

## Atestado Médico

Paciente: **FABIANA ALMEIDA DA SILVA**

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 01/07/2019.

Necessitando de 15 ( quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 5 de julho de 2019.

Dr. Bruno Daltro  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM/PE 26693

A Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º, estabelece:

"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado."

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0109007921**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/11/2019** às **14:43**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **30/6/2019** às **21:50**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 01, AVENIDA AGAMENOM MAGALHAES** - Bairro: **PRAZERES** - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO (AUTOR / AGENTE)  
FABIANA ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO**

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

**FABIANA ALMEIDA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **ROSICLEIDE ALMEIDA DA SILVA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **14/2/1987** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7948207/SDS PE (RG) 07897816460 (CPF) 00000000000 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR**  
Endereço Residencial: **RUA CORONEL OSMARIO PLAISANT, 28, TRAVESSA TABIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: PIEDADE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO DE PLACA E MARCA NÃO ANOTADA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **XXXXXXX (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **VEICULO DE PLACA E MARCA NÃO ANOTADA**

Complemento / Observação

**INFORMA A A VITIMA QUE FOI ATRAVESSA A AVENIDA ACIMA CITADA QUANDO FOI ATROPELADA POR VEICULO DE PLACA E MARCA NÃO ANOTADA, SENDO SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA TENDO ATENDIMENTO Nº 1248872, ATRAVES DESTA SOLICITA PROVIDÊNCIAS.**





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0035943-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

ROSICLEIDE ALMEIDA DA SILVA  
AO LADO DA CREXE MARIA

CPF 055.869.734-80 NIS: 16561558295

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA TABIRA, 28

MASSARANDUBA/PRAZERES  
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE  
54070-240

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS  
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
099361977	UNICA	26/03/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/02/2020	200726514	1632215

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2063518010	02/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
04/03/2020	26/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
98,64	

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD ate 30 kWh	30,0000000	0,13489542	4,04
Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	70,0000000	0,23124929	16,18
Consumo-TUSD superior a 100 ate 220 kWh	60,0000000	0,34887394	20,91
Consumo-TE ate 30 kWh	30,0000000	0,12412733	3,72
Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	70,0000000	0,21278871	14,99
Consumo-TE superior a 100 ate 220 kWh	90,0000000	0,31918458	19,15
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,18
Contrib. Ilum. Pública Municipal			12,34
ICMS Subvenção-CDE-Nº 090581094-26/13/19			0,70
ICMS Subvenção Baixa Renda			2,63

TOTAL DA FATURA

98,64

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
301144959	CAT	26/01/2020	10/07/20	26/02/2020	11.067,00	29	160,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição de Energia	R\$	%
FEV 20 160					Transmissão	R\$ 3,09	3,91%
JAN 20 180					Distribuição (Celpe)	R\$ 16,73	23,72%
DEZ 19 192		76,97	25,00	19,74	Perdas de Energia	R\$ 5,90	7,47%
NOV 19 179		76,97	9,75	0,59	Encargos Setoriais	R\$ 1,83	2,32%
OUT 19 185		76,97	3,49	2,75	Tributos	R\$ 23,08	28,23%
SET 19 159					Total	R\$ 78,57	100%
AGO 19 176					TARIFAS APLICADAS		
JUL 19 166					Consumo-TUSD ate 30 kWh	0,01545350	
JUN 19 159					Consumo-TUSD superior a 30 ate 100 kWh	0,16362000	
MAI 19 173					Consumo-TUSD superior a 100 ate 220 kWh	0,34544000	
ABR 19 170					Consumo-TE ate 30 kWh	0,08783250	
MAR 19 174					Consumo-TE superior a 30 ate 100 kWh	0,15057000	
FEV 19 154					Consumo-TE superior a 100 ate 220 kWh	0,22895500	
RESERVAÇÃO AO FISCO							
BDA5 BA45 716D C453 8677 F39F A168 25F6							

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você através de cartões de crédito e débito, ou em dinheiro no caixa eletrônico. Não aceite cobranças em espécie. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br ou o telefone 0800 00 00 00. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido dos serviços. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido dos serviços.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 616/2010) e as tarifas, serviços prestados e tributos de consumo estão disponíveis para consulta em nosso site: www.celpe.com.br



**BRASIL**

**(HTTPS://GOV.BR)**



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

**Comprovante de Situação Cadastral no CPF**

Nº do CPF: **078.978.164-60**

Nome: **FABIANA ALMEIDA DA SILVA**

Data de Nascimento: **14/02/1987**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/12/2005**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:59:46** do dia **05/04/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **8A3D.C781.6BEA.34A1**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

[rvicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp](https://servicos.receita.fazenda.gov.br/Servicos/CPF/ConsultaSituacao/ConsultaPublicaExibir.asp)

1/2



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:50  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215022800000059258990>  
Número do documento: 20040517215022800000059258990

Num. 60288010 - Pág. 1

05/04/2020

Comprovante de Situação Cadastral no CPF





## Fisioterapia

Data do atendimento: 05/07/2019

Paciente:

**FABIANA ALMEIDA DA SILVA**

**SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA**

**INDICAÇÃO CLÍNICA:**

**FRATURA EM MALEOLO LATERAL ESQ**

**Nº : VINTE (20) SESSÕES**

Dr. Bruno Daltro  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM PE 26693

**Cabo de Santo Agostinho, 5 de julho de 2019**



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 16/04/20

Nº PRONTUÁRIO: 117920

NOME DO PACIENTE: Fabiano Almeida da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura em FNZ @

CID:

582

OBS.:

Nº DIAS 60 semanas ) AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Bruno Dolito  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM/PE 26693

Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391



### Atestado Médico

Paciente: **FABIANA ALMEIDA DA SILVA**

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 01/07/2019.

Necessitando de 15 ( quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 5 de julho de 2019.

Dr. Bruno Daltro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 26693

A Resolução nº 1.958/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º, estabelece:

"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único: No caso de solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado."

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas

### Fisioterapia

Data do atendimento: 05/07/2019

Paciente:

**FABIANA ALMEIDA DA SILVA**

**SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA**

**INDICAÇÃO CLÍNICA:**

**FRATURA EM MALEOLO LATERAL ESQ**

**Nº : VINTE (20) SESSÕES**

Dr. Bruno Daltro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 26693

Cabo de Santo Agostinho, 5 de julho de 2019







**JOÃO VARELLA**  
Advogados Associados  
**PROCURAÇÃO**

OUTORGANTE: Fabiana Almeida da Silva  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_, PROFISSÃO \_\_\_\_\_, RG 7948207  
CPF \_\_\_\_\_, ENDEREÇO Rua Tabira, 28  
BAIRRO Massaranduba, CIDADE Salvador, ESTADO PE, CEP 54070-240  
FONE \_\_\_\_\_, NASCIMENTO 14/02/1987

OUTORGADOS: Bela. ALYNE ROBERTA ALEIXO DE MELO, brasileira, solteira, advogada regularmente inscrita, na OAB/PE nº 28.167 e Bel. JOÃO CAMPIELLO VARELLA NETO, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/PE nº 30.341, sócios do Escritório João Varella Sociedade de Advogados, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 21.243.819/0001-50, com endereço profissional à Rua Arquimedes de Oliveira, nº 135, Santo Amaro, Recife / PE, CEP: 50.050-510, endereço eletrônico: joaocampiello@hotmail.com e joaovarella@joaovarelladvogados.adv.br.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "ad judicium et extra", podendo para tanto, renunciar aos valores excedentes ao teto máximo do Juizado Especial Federal, a fim de que, agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do outorgante perante a Justiça Federal, Estadual ou INSS, podendo, inclusive, assinar, confessar, desistir, transigir, firmar compromisso ou acordos, substabelecer e renunciar ao direito ao qual se funda o objeto da ação.

DECLARAÇÃO: Declaro para os devidos fins de direito, que não possuo condições de litigar em juízo sem prejuízo pecuniário próprio ou de minha família, pelo que requeiro os benefícios da justiça gratuita nos termos do art. 98, CPC.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais advocatícios à base de 30% dos benefícios econômicos auferidos, em caso de êxito, até o trânsito em julgado da demanda.

Parágrafo 1- Os honorários do caput serão devidos desde o requerimento administrativo negado pelo INSS até o trânsito em julgado da ação, e ainda que esse valor seja pago em parte por RPV/Precatório e em parte por complemento positivo ou qualquer outro meio de pagamento administrativo ou judicial.

Parágrafo 2- Nos casos de revisão e restabelecimentos de benefícios, os honorários serão devidos a contar do período não prescrito até o trânsito em julgado da ação, e ainda que esse valor seja pago em parte por RPV/Precatório e em parte por complemento positivo ou qualquer outro meio de pagamento administrativo ou judicial.

Parágrafo 3- Se o valor acertado no "caput" for inferior à tabela mínima da OAB/PE (causas previdenciárias) o contratante obriga-se a complementar o restante.

Parágrafo 4- Os valores serão pagos a JOÃO VARELLA SOCIEDADE DE ADVOGADOS, inscrita no CNPJ nº 21.243.819/0001-50, e o contratante autoriza desde já a retenção dos honorários advocatícios em favor do contratado, por ocasião do pagamento judicial.

