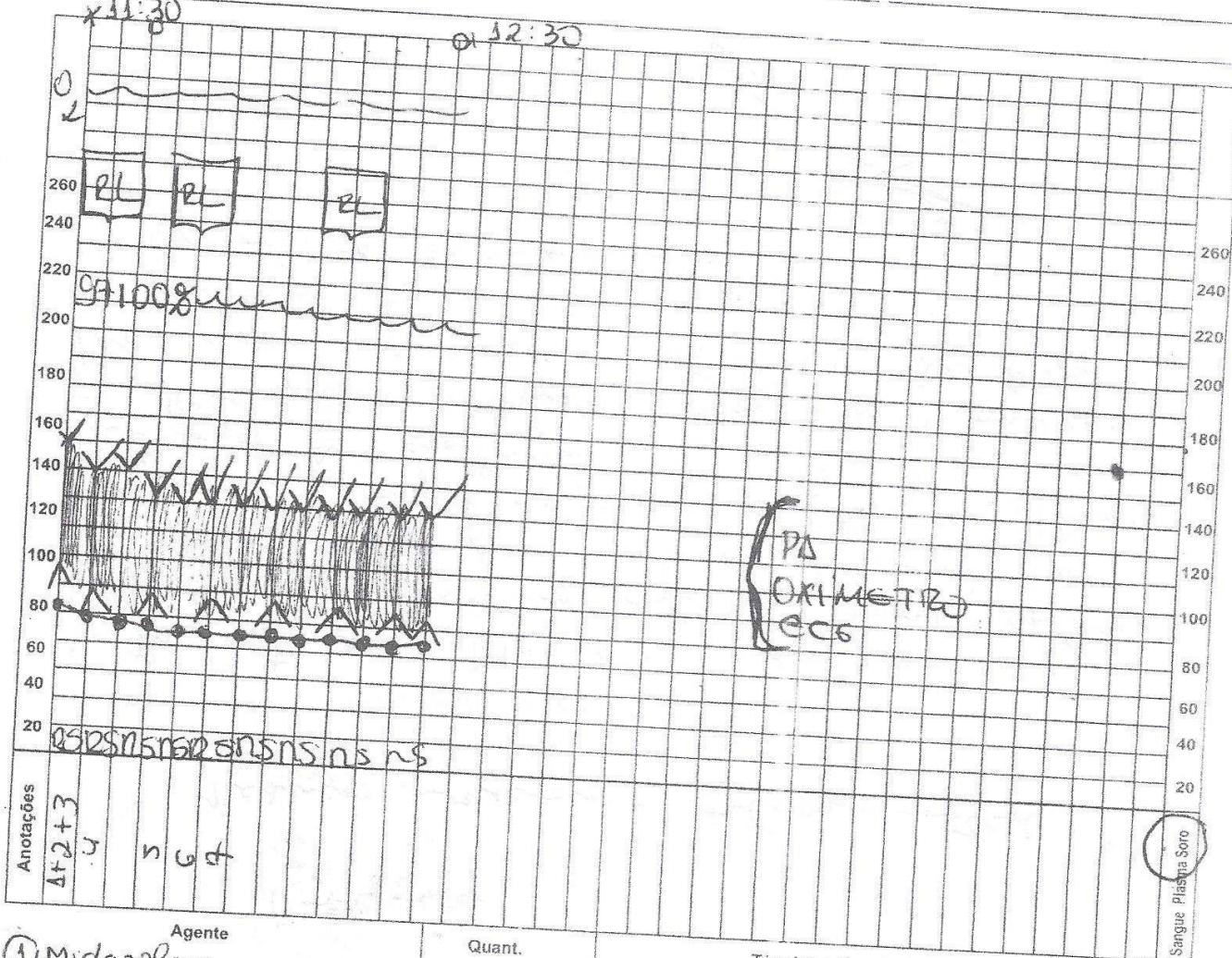




FICHA DE ANESTESIA

Nome: José Melmo Nogueira Lóioz Data: 16/04/79.
Premedicação:

Hora: 11:30 Hora:



Anotações

3
+
2
5
n 6 +

Agente

- 1 Midazolam
- 2 Neoc. isobárica
- 3 Dumor
- 4 Rehalotrina
- 5 Nausedion
- 6 Dipivona
- 7 Teloxicam
- 8 Eptafé 01 Amp
- 9 Aropina 02 Amp

Quant.
5 mg
12,5 mg
0,35 mg
2 g
8,6 g
2 g
10 mg
—

Técnica e tipo de Anestesia

Roguianestesia med simple
L3/4 Ag contante 80 x 27,6cc
lumiprol

Duração da Op.: 50' Duração de Anest.: 1:00 h

Cond. no final da op.:

Resultado BRM Consciência:

Observação:

