

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 Demócrito 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

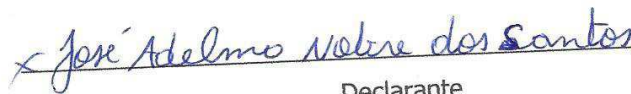
Rua Demócrito de Souza Filho nº 335, Emp. Green Tower, Sl. 903, Madalena, Recife – PE.
Fones: (81) 98504-4046/ 99789-0245. E-mail: roselane.barbosaadv@hotmail.com



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 auferir 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.


Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA

DELEGACIA DE POLÍCIA 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 POLÍCIA 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 Geneci 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 Tibia 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

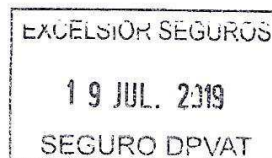
JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

Declarante

Lidio Bezerra de Freitas

LIDIO BEZERRA DE FREITAS

Escrivão



MINISTRO 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 apresentando 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 dérmicas 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-tramela 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

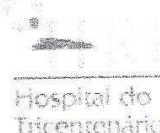




Pernambuco



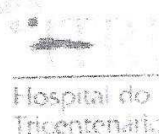
SUS Sistema Único de Saúde



Pernambuco



SUS Sistema Único de Saúde




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

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

ECG + RISCO CIRÚRGICO

HD>FRATURA DIÁFISE TÍBIA ESQUERDA


Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM : 20410

Dr. Eugenio Muniz
Ocorrencia 13.04.2019
Ocorrencia 13.04.2019

13-ABR. 2019

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA

Rua Manoel Virgínio 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

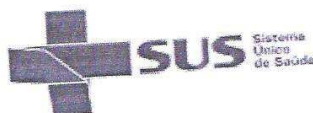
HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CÂMARA

Rua Manoel Virgínio 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





Pernambuco



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

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

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO 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 APNURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, 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 DESTA
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





GOV. DO ESTADO
Pernambuco



Sistema
Único
de Saúde



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

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

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO 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 APNTURRILHA E A DORSOFLEXÃO DOS DEDOS.

Exame Físico:

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, 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

Registro nº _____

Data: ____/____/____

Hora: _____

ENFERMARIA: _____

LEITO Nº _____

Appt. 01

NOME: _____
SEXO: _____
NATURALIDADE: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____
Nº DOCUMENT: _____

PROMTUÁRIO: 00155781
NOME: JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS
END: SÍTIO CARLA, Nº 10
BAIRRO: ZONA RURAL
CID.: IGUARACI-PE
Nasci: 20/10/1990 Idade: 28 Anos, 6 Meses
Mãe: IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS
Pai: DAVI BALBINO DOS SANTOS
Profissão: PROFESSOR
Unidade: POSTO 1/CIRURGICA
Serviço: CLINICA CIRURGICA DE HOMEN
Médico: FRANCISCO ERLANDIO DE MELO JUNIOR
C.N.S: _____

REGISTRO: 00232940
SEXO: MASCULINO
EST. CIVIL: SOLTEIRO(A)
CEP: 56.840-000
FONE: 87-991043902

IVIL: _____

Convenio: PARTICULAR
D. Inter.: 16/04/2019 às 12:01
Enf.: _____
CRM: 15940
Carteiras: _____

PAI: _____

MÃE: _____

Nº DOCUMENTO: CPF: 098.822.934.09

FONE: _____

INTERNADO POR ORDEM DE: *Dr. Francisco*

ASS. DO MÉDICO - CRM _____

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: *Paciente sofreu trauma na perna E, com*

E, com

dores, edema e hiperatividade.

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: *Hiperatividade na perna E, com*

isotrofia funcional.

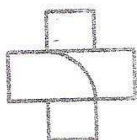
ASSINATURA DO MÉDICO - CRM _____



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:17

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014421707600000056244435>

Número do documento: 20013014421707600000056244435



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 Nº.: _____ CLÍNICA: _____

DO HOSPITAL REGIONAL SANTA FILOMENA.