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

OUTORGANTE

Rua Arquimedes de Oliveira, nº 135  
Santo Amaro, Recife / PE  
CEP: 50.050-510 Próximo ao RM nº 01 PROCAPE  
FONE: (081) 3339-7220



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 508855  
Isuário do Atendimento: ANAKPC

Data e Hora do Atendimento: 01/07/2019 02:47  
Convênio: SUS - INTERNACAO

Prontuário: 117920

Nome do Paciente: FABIANA ALMEIDA DA SILVA  
Nome da Mãe: ROSICLEIDE ALMEIDA DA SILVA

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 14/02/1987

Idade: 32 anos Sexo: FEMININO

SDS PE

Data Emissão: 15/12/2011

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 7948207

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Ocupação Habitual: OUTROS

Naturalidade: RECIFE

Carteira Nacional SUS: 704804047211842

PIEDADE

Fone: 84813289

Endereço: RUA CORONEL OSMARIO PLAISANT 28

PE

CEP: 54400350

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

CRM: 17726

Médico: UACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA


Leito: BL-2 B

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 01/07/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: 

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

CCIH  
Dom Helder Câmara  
Capitão  
12 JUL 2019

JH Hospital Dom Helder Câmara  
Selma de Lyra  
F. Formosa / SAME  
12 JUL 2019

HOM Hospital Dom Helder Câmara  
Aluísio  
Amorim  
Surgião Especialista







## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/07/2019 02:13

Nome Paciente:	FABIANA ALMEIDA DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	14/02/1987
Sexo:	Feminino
Idade:	32
Senha:	0002
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 01/07/2019 02:27 - 01/07/2019 02:31

LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DA UPA DA IMBIRIBEIRA COM HISTORIA TRAUMA CONTUSO EM REGIAO DE TORNOZELO D. CONCIENTE, ORIENTADA  
SPO2: 98  
FC: 109  
PA: 130/90  
NEGA HAS, DM, ENEGA ALERGIAS  
SENHA: 5717331

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/07/2019 02:33

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página: 1 de 1



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:50

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215051600000059258994>

Número do documento: 20040517215051600000059258994

Num. 60288014 - Pág. 3

404-2



## CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

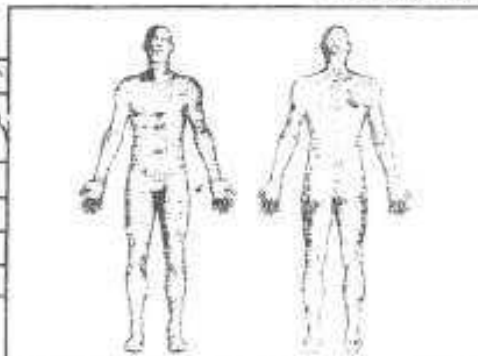


Data: 04/04/19

Hora: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Falrão Almeida da Silva
Data de Nascimento:	14/08/88
Registro:	112980
Sector:	120
Leito:	404-2

SINAIS VITAIS	
PA:	140x70x36
HGT:	80
Observação:	



ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM ( )	NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO:	SIM ( )	NÃO (X)	MEDICAÇÃO EM USO: _____
HÁBITOS:	TABAGISTA:	SIM ( )	NÃO (X) Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____
	ETILISTA:	SIM ( )	NÃO (X) Há quantos anos: _____ Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	RX (X)	TAC c/ Contraste ( )	USG ( ) ECO ( )
		TAC s/ Contraste ( )	RNM ( ) CATE ( )
			LABORATORIAL: SIM ( ) NÃO ( )
			Observação: _____
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM ( )	NÃO (X)	Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM ( )	NÃO (X)	GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM ( )	NÃO (X)	Qual? UTI: _____ LEITO: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM ( )	QUAL: _____	SNE ( ) SNG ( )
NÃO (X)	OBSERVAÇÃO: _____	SVD ( )
		Outra: _____
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO
SIM ( )	QUAL: Cefazolin	SIM ( ) NÃO (X)
NÃO (X)	OBSERVAÇÃO: _____	Qual: _____
		Local: _____
SIM ( )	QUAL: _____	
NÃO (X)	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____	

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM (X)	NÃO ( )	A partir do dia: 04/04 às 12:00 Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X)	NÃO ( )	Observação: _____
TRICOTOMIA:	SIM (X)	NÃO ( )	Observação: _____
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X)	NÃO ( )	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM ( ) NÃO (X)
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (X)	Quais/Datas: Cirurgia 25 anos	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ( )	Quais/Datas: _____	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X)	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM ( ) NÃO (X)

Enfermeiro Responsável: \_\_\_\_\_

(Assinatura: Campiello)