DR. Lúcio de J...
CRM 11.354
OP. TOL. 100.000.000
Assinatura

Assinatura do Anestesista

~~Assinatura~~



Relatório de Operação

Centro Hospitalar Dr. José Evólide de Moura

窗口3

Num. 57180844 - Pág. 3

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:18
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001301442179690000056244444>
Número do documento: 2001301442179690000056244444





HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

Nome: José Belmiro de OliveiraData de admissão: 26/04/2019

Raç/etn:

232040

2. Queixa principal e História da doença atual

queixa: fadiga de fome

3. Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

4. Antecedentes Pessoais:

Cardiopatias Doenças degenerativas Endocrinologia Infecções Traumatismo
 Distúrbios psiquiátricos Alcoolismo Doenças de pele Doenças de sangue Doenças genéticas
 Uso de drogas Tabagismo Doenças do fígado Doenças do coração Doenças do fígado

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

Sábio Hidratado Normocitótico Satisfeito Atividade: Física
 Requer Dehidratado Hipocitótico Insatisfeito Atividade: Física
 Sono Aversiva Hipocitótico Insatisfeito Atividade: Física

Tegumento/Pele:

5.2 Avaliação neurológica:

Nível de consciência:

Alerta Sonoletivo Hipossensor Hipocinético Hipotensivo Hipotensor

5.3 Sistema Respiratório

Crônico Espontâneo Espontâneo/Respirador

Fúneico Dispnéia Fadiga

02 surtos Unim Cateter nasal Marcazeira Marcazeira

Dreno torácico Sim Não Frouxo Tensão

Aspirado da drenagem:

Murmúros Vascular: Ausente Ausente Ausente Ausente

Ruidos Adventícios: Bronco Sibilos Ausente Ausente

Tosse: Presente Ausente Ausente Ausente

5.4 Sistema Cardíovascular:

Ritmo Cardíaco: Regular

P脉: Fisiométrico

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: Flácido Tensão Tensão Doloroso Doloroso Globoso

Ascites: Presente

Ruidos Hidroáreos: Presente Ausente Hipertônico Hipotônico Ausente Ausente

Eliminações Intestinais: Constipação Diarreia Normal Infarto Infarto

Enemas: Presentes

Observações do enfermeiro:

5.6 Sistema Gênito-urinário:

Diurese: Presente Ausente Ausente Ausente Ausente Ausente

Aspecto: Normal Alterado Alterado Alterado Alterado Alterado

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: Alta Passear

Momentos Conservados: Sim Não

Força Motor: Conservada: Sim Não

MMSS:

Mnif:

Observações do enfermeiro:

Necessidades Psicosociais

Altitudes: Cooperativo Não cooperativo Agitado Choroso Palmo Ansioso

Nível socio-econômico: Classe social: Alta Média

Condições de Moradia:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual: Sim Não

ACEITA VISITA PARA ACOMPANHAMENTO RELIGIOSO: Sim Não

Data: 16/04/19

Mayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

Enfermeira ENF





ESPECIALIDADES

Cirurgia Geral
Ginecologia e Obstetrícia
Clínica Médica
Pediatría
Ortopedia
Traumatología
Cardiología
Oftalmología
Dermatología
Urología
Cirugía Plástica
Cirugía Vascular
Cirugía Bucal Maxilo
Neurología
Otorrinolaringología
Psicología
Fisioterapia.

EXAMES

Tomografia Computadorizada
Ultra-Sonografia
Densitometria Óssea
Mamografia Digital
Eletrocardiograma
Eco-cardiograma
Teste Ergométrico Comp.
Endoscopia Digestiva
Laboratório
Raio X Digital
Eletroencefalograma
Video Laparoscopia Diagnóstica
Cardiotocografia Fetal
Histeroscopia Diag. e Cirúrgica
Laringoscopia
Estudo Urodinâmico
Audiometria

RECEITUARIO

José Adelmo Nobre L.

Licitio:

- Rx da pess E

do APs perfil.

30/04/19.

~~Dr. Francisco E. Lobo Jr.~~
~~Ortopedia e Traumatología~~
~~CRM PE 11347~~
~~SGC 11321~~



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. MOURA SOARES LTDA. S/C

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Janie Adeline Roland 9.

ME DU PECHE.

Hipótese Diagnóstica:

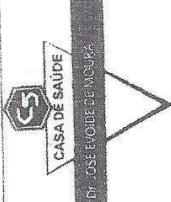
Frost stills E.

100

Enfermaria:

Leito: _____ Registro N°: _____ * ANEXO DA MEDICAÇÃO

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável.





CASA DE SAÚDE
Dr. JOSE EVOIDE DE MOURA

CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome do Paciente:

Clinica

Paciente: José Saúl Roque Soto Re
Domicilio: Enf Le

Registro N°: 155731

Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
16/04	119	HD: Evolução da Idade E. Período, rebaços, cimento + osteointe.
		CD: Fazito Rx rotozole.
17/04/119	7-8 DPV	Paciente evolução lenta, seu dorz Rx rotozole cosa bro rebaços
		CD: Veto hospitalizar.