PARA O HOSPITAL: Hospital e Trauma de Caxambu

MÉDICO CONTACTADO: Dr. Amadeu (Ortopedista)

DATA: 13/07/19

José Augusto Leal
Chefe do Faturamento/Ambulatório
Matrícula: 209.621-9

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME: Don. Adilson Nêdo dos Santos

PROFISSÃO: _____ DOC.: _____ Nº: _____

ENDEREÇO: _____

MUNICÍPIO: _____

BAIRRO: _____

ESTADO: _____

José Augusto Leal
Chefe do Faturamento/Ambulatório
Matrícula: 209.621-8

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS

José Augusto Leal
Chefe do Faturamento/Ambulatório
Matrícula: 209.621-8

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

José Augusto Leal
Chefe do Faturamento/Ambulatório
Matrícula: 209.621-8

DIAGNÓSTICO

PROVÁVEL: _____

EXCELSIOR SEGUROS
CID: 19 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO: _____





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVOIDE DE MOURA
J. Moura Soares Ltda. S/C CNPJ: 11.469.145/0001-52
Rua Aparicio 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: <u>Jose Adilson Gomes dos Santos</u>	SEXO: <u>M</u>
ENF.: <u>pt. 01</u>	LEITO: <u>DATA: 16/04/19</u>

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

SISTEMA RESPIRATÓRIO

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

SISTEMA CARDIOVASCULAR

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

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOMEN	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME (X) GLOBOSO () PLANO	RUIDOS HIDROAÉREOS (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 ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA	
(X) SIM () NÃO	() SIM (X) NÃO	(X) SIM () NÃO	(X) CONCENTRADA () LÍMPIDA	(X) CÍTRICO () COLÚRICA () HEMATÚRIA () ANÚRIA () POLIÚRIA () PIÚRIA

AValiação DA PELE

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

OSTEO ARTICULAR

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



NOME: Jose Adeline mouro 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 DESIQUILIBRADA
- ☐ 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 _____

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
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: 111.01 DATA: 16/04/2019

NOME: Jose Adilmo nome dos Santos

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

X	REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO	HORÁRIO
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 FLUIDOS 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 FREQUENCIA 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, TAQUIPNEIA) E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORÁRIO PRESCRITO CHECAR NOVO HORÁRIO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REGISTRAR REAÇÃO ADVERSA 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	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	
	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	
	INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS	
	MANTER CABECEIRA ELEVADA A _____ GRAUS PARA REPOUSO, E _____ GRAUS PARA INFUSÃO	
	MINISTRAR OXIGÊNIO TERAPIA _____ L/M - UMIDIFICADA S/N	
X	OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO. COMUNICAR ALTERAÇÕES	
	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	

Mayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

ENFERMEIRO (A) / COREN-PE / CARIMBO



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:17

<https://pje.tje.pe.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014421733200000056244438>