*[Assinatura]*















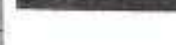





**IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

1. Identificação

Nome: Fabiana Almeida da Silva Data: 04/04/19 Registro: 11792  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Henrique 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Dr. Tereza Instrumentador: Karim  
Circulante: Juliana

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
ex 3.5 plasmad		
scoter da spray		
scoter da		
faca serrada		
mandril		
chale de boca		
pinça		
pinça de unha		



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

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Fabiane Almeida da Silva Data: 10/04/20 Hora: 09:30 Registro: 117476  
Cognome: da Silva Leito: 1020 Pac: 1020 Altura: 1,60

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. Romero Anestesiologista: Dr. Tereza  
Auxiliar: Dr. Tereza 2º Auxiliar: Dr. Tereza Instrumentador: Dr. Tereza

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Fratura de 9020 Início: 10:15 Término: 11:00  
Anestesia: gás + sedação Início: 09:40 Término: 11:00

**4 - PRÉ-OPERATÓRIO:**

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

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

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

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso ☒ Monitor Cardíaco ☒ PNI ☒ Bomba CEC ☐ Aspirador ☐  
Colchão Térmico ☐ Sítio Ultrassônico ☐ Artroscópio ☐ Microscópio ☐ Capnógrafo ☐  
Bisturi Elétrico ☐ Local de Placa ☐  
Cabo de Anestesia ☐ Difusor ☐ Intensificador ☐  
Ap. Vídeo ☐ Bomba de Infusão ☐ N° ☐  
Oxigênio ☐ Início ☐ Término ☐  
Protetor ☐ Início ☐ Término ☐  
Gás Carbônico ☐ Início ☐ Término ☐  
Outros: ☐

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Câmbio Orotrqueal: Sim ☐ Não ☒ Função Venosa: Sim ☐ Não ☒  
Sonda Vesical de Domara: Sim ☐ Não ☒ Sonda Gástrica: Sim ☐ Não ☒  
Drenagem (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒  
Curativo (Tipo e Local): Sim ☐ Não ☒

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: gás + sedação CIRURGIA: fratura de 9020

**6 - OBSERVAÇÕES:**

Presença para internação segun para  
3.3.2020  
Exatidão da enfermeira  
Exatidão inicial 10:05 final 11:05

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado ☒ Narcose ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado ☐  
Encaminhado para: SRPA ☒ S. Intensiva ☐ LICOR ☐ UTI ☐ Apt° ☐ Residência ☐

Data: 10/04/20 Hora: 11:05 Enfermeira: Gracia Circulante: Gracia

CÓD. 38607



Exame Físico:

Acu, edema, difíceis

Antecedentes Pessoais:

Nego

Medicações em Uso

Nego

Antecedentes Familiares:

Nego

História Diagnóstica Principal:

Insuficiência cardíaca

Histórias Diagnósticas Secundárias:

INZ - (D) ?

Plano Terapêutico:

Tratamento

Cabo de Santo Agostinho

02/07/19

Assinatura e Carimbo

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



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Pa. Sampa Alencar da S. L. O. Registro: 117920 Nº Atendimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não

Clínica: Doenças Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: Ateopelante há 24 horas

História da Doença Atual: paciente em fase de Ateopelante

operado transo em 7/2/09.

Interrogatório Sintomatológica: doe loco





## TERMO DE RESPONSABILIDADE POR ALTA A PEDIDO DO PACIENTE OU DE SEU RESPONSÁVEL

Eu, \_\_\_\_\_, portador da identidade nº \_\_\_\_\_, DE: \_\_\_\_\_, na  
qualidade de: ☐ paciente ☐ responsável (grau de parentesco): \_\_\_\_\_, declaro que fui  
devidamente informado pelo médico(a) Dr.(a): \_\_\_\_\_, sobre os riscos decorrentes da  
interrupção/abandono do tratamento médico-hospitalar. Entretanto, optei (amos) por deixar (mos) a Unidade de Pronto Atendimento  
Mara Esther Souto Carvalho (UPA Imbiribeira) às \_\_\_\_\_ hs do dia 01/07/2019, tendo como principal motivo ☐ não desejar a  
continuidade do atendimento ☐ dar continuidade ao procedimento e/ou tratamento no Hospital  
para onde o paciente será conduzido por ☐ Ambulância, ☐ Veículo Próprio.

### I - DISPOSIÇÕES:

Artigo 1º - A alta a pedido do paciente representa o seu direito de recusar o atendimento ou procedimentos propostos e de deixar as  
dependências do hospital, após amplo esclarecimento das possíveis consequências e riscos de tal atitude.

Parágrafo Primeiro - A alta a pedido não constitui ato que tenha sido indicado ou praticado pela equipe médica, mas sim um ato livre e  
razo da autonomia do paciente, atendido o disposto no Termo de Responsabilidade.