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:19

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:19
<https://pie.tineius.br:443/13/Processo/ConsultaDocumento/listView?sear2x=2001301442189270000056244416>

Número do documento: 20013014421892700000056344146

Num. 57180847 - Pág. 4

卷之三



HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

Nome: W. Ademir Neto dos Santos RG: 232940
Data de admissão: 16/04/2019 Hora: 10:01 Período: 28 Sexo: (X) M - F

2. Queixa principal e História da doença atual

fratura de tibia

3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo

4. Antecedentes Pessoais:

Cardiopatias Doenças degenerativas Hipertensão Diabetes Artrite
 Distúrbios psiquiátricos Alcoolismo Alergias Enxaquecas

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

Gravado Indeterminado Melhorado Piorado
 Regular Desidratado Depressivo Ansioso
 Bom Ansoriente Depressivo

Equipamento/Pele:

5.2 Avaliação neuroológica:

Nível de consciência: Alertante Sonolento Depressivo Dizendo malas Dizendo palavras Dizendo palavrões

5.3 Sistema Respiratório

Contínua Espontânea Espontânea/Mecanizada

Espontâneo Auspiração Espontânea

O2 suplementar: 1 min Cateter nasal Mascomedante Mecanico

Dreno torácico: Elástico Falso Fáscia Lateral

Aspecto da drenagem: Ausente Ausente Ausente Ausente

Múmuros Vesciculares: Presente Ausente Ausente Ausente

Ruidos Adventícios: Brônco Sistólico Diastólico Ausente

Tosse: Presente Ausente Ausente Ausente

5.4 Sistema Cardiovascular:

Ritmo Cardíaco: Regular Irregular Agitado Agitado

P脉: Fibriloso Cílico Ausente Ausente

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: Flácido Tenseo Distrénsia Doloroso Plano Noboso

Ascito: Ausente Presente Ausente Ausente Ausente

Ruidos Hidroáqueos: Presente Ausente Ausente Ausente Ausente

Eliminações Intestinais: Constipação Diarreia Normal Fálico Melena Enteropatia

Emeço: Presente Ausente Ausente Ausente

5.6 Sistema Gênito-urinário:

Diurese: Presente Ausente Ausente Ausente Ausente

Aspergo: Ausente Presente Ausente Ausente Ausente

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: Alta Passada

Momuntos Conservados: Sim Não Ausente Ausente

Força Motora: Conservada: Sim Não Ausente Ausente

MMSS: Ausente Ausente Ausente Ausente

Minil: Ausente Ausente Ausente Ausente

Observações do enfermeiro: Ausente Ausente Ausente Ausente

Necessidades Psicossociais

Atitudes: Cooperativo Não cooperativo Agitado Choroso Solitário Ansioso

Nível socio-econômico: Classe social: Alta Média Baixa

Condições de Moradia: Ausente Ausente Ausente Ausente

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual: Sim Não Ausente

Aceita visita para acompanhamento religioso: Sim Não Ausente

16/04/19

Mayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF





Dr. José Ezeíde de Moura
J. Moura Saúde Ltda. SC

Telefax: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452
1965 / 1083 / 2926 / 1701

Celular: (87) 9947-0105 / 9830-1514

CENTRO MÉDICO



Telefax: (87) 3838-1701
9650-1514

Telefax: (87) 3838-2926
9943-0001

Fone: (87) 3838-2636



Rua Aparício Veras, 411 - CEP: 56.800-000 - Centro - Alegados da Ingazeira - PE

ESPECIALIDADES

Cirurgia Geral
Ginecologia e Obstetrícia
Clínica Médica
Pediatría
Ortopedia
Traumatologia
Cardiologia
Oftalmologia
Dermatologia
Urologia
Cirurgia Plástica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Buco Maxilo
Neurologia
Otorrinolaringologia
Psicologia
Fisioterapia

EXAMES

Tomografia Computadorizada
Ultra-Sonografia
Densitometria Ossea
Mamografia Digital
Eletrocardiograma
Eco-cardiograma
Teste Ergométrico Comp.
Endoscopia Digestiva
Laboratório
Raio X Digital
Eletroencefalograma
Video Laparoscopia Diagnóstica
Cardiotocografia Fetal
Histeroscópia Diag. e Cirúrgica
Laringoscópia
Estudo Urodinâmico
Audiometria

RECEITUARIO

José Nelson Nobre L.

Licitio:

- Rx no peito E

ex APE perfil.

301 UY179.

Dr. Francisco Ezeíde Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 15244
2007 11.927





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. MOURA SOARES LTDA. S/C

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

me do Paciente: José Adelmo Moreira Jr.