Número do documento: 20013014421733200000056244438

FICHA DE ANESTESIA

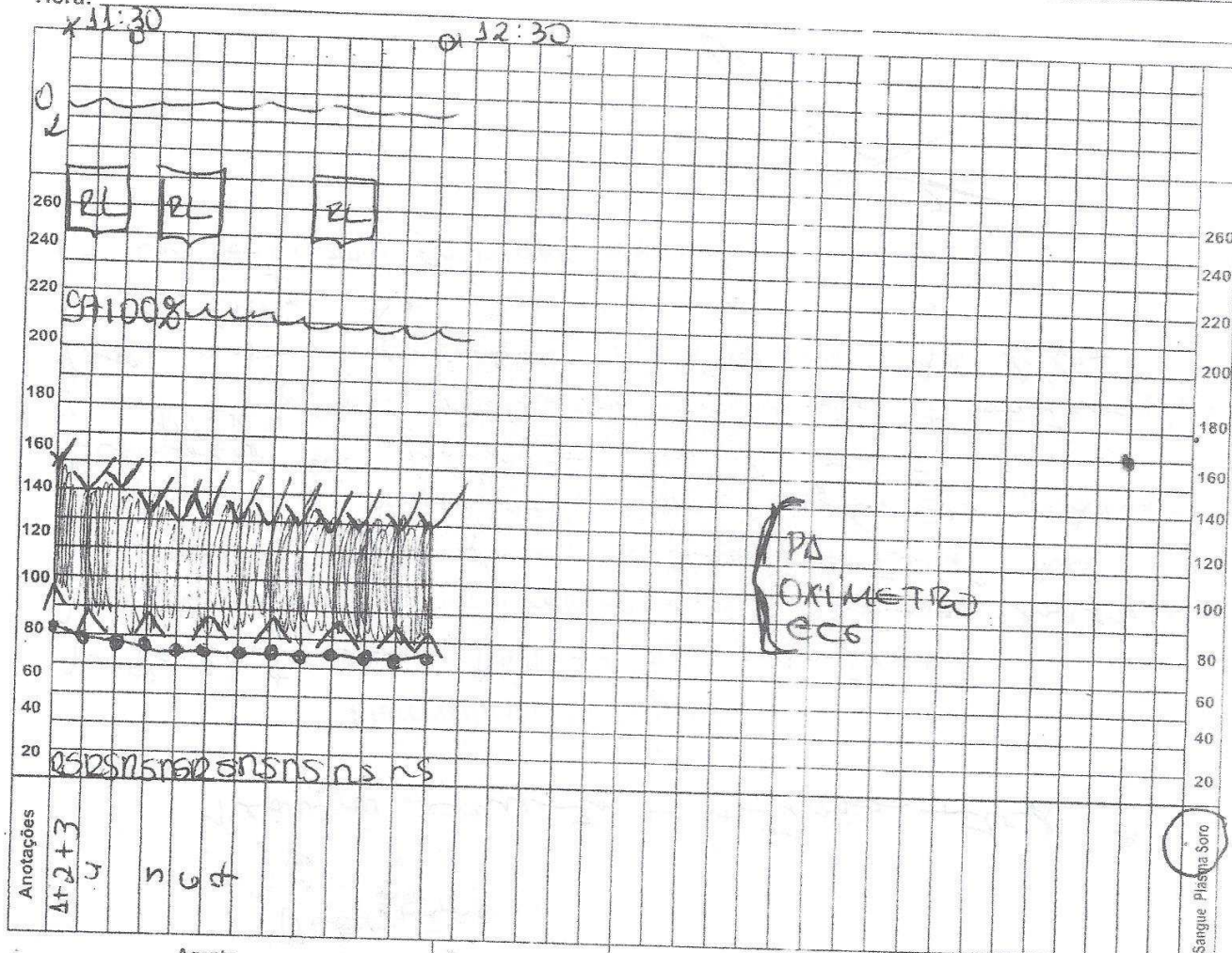
Nome: João Alberto Nobre Lortoz

Data: 16, 04, 19.

Premedicação: _____

Hora: _____

Hora: _____



Agente

- 1 Midazolam
- 2 Neoc isobarica
- 3 Demox
- 4 cefalotina
- 5 Nauseidum
- 6 Dipirona
- 7 Tetraxicam
- 8 Eferil 01 Amp
- 9 Anopina 02 Amp

Quant.

5mg
12.5mg
0.25mg
2g
8.6mg
2g
40mg
=

Técnica e tipo de Anestesia

Requiescência med simples
L3/L4 Ag constante 80 x 27. Lck
limpido

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

Cond. no final da Op.: _____

Resultado BRM Consciência: _____

Observação: _____

Dr. João de Moura
CRM 11.116
Esp. Anest. Geral

Assinatura do Anestesiologista



Nome do Paciente		José Maria Alves Fortor	
Clínica		Dentoblogia	
Operador		Francisco E. Nole Jr.	
1º Assistente			
Instrumentador		Anestesi	
Anestesia		Duração	
Data de Operação		16/04/19	
Diagnóstico Pré-Operatório		Fratura de Dado E	
Diagnóstico Pós-Operatório		O mesmo	
Operação Proposta		Reparo comento + microimplantes	
Descrição do Atto Operatório			
<p>1- Paciente em DDA sob anestesia</p> <p>2- Abertura + artroscopia + campo estéril</p> <p>3- Acesso na face anterior - lateral da</p> <p>4- Acesso na face posterior - lateral da</p> <p>5- Acesso na face superior - lateral da</p> <p>6- Acesso na face inferior - lateral da</p>			

Relatório de Operação

Centro Hospitalar Dr. José Evoide de Moura



EXAME FÍSICO

Inspeção: _____

Palpação: _____

Ausculta: _____

Hipótese Diagnóstica: Fratura do Tibio E.

Alta

Curado ☐

Melhorando ☒

Inalterado ☐

Piorado ☐

Óbito ☐

Transferido para _____

Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias

Óbito em _____

Hora _____

+ 48 Horas ☐

- 48 Horas ☐

Motivo:

Decisão Médica ☒

Alta Pedida ☐

Transferência ☐

Indisciplina ☐

Diagnóstico definido Fratura do Tibio E.

Tratamento Redução aberta + osteossíntese.

Diagnóstico anátomo-Paratológico _____

Data

17, 04, 19.