Parágrafo Segundo - O exercício, por parte do paciente, deste seu direito, a partir do momento em que deixar o hospital, isenta o médico e a  
Instituição da responsabilidade por quaisquer consequências adversas à saúde diretamente relacionadas a esta alta.

Artigo 2º - Cabe ao médico, com apoio da equipe multiprofissional, explicar em linguagem acessível ao paciente, o diagnóstico, suas condições  
clínicas, possibilidades terapêuticas e as consequências da interrupção da assistência médica, especificando possíveis riscos e danos.

Artigo 3º - Alta a pedido não se constitui em impeditivo para o paciente voltar a recorrer à Instituição.

### II - REGISTRO DA EQUIPE ASSISTENCIAL:

Eclarecimento prestados ao paciente pela equipe:

Diante do meu estado de saúde, riscos consequências e de todo o conteúdo disposto neste Termo de Responsabilidade.

Assinatura: 01 de Julho de 2019

Assinatura do paciente / responsável





TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Fabiana Almeida da Silva DATA NASC: 34/02/1971  
REGISTRO: 017928 DATA: 09/07/19 HORA: \_\_\_\_\_  
SETOR DE ORIGEM: TRAQUEOTOMIA SETOR DE DESTINO: \_\_\_\_\_

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>EGR, Comissante Orientado</u> HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oxi-metria: _____ Padrão respiratório: ( ) Ar ambiente ( ) Suporte de O2 ( ) CatO2 ( ) NBZ ( ) TOT ( ) Traqueo VM ( ) Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: ( ) Não ( ) Sim Antibiótico terapêutico: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ Prognóstico: ( ) Crônico ( ) Não Crônico Nutrição: ( ) Jejum ( ) Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central ( ) Não ( ) Sim // SVD ( ) Não ( ) Sim Alergia: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ Hemoderivados: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: ( ) LPP ( ) Queda ( ) Flebite ( ) Outros: _____ Grau de Complexidade: ( ) Crítico ( ) Semi Crítico ( ) Alta dependência ( ) Intermediário ( ) Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: ( ) Coletado ( ) Não Coletado Qual: <u>Hb, HT</u> Exames de Imagem: ( ) Realizado <u>RX</u> ( ) Pendente _____ Curativo: ( ) Não ( ) Sim Local: <u>HSD</u> Isolamento: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico \_\_\_\_\_ Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_  
Recebido por: Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Fabiano Almeida da Silva DATA NASC: 14/02/1957  
 REGISTRO: 11.19.20 DATA: 03/07/19 HORA: 10.00  
 SETOR DE ORIGEM: ASC SETOR DE DESTINO: 405.6 TSD

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>FGR, Consciente, Orientado</u> HGT: <u>177</u> PA: <u>80 x 92</u> Pulso: <u>90</u> Temp: <u>36.6</u> FR: <u>19</u> Oximetria: <u>100%</u> Padrão respiratório: ( ) Ar ambiente ( ) Suporte de O2 ( ) CatO2 ( ) NBZ ( ) TOT ( ) Traqueo VM ( ) Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: ( ) Não ( ) Sim Antibiótico terapêutico: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____ Prognóstico: ( ) Crônico ( ) Não Crônico Nutrição: ( ) Jejum ( ) Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim // SVD ( ) Não ( ) Sim Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input checked="" type="checkbox"/> Não ( ) Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: ( ) LPP ( ) Queda ( ) Flebite ( ) Outros: _____ Grau de Complexidade: ( ) Crítico ( ) Semi Crítico ( ) Alta dependência ( ) Intermediário <input checked="" type="checkbox"/> Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <input checked="" type="checkbox"/> Coletado ( ) Não Coletado Qual: <u>HB, HT, Esg</u> Exames de Imagem: <input checked="" type="checkbox"/> Realizado <u>Rx</u> ( ) Pendente _____ Curativo: ( ) Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Local: <u>MSD (TIZ D)</u> Isolamento: ( ) Não ( ) Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico \_\_\_\_\_

Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_

Recebido por: Ass. Enfermeiro \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_



### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Felipe Almeida dos S. Jr Registro: \_\_\_\_\_

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

[illegible]





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Falianso Alencar Registro: 404-2

Clinica: 0600 Enfermaria: FW Leito:         