Jóteuse Diagnóstica: Frost Wilio E.

Enfermaria:

Leito

Registro N°

DESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

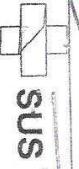
DATA	HORA	PRESUNÇÃO MEDIDA	APENAS
16/10/119	1 -	Hasta liso	
	2 - SF-09 in. 7000L Tu, m/for/for	15	2/6
	3 - Cebolinho Tu, Tu, 6/6 Ls.	15	or or or
	4 - Espinosa Tu, Tu, 6/6 Ls.	15	or or or
	5 - Ectotil Tu, Tu, 7/7 Ls.	15	or or
	6 - Tronel Tu, SF-09 in. 7000L, Tu, 13/13 Ls. Ls or		
	7 - CCG 6 r 5 5 Ls.		corte

19104119 Sets for miton

卷之三

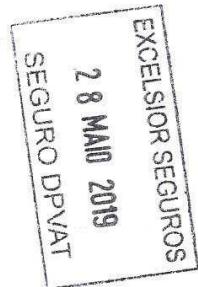
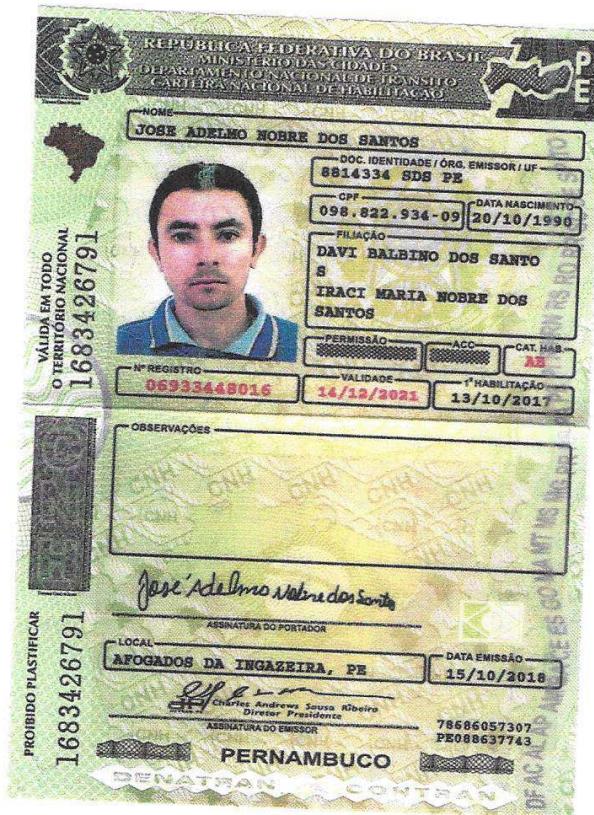
Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável



 SUS		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
CÓDIGO DA UNIDADE: 2336812 CGC/CPF: 08.778.268/0015-66 NOME: HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA FILOMENA END.: RUA EF AMINONDAS DE AZEVEDO, S/N MUNICÍPIO: MONTEIRO ESTADO: PARAÍBA UF: 25		Tipo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO	
Nome: JOSE ADELIMO NOBRE DOS SANTOS <i>José Adelmo Nobre dos Santos</i> Raça/Cor: PARDAS Dr. Nasc: 20/10/1990 Idade: 28 ano(s) mês(es) de idade dia(s) de idade Mãe: IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS Profissão: AGRICULTOR Endereço: SITIO CARUA Bairro: ZONA RURAL Município-UF - CEP - IBGE: IGUARACI - PE - 56840000 - 260690 Telefone para contato: (83) 3351-2204 / (87) 98866-2136 CNS: 161996218090000		Documento: RG: 8.814.334 Nº Matrícula: 2018-8	
Data e Hora: 13/04/2019 12:19:26		SSN PESO: PA: TEMP.: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) <i>Presente com dor abdominal. Fazendo x-rays. Nao tem febre. Anamnese negativa.</i>	
DIAGNÓSTICO: <i>Traumatizado. MTC</i>		ENCAMINHAMENTO: MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> 2. APPLICADA <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> OUTROS	
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO: <i>Notificado para vigilância em casa</i>		CID-10: <i>M62</i>	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S); CARIMBOS MÉDICA C2M-P3 10/5/17	
MÉDICO / CNS / CRM GABRIELA BITTENCOURT 00000000000000000000-CRM - PB 10517		CBO OU POLEGAR DIREITO	
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL <i>Carimbo</i>		ASS. DO REVISOR TÉCNICO ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO <i>Carimbo</i>	
RESULTADOS			

RECEPCIONISTA: ANDRE MIGUEL

CADASTRO: 1862377461



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:19
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014421937700000056244450>
Número do documento: 20013014421937700000056244450

Num. 57180851 - Pág. 1