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



Centro Hospitalar Dr. José Evióide de Moura

Registro nº _____
Data: _____
Hora: _____

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

ENFERMARIA:

NOME: _____
 SEXO: _____
 NATURALIDADE: _____
 ENDEREÇO: _____
 CIDADE: _____
 Nº DOCUMENT: _____

Nome: JOSE ABELNO NOME DOS SANTOS
 End: Sítio CARMA, Nº 00
 Bairro: ZONA RURAL
 CID: IJUAQUARI-PE
 MASC: 20/10/1990 Idade: 28 Anos, 6 Meses
 Mãe: IRLACI MARCIA NOME DOS SANTOS
 Pai: DAVI BALBINO DOS SANTOS
 Unidade: POSTO I/CIRURGICA
 Profissional: PROFESSOR
 Serviço: CLINICA CIRURGICA DE NOBREM
 Médico: FRANCISCO ERLANDO DE MELO JUNIOR
 C.M.S.

REGISTRATION:0023290
SEXO:MASCULINO
EST.CIVIL,SOLTEIRO(A)
CPF: 56.840-000
FONE:87-991043502

INTERNADO POR ORDEN DE:

PHONE:

Nº DOCUMENTO: 098-822-934-04

PAI: _____
MAE: _____

LOCAL DO ACIDENTE

NATUREZA DO ACIDENTE:

CASUAL	<input type="checkbox"/>
QUEDA	<input type="checkbox"/>
ACIDENTE DE TRABALHO	<input type="checkbox"/>
ACIDENTE DO TRÂNSITO	<input type="checkbox"/>

INTOXICAÇÃO
AGRESSÃO
TENTATIVA DE SUICÍDIO
OUTRAS CAUSAS

DATA:

HORA.

TEMPERATURA: _____

PRESSÃO ARTERIAL:

☒ CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MEDICO

BPM

PULSO.

NN

MX

PESO.

QUEIXA PRINCIPAL:

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

ASSINATURA DO MEDICO - CRM



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

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

CNPJ: 11.469.145/0001-52

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM SAE

ENF:

LEITO: 101

DATA: 16/04/2019

NOME: José Adelmo sobre dos Santos

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

ROTINA

ROTINA

ROTINA

ROTINA

ROTINA

ROTINA

ROTINA

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO

ATENÇÃO



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:17

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014421761100000056244441

Número do documento: 20013014421761100000056244441

Num. 57180841 - Pág. 2

NOME: Jose Adelino macho 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 DESIQUILIBRADA
- ☐ 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 _____

Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

ENFERMEIRO (A) / COREN-PE / CARIMBO



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:17

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013014421773000000056244442>

Número do documento: 20013014421773000000056244442

Num. 57180842 - Pág. 2



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

CLÍNICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: José Adelson Rocha dos Santos

SEXO: M

ENF.: apt 01

LEITO:

DATA: 16/04/19

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

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUPOORTE VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO () DISPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> ESPONTÂNEAS () VM () CATETER O ₂ () VENTURI	() SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	() TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
<input checked="" type="checkbox"/> REGULAR () IRREGULAR	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOSFÍGMICOS () BRADISFÍGMICO () TRAQUISFÍGMICO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOTENSO () HIPERTENSO () HIPOTENSO	() SIM () NÃO TIPO: _____	VSC: D () E () VJI: D () E () PVC: _____

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOME	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME <input checked="" type="checkbox"/> GLOBOSO () PLANO	RUIDOS HIDROAÉREOS <input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE () AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> V. O. () SNE () SNG () PARENTERAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS () CONSTIPAÇÃO () DIARRÉIA () MELENA
			() PENROSE () OSTOMIA () NENHUMA TIPO: _____

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA	
<input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO	() SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> CONCENTRADA () LÍMPIDA	<input checked="" type="checkbox"/> CÍTRICO () COLÚRICA () HEMATÚRIA () ANÚRIA () POLIÚRIA () PIÚRIA

AValiação DA PELE

<input checked="" type="checkbox"/> HIDRATADA () DESIDRATADA () NORMOCORADA () HIPOCORADA	() ICTÉRICA <input checked="" type="checkbox"/> ANICTÉRICA () CIANÓTICA () EDEMACIADA () HEMATOMA () ESCORIADA	() ULCERA PI PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS <input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO	ASPECTO <input checked="" type="checkbox"/> LIMPA () INFECTADA	EXSUDATO () PRESENTE () AUSENTE ASPECTO: _____
---	--	--	---	---	---

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> SIM () NÃO	() NORMAL () CIANÓTICO





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome do Paciente:

José Avelino Nobre Lente

Clinica:

Ortopedia

Enf:

Registro Nº: 155781

Leito Nº:

DATA HORA

16/04/19

EVOLUÇÃO

HD: Fratura da tíbia E.