Data/Hora	Observações
	<u>to wo</u>
<u>27/9/2019</u>	<u>Paciente em internado em</u> <u>unidade de furores, 1 dia</u>
	<u>Aguarda 2º tipo cura</u>
	<u>em tratamento</u>
	<i>12201 04/09/2019 14:02:30 (12201)</i> <i>Expediente</i> <i>Alipio expedito exp 14/09/2019 14:02</i>
<u>4/10/2019</u>	<u># Serviço Social #</u> <u>Realizada visita ao leito,</u> <u>prestada orientações sobre</u> <u>doação de sangue.</u>
	<u># Oculista #</u> <i>Juliana Clemente Nascimento</i> <i>Assistente Social</i> <i>RESS nº 9055-13 Região PE</i> <i>Solange Lira</i> <i>Faturamento / Financeiro</i> <i>Ent.</i>
<u>09/10/2019</u>	<u>HD. Paciente em FW</u>
<u>8:30</u>	



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Fabiana Almeida Registro: 117920  
Enfermaria: 404 Leito: 2  
Clínica: # Serviço Social #

Data/Hora	
03/07/19	Realizada visita ao leito e preenchida a entrevista social. Prestadas orientações quanto o fluxo e rotina do NDH e segue DPVAT.
	<p>Abela Maria da Silva Guerra Assistente Social CRESS nº 10195 - 4ª Região</p>
03/07/19 14:00h	Psicologia - Feita visita ao leito por um momento rápido (aprox).
	<p>Mª Cássia Guerra Psicóloga / C.R.P. 11344</p>





**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Nº de Cirurgia: 41924  
Paciente: 117920  
Módulo Atend.: 1  
Leito: 046  
Dt. Início: 01/07/2019 08:33  
Pre-Operatório: S826  
Pós-Operatório: S826

Sala: 0005 SALA 05  
FABIANA ALMEIDA DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
BL-2 B  
Dt. Fim: 01/07/2019 09:33  
FRATURA DO MALEOLO LATERAL  
FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Atendimento: 508555  
Carteira:  
Idade: 32 Anos

**Procedimentos**

Procedimento: 0408060360  
Convênio: 001  
Anestesia: 86

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (PRINCIPAL)  
SUS - INTERNACAO  
RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

**Equipe Médica**

RGIAO:  
ANESTESISTA

17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA  
5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica:**

HD: FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO DIREITO  
CD: REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM FIXADOR TUBO A TUBO

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM E AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO PUNTIFORME NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO
5. DESBRIDAMENTO DA FERIDA E LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0.9%
6. APROXIMAÇÃO DE FERIDA COM NYLON 2-0
7. REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA-LUXAÇÃO E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO
8. CURATIVO

**Descrição Complementar**

**Atos Cirúrgicos:**

*Ijaciel Soares*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 17726/RJ - 1993

*Graca Mariza Couto Ribeiro Pessoa*  
Faturamento / SAME  
Em: 12 JUL 2019





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

# FICHA DE ANESTESIA

Vela: 010719

Paciente: FRABIANA ALMEIDA DA SILVA  
 RM: 3083 Nome do Anestesiologista: Dr. Agnel  
 Sedação Pré-anestésica: ☐ NÃO ☐ SIM

Diagnóstico: Trat. cirurgico de fratura exposta do tornozelo

Horas	Min	Seg	Temperatura	Frequência Cardíaca	Pressão Arterial	Saturação de O <sub>2</sub>	Respiração	Condição Geral	Observações
08:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
08:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
09:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
09:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
10:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
10:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
11:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
11:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
12:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
12:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
13:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
13:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
14:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
14:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
15:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
15:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
16:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
16:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
17:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
17:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
18:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
18:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
19:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
19:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
20:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
20:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
21:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
21:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
22:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
22:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
23:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
23:30	30	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	
24:00	00	00	36,0	90	120/80	98	Regul	Bom	

Drogas Usadas	Quantidade
bupivacaína 0,5% pes	15mg
clonitazepam	8mg
EV	
cefazolina	2g
dexametasona	10mg
oxitocina	8mg
midazolam	2mg
dolantina	20mg
fentanil	50mcg

Técnica Anestésica:  
Rapianestesia  
função mediana  
semica em L3/4  
ap 25. L3/4 clonitazepam  
Sedação

- Monitorização**
- ☐ Cateterismo
  - ☐ Oxímetro
  - ☐ PNI
  - ☐ Sonda Vesical
  - ☐ Capnógrafo
  - ☐ Elet. Pré-Cordal
  - ☐ Outros:
- ☐ IRIS
- ☐ Temperatura
  - ☐ Swan-Ganz
  - ☐ Analisador Gases
  - ☐ PVC
  - ☐ Estimulador de Nervos
  - ☐ Linha Arterial
  - ☐ Volémia (BP Plus)

- Encaminhado**
- ☒ Aconselho
  - ☐ Sordido
  - ☐ Intubado
- Dueto**
- ☒ SRPA
  - ☐ Apert/Ent
  - ☐ UTI
  - ☐ Externo

Intercomência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

Assinatura do Anestesiologista:  
Dr. Agnel  
 17 JUL 2019







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

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

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES  
Registro: 117920  
Nome: FABIANA ALMEIDA DA SILVA  
Mãe: ROSICLEIDE ALMEIDA DA SILVA  
End.: RUA CORONEL OSMARIO PLAISANT  
Enferm.: BL-2 B

Atendimento: 508559

Leito: 646

Dr. Cwd: 01/07/2019  
Dt. Nasc: 14/02/1987  
Bairro: PIEDADE  
Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES  
CNS: 704804047211842

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

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

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim RX
- ☐ Não se aplica

### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

*Teste Cirurg. Post. sep. do TN2 D.  
fix. externo*

*COHEN*



PACIENTE:	Fátima Amélia da Silva			DATA:	04/07/2020
CIRURGIÃO:	Rafael			RG:	11792
ANESTESISTA:	Rafael			AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	Rafael			ANESTESIA:	Rafael + Sedação
ESTRUMENTADOR:	Sérgio			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Rafael
CIRCULANTE:	Sérgio			COREN:	
ENFERMEIRA:	Cristina			HORARIO INICIAL:	08:30
				HORARIO FINAL:	09:00

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR			
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

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

COD 32102





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

**1 - IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: Robson Almeida da Silva Data: 01-07-19 Hora: 08:25 Registro: 117917  
Convênio: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Paco: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

**2 - EQUIPE MÉDICA:**

Cirurgião: Dr. S. S. S. Anestesiista: Dr. G. G.  
Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Silveira

**3 - DADOS DA CIRURGIA:**

Cirurgia: Exatoma TNP Início: 08:25 Término: 09:00  
Anestesia: Raqui + Sedação Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

**4 - PRE-OPERATÓRIO:**

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

**5 - TRANS-OPERATÓRIO:**

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

**5.1 - EQUIPAMENTOS:**

Oxímetro de Pulso ( ) Monitor Cardíaco ( ) PNI ( ) Bomba CEC ( ) Aspirador ( )  
Colchão Térmico ( ) Bisturi Ultrasônico ( ) Artroscópio ( ) Microscópio ( ) Capnógrafo ( )  
Bisturi Elétrico ( ) Local da Placa \_\_\_\_\_  
Carro de Anestesia ( ) Difusor ( ) Intensificador ( )  
Ap. Video ( ) Bomba de Infusão ( ) Nº ( )  
Oxigênio ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Protóxido ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Gás Carbônico ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

**5.1 - PROCEDIMENTOS:**

Cânula Orotraqueal: Sim ( ) Não ( ) Punção Venosa: Sim ( ) Não ( )  
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não ( ) Sonda Gástrica: Sim ( ) Não ( )  
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( )  
Curativo (Tipo e Local): Sim ( ) Não ( )

**5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:**

ANESTESIA: \_\_\_\_\_ CIRURGIA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6 - OBSERVAÇÕES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO**

Paciente: Acordado ( ) Narcose ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )  
Encaminhado para: SRPA ( ) S. Intensiva ( ) LICOR ( ) UTI ( ) Aptº ( ) Residência ( )

Data: 01-07-19 Hora: 08:25 Enfermeira: G. G. Circulante: X. X.

CÓD. 38607


















## IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

### 1. Identificação

Nome: Salvador Amador da Silva Data: 1.1.2020 Registro: 117420  
Convênio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### 2. Equipe médica:

Cirurgião: Silva 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Carvalho Instrumentador: Silva  
Circulante: Carvalho

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
		
		
		
		
		
		
		
<p>SACO HDH</p> <p>UNIPSTER LOTE: 3.0001.084   7897124            TEST: 27/06/2019            VAL: 27/06/2020            PLASMA P.H.            RESP TECNICO            RICARDO LEITE            COREN 342.739</p>		
		
		





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Falciaro Almeida da Silva data: 01/03/19 Hora: 07:10 Registro: 117700  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de T2 ID  
Tipo de anestesia: sedação  
Equipe: Dra. Gracia Anestesista: Dra. Gracia

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom (x) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave<sup>o</sup>  
Respiração: (x) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não (x) Sim Onde: 1  
Acesso Venoso Central: (x) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: (x) não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 110 x 55 mmHg FR: 18 p/min FC: 75 p/min SaPO2: 100%  
Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	105 x 49	105 x 47	105 x 47	105 x 47	105 x 47	
FR	16	16	18	18	18	
FC	75	75	75	75	82	
SaPO2	100%	100%	96%	97%	96%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