Redução mancos comento +
osteossintes.

CD: Solicito RX controle.

17/04/19

7º DPV

Paciente evolui bem, sem dor.

RX controle com boa
guarnição

CD: Alta hospitalar.

Lagartixa (87) 957-1982



Jose Nicolas Melina for Santos 155881

Sent: 28 Feb 2019

17 04 2018

1. Nombre Francisco de Almeida

16 34 2017

PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS (MARCAR COM X)

USO DE ANTIMICROBIANO

Call 7 10:15 AM 16 04 79 27 05 19

1. What is the purpose of the study?
 2. What are the research objectives?
 3. What is the research methodology?
 4. What are the results of the study?
 5. What are the conclusions of the study?

1004 97



Endereço: Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (37) 9838-1304 / 1891-2442 / 1865 - CEP: 55.600-000 - Afogados de Ingazeira - PE
CNPJ: 11.469.145/0001-62

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (37) 9838-1304 / 1891-2442 / 1865 - CEP: 55.600-000 - Afogados de Ingazeira - PE

COMISSÃO TÉCNICA DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR
NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO

Nome: José Aelmo Nelson dos Santos 155781

NR Documento: _____

Sexo: M Data: 28 16 04 2019

Clinica: 17 04 2019

Cidade: _____

Endereço: _____

Quarta: Fatura de 11 2019

Data de entrada: 16 04 2019

Tempo: 1 hora

Tempo de internação: _____

Tempo de tratamento: _____

Data: _____

Episódio: 1 18 04 2019

PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS (MARCAR COM X)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anamnese | <input type="checkbox"/> Exame físico | <input type="checkbox"/> Exame de laboratório |
| <input type="checkbox"/> História | <input type="checkbox"/> Exame de imagem | <input type="checkbox"/> Exame de toxicologia |
| <input type="checkbox"/> Exame de urina | <input type="checkbox"/> Exame de sangue | <input type="checkbox"/> Exame de fezes |
| <input type="checkbox"/> Exame de soro | <input type="checkbox"/> Exame de urina | <input type="checkbox"/> Exame de sangue |
| <input type="checkbox"/> Exame de urina | <input type="checkbox"/> Exame de sangue | <input type="checkbox"/> Exame de fezes |
| <input type="checkbox"/> Exame de soro | <input type="checkbox"/> Exame de urina | <input type="checkbox"/> Exame de sangue |
| <input type="checkbox"/> Exame de urina | <input type="checkbox"/> Exame de sangue | <input type="checkbox"/> Exame de fezes |
| <input type="checkbox"/> Exame de soro | <input type="checkbox"/> Exame de urina | <input type="checkbox"/> Exame de sangue |

LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR (MARCAR COM X)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sala de cirurgia | <input type="checkbox"/> Sala de parto | <input type="checkbox"/> Sala de emergência |
| <input type="checkbox"/> Sala de internação | <input type="checkbox"/> Sala de diagnóstico | <input type="checkbox"/> Sala de tratamento |
| <input type="checkbox"/> Sala de exames | <input type="checkbox"/> Sala de radiologia | <input type="checkbox"/> Sala de fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> Sala de enfermagem | <input type="checkbox"/> Sala de psicologia | <input type="checkbox"/> Sala de nutrição |
| <input type="checkbox"/> Sala de administração | <input type="checkbox"/> Sala de educação | <input type="checkbox"/> Sala de recreação |

USO DE ANTIMICROBIANO

Nome: Cefotaxima Dose: 1g IV 6/6h Data de início: 16 04 19 Data de término: 17 04 19

Indicação: X 1 18 04 2019

Prescrição: X 1 18 04 2019

Monitoramento: X 1 18 04 2019

Resultado: X 1 18 04 2019

Observações: _____

Data: 16 04 19

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 30/01/2020 14:42:18

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001301442179690000005624444

Número do documento: 2001301442179690000005624444

Num. 57180844 - Pág. 1

FICHA DE ANESTESIA

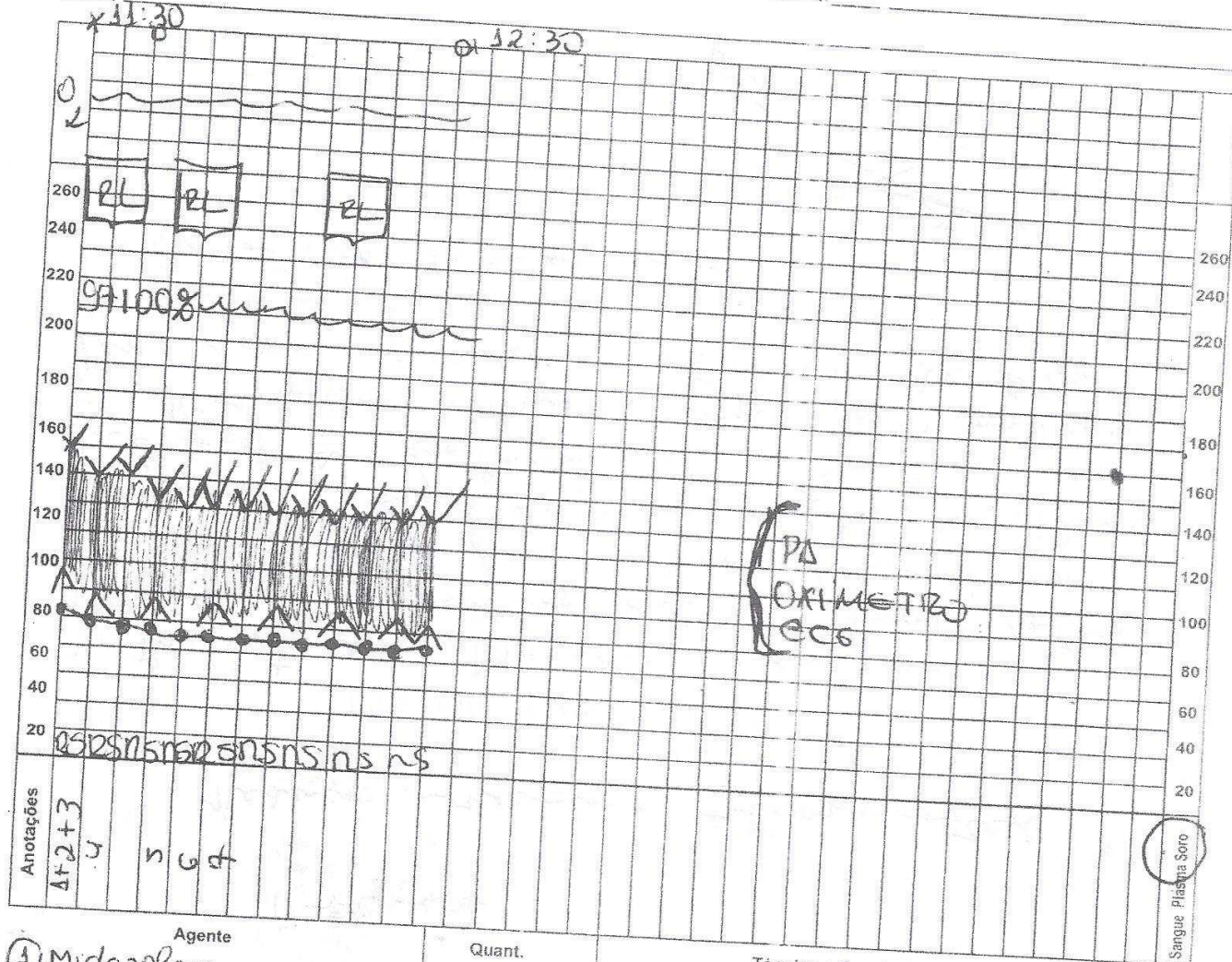
Nome: José Helmo Nolasco Fortes

Premedicação: _____

Data: 16, 04, 19.

Hora: _____

Hora: _____



Agente

- 1 Midazolam
- 2 Neoc. isobarica
- 3 Dimorf
- 4 Cefalotina
- 5 Nauseidion
- 6 Dipirona
- 7 Tetraxicam
- 8 Eforil 01 Amp
- 9 atropina 02 Amp

Quant.

5mg
12.5mg
0.55mg
2g
8.6g
2g
40mg
—
—

Técnica e tipo de Anestesia

Raqui-anestesia med simples
L3/4 Ag constante 80 x 27. Lck
inspiciu

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

Cond. no final da Op.: _____

Resultado BRM Consciência: _____

Observação: _____

Dr. José de Moura
C.R. 11.111
RPP: 11.111

Assinatura do Anestesiologista



Relatório de Operação

Nome do Paciente		José Adilson da Silva	
Clínica		Ortopedia e Traumatologia	
Operador		Francisco E. Melo Jr.	
1º Assistente			
Instrumentador		Anestesiologista	
Anestesia		Duração	
Data da Operação		16/04/19	
Diagnóstico Pré-Operatório		Fratura da tíbia E	
Diagnóstico Pós-Operatório		O membro	
Operação Proposta		Reparo com + artroscopia	
Descrição do Alto Operatório			

- 1- Realizada em 00H 30m de anestesia
- 2- Anestesia + artroscopia + reparo artroscópico
- 3- Incisão na face interna do tornozelo da
- 4- Realizada a fratura da tíbia E
- 5- Fratura da tíbia
- 6- Curativo compressivo

[Assinatura]



CASA DE SAÚDE DR. JOSÉ EVAIR DE MOURA

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

Nome: Marcelino Roberto dos Santos

Data de admissão: 16/04/2019

Leito: 401-01

Registro: 232940

Idade: 28 Sexo: X M X F

2. Queixa principal e História da doença atual

fratura de fêmur

3. Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

4. Antecedentes Pessoais:

- ☐ Cardiopatias ☐ Doenças degenerativas ☐ Diabetes ☐ Hipertensão ☐ Doenças psiquiátricas ☐ Alcoolismo ☐ Doenças ☐ Uso de drogas ☐ Outras ☐ Neoplasias ☐ Doenças

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

- ☐ Grave ☒ Moderado ☒ Normal ☒ Bom ☐ Muito bom ☐ Excelente ☐ Regular ☐ Deprimido ☐ Anêmico ☐ Amarelado ☐ Hipertrofiado ☐ Hipotrofiado ☐ Desnutrido ☐ Obeso

Temperatura/Pele

5.2 Avaliação neurológica:

Nível de consciência:

- ☒ Alerta ☐ Sonolento ☐ Letárgico ☐ Comatoso ☐ Semi-comatoso ☐ Sub-comatoso

5.3 Sistema Respiratório

- ☐ Contínuo ☒ Espontâneo ☐ Suplementar

☐ Dispneia ☐ Espúritos

OC suplementar: ☐ Não ☐ Cateter nasal ☐ Máscara ☐ Ventilação

Drenagem torácica: ☐ Sim ☒ Não ☐ Local

Aspecto da drenagem:

Músculos Viscerais: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído

Ruidos Adventícios: ☒ Róscos ☐ Síncos ☐ Estridentes ☐ Sibilos ☐ Murmúros ☐ Sibilos

Tosse: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Úmida ☐ Com sangue

5.4 Sistema Cardiovascular:

Ritmo Cardíaco: ☒ Regular ☐ Irregular ☐ Arritmia

Pulsos: ☒ Fôrtes ☐ Fracos ☐ Ausentes

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Indurado ☐ Doloroso ☐ Plano ☒ Globoso

Ascítico: ☐ Não ☒ Sim

Ruidos Hidroacústicos: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Hipertônicos ☐ Hipotônicos ☐ Longa ☐ Tensa ☐ Siga ☐ Gorgolejo ☐ Drenagem

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarreia ☒ Normal ☐ Hemato ☐ IM Siga ☐ Hemorragia

Emese: ☐ Presentes ☒ Ausentes ☐ Aséptica

5.6 Sistema Gênito-urinário:

Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Isotúria ☐ Costostomia ☐ Uropem

Aspecto:

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☒ Alta ☐ Passiva

Momentos Conservados: ☒ Sim ☐ Não

Força Motora Conservada: ☒ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

Músculos: ☐ Sim ☐ Não

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

Necessidades de acompanhamento espiritual: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Aceita visita para acompanhamento religioso: ☐ Sim ☐ Não

Mayara Karine da Silva Moura
COREN-PE 561013-ENF

[Assinatura]

Enfermeira COREN

Data: 16/04/19

Casa de Saúde
Dr. José Evoide de Moura
 J. Moura Soares Ltda. - ME
 Telefax: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452
 1985 / 1063 / 2926 / 1701
 Celular: (87) 9847-0105 / 9650-1514

CENTRO MEDICO

EDSON MOURA
 Telefax: (87) 3838-1701
 9650-1514


Centro Diagnostico Junior Moura
 Telefax: (87) 3838-2926
 9943-0001


Farmácia Michelle
 Fone: (87) 3838-2636

Rua Aparicio Veras, 411 - CEP: 56.800-000 - Centro - Afogados da Ingazeira - PE

ESPECIALIDADES

Cirurgia Geral
 Ginecologia e Obstetrícia
 Clínica Médica
 Pediatria
 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
 Histeroscopia Diag. e Cirúrgica
 Laringoscopia
 Estudo Urodinâmico
 Audiometria

RECEITUARIO

José Roberto Roberto

Solicito:

- Rx do joelho E

em AP e perfil.

30104119.

*Dr. Francisco E. Melo Jr.
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - PE 15.500 / 0007 11.521*





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura
J. MOURA SOARES LTDA. S/C
Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: *José Adelino Nolasco J.*

Cótese Diagnóstica: *Distúrbio E.*

Enfermaria:

Leito:

Registro Nº:

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

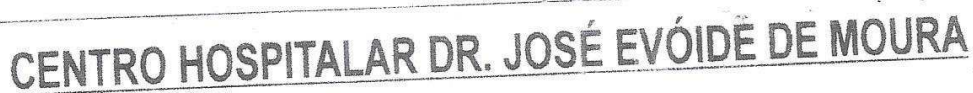
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA HORA

- | | | | |
|----------|---|----|----------|
| 76/04/19 | 1- Dieta livre | | |
| | 2- SF-091: 700ml IV, 14 gts / ml | 13 | 20 |
| | 3- Cefotaxima 7g IV, 6/6 hr. | 13 | 10 01 02 |
| | 4- Ringerona 700ml IV, 6/6 hr. | 13 | 10 01 02 |
| | 5- Dilatil 700ml IV, 12/12 hr. | 13 | 01 |
| | 6- Bromel 700 mg + SF-091: 700ml, IV, 12/12 hr. | 13 | 01 |
| | 7- CCG 6155 IV. | | cont. |

76/04/19 *Acto hospitalar*

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável



Nome do Paciente: José Sacho Nogue Lantar Registro Nº: 155781
Clínica: Trombologia Enf: Leito Nº:

Nome do Paciente:

Clinica

Registro N°: 155781

Leito N.º

1961-7-1862





Casa de Saúde

Dr. José Evólide de Moura

J. Moura Soares Lobo, D.C.

Telefax: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452
1965 / 1063 / 2926 / 1701

Celular: (87) 9847-0105 / 9650-1514

CENTRO MÉDICO



EDSON MOURA

Telefax: (87) 3838-1701
9650-1514



Centro
Diagnóstico
Júnior Moura

Telefax: (87) 3838-2926
9943-0001



Farmácia Michelle

Fone: (87) 3838-2636

Rua Aparício Veras, 411 - CEP: 56.800-000 - Centro - Afogados 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 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

RECEITUÁRIO

José Azevedo Roberto

Loluita

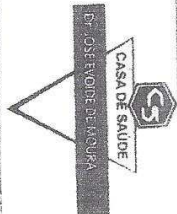
- Rx da mama E

em AP e perfil.

30104179.

Dr. Azevedo Roberto Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PE 15.300 / 9.027 / 11.920





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. MOURA SOARES LTDA. S/C

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente:

João Vitorino Soares J.

Cótese Diagnóstica:

Fuor de Sileio E.

Enfermarias:

Leito:

Registro Nº:

DATA

HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

16/04/19

1- Rota Livre

2- SF-091-1000L IV, 14gts/poltr

3- Cefotaxime 1g IV, 616L.

4- Ringeres 1amp IV, 616L.

5- Zolatil 1amp IV, 10112L.

6- Zomel 100mg + SF-091-1000L, IV, 10112L.

7- CCC 6155L.

atenção

15 24

15 01 02

15 01 02

15 01

15 01

15 01

15 01

15 01

15 01

15 01

15 01

15 01

15 01

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável

16/04/19

Acta Hospitalar

Roselane Maria Barbosa da Silva

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOSE ADELMO NOBRE DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8814334 SDS PE

CPF
098.822.934-09

DATA NASCIMENTO
20/10/1990

FILIAÇÃO
DAVI BALBINO DOS SANTOS
S
IRACI MARIA NOBRE DOS SANTOS

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
06933448016

VALIDADE
14/12/2021

1ª HABILITAÇÃO
13/10/2017

OBSERVAÇÕES

Jose Adeldo Nobre dos Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
AFOGADOS DA INGAZEIRA, PE

DATA EMISSÃO
15/10/2018

Cherrie Andrew Sousa Ribeiro
ASSINATURA DO EMISSOR

78686057307
PE088637743

PERNAMBUCO

DE NATRAN CONTRAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683426791

PROIBIDO PLASTIFICAR
1683426791

EXCELSIOR SEGUROS
28 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