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

Data: 01/03/19 Horário: 11:00 Responsável pelo encaminhamento: Dra. Gracia

Alta da SRPA pelo medico: \_\_\_\_\_

COD 38398



### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 41981	Sala : 0004	SALA 04	
Paciente : 117920	FABIANA ALMEIDA DA SILVA		Atendimento : 508555
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO		Carteira :
Leito : 712	404 - 02 - LT TRAUMA		Idade : 32 Anos
Dt. Início : 04/07/2019 10:00	Dt. Fim : 04/07/2019 11:48		
Cid Pré-Operatório : S827	FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA		
Cid Pós-Operatório : S827	FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA		

### Procedimentos

Procedimento: 0408050578	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86	RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

### Equipe Médica

CIRURGIAO	13526	HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
ANESTESISTA	8010	TEREZA CRISTINA DA SILVA

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

#### DESCRIÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE TNZ D
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID
4. INCISAO EM FACE LATERAL TORNOZELO D
5. DISSECÇÃO POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO FOCO DA FRATURA + LAVAGEM COM SF 0,9%
6. REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM 01 PLACA 1/3 CANO DE 07 ORIFÍCIOS E 06 PARAFUSOS , PARAFUSO TRANSSINDESMAL
7. CONTROLE RADIOSCOPICO
8. MINI INCISÃO MEDIAL, FRATURA REDUZIDA, FIXACAO COM 1 PARAFUSO ESPONJOSO 3.5MM ROSCA PARCIAL E FIO DE K
9. CONTROLE RADIOSCOPICO
10. CURATIVO COM GAZE E CREPE
- TESTADO ESTABILIDADE
- BOA PERFUSÃO DISTAL

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO  
CRM : 13526

George Lys  
Faturamento / SAME  
Em:

12 JUL. 2019

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA







HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

04/07/19

Paciente

Sexo

Cor

Idade

Risco

FABIANA ALMEIDA DA SILVA

F

P

32

1

CRM

Nome do Anestesista

Nome do Cirurgião

BOLETO FERREIRA SILVA

Homem

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

Trat. cirurg. frato tornozelo Direito

Horário

O<sub>2</sub>

N<sub>2</sub>O

líquidos

ETCO<sub>2</sub>

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Sufenta 20mg  
Cefazolina 2g  
Propofol - 45mg  
Morfina 60mg  
Neurolept 15mg

Técnica Anestésica

Rapui h3-2g  
mecl, sen y  
apush h3 2g  
Pompa de infusão  
Vários Vg

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardioscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Elet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

12 JUL 2019

Tereza C. Silva  
Anestesiologista  
CRM-8010

Assinatura de Anestesista



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:50

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215063200000059258995

Número do documento: 20040517215063200000059258995



PACIENTE:	FABIANA AMANDA DA SILVA			DATA:	04/07/2020
CIRURGIÃO:	DR. FERNANDO			RG:	42792
ANESTESISTA:	DR. TEREZA			AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	DR. FERNANDO			ANESTESIA:	RAQUID + SEDACOM
ESTRUMENTADOR:	KARINA			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	IRIANA COSTA
CIRCULANTE:	MILENA			COREN:	295.174
ENFERMEIRA:	GRACI			HORÁRIO INICIAL:	10:15
				HORÁRIO FINAL:	16:00

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENCIAL CIRUR.			
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

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



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: FABIANA ALMEIDA DA SILVA

Data de Nascimento: 14/02/1987      Data Atendimento: 01/07/2019

Prontuário: 0000083014      Cód. Atendimento: 01248872

Nome do Hospital: HOSPITAL DOM HELDER

Senha: 5717331

Transporte: ☒ Ambulância Básica      ☐ Ambulância Avançada      ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: paciente com relato de trauma contuso em região de tornozelo d, evolui com dor deformidade e ferimento em região neurovascular preservado.

hd: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO D.

Recife, 01 de Julho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM: 24967

Dr. Jorge Ferraz  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE: 24.267







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

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

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 117920

Nome: FABIANA ALMEIDA DA SILVA

Mãe: ROSICLEIDE ALMEIDA DA SILVA

End.: RUA CORONEL OSMARIO PLAISANT

Enferm.: 404 - 02 - LT TRAUMA

Atendimento: 508555

Leito: 712

Dt. Cad: 01/07/2019

Dt. Nasc: 14/02/1987

Bairro: PIEDADE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS: 704804047211842

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

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

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☒ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☐ Sim
- ☒ Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *+ 2hs*
- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?  
*Não, Dom Helder*
- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA



A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

*Trot. Cirurg. de TNZ D.*

*Enfermeira de O. Maia*  
COREN-PE 000529903 - ENF



 <b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE</b> <b>BLOCO CIRÚRGICO</b>			
Nome: <u>Fabiana Almeida da Silva</u>		Registro: <u>117920</u>	Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: _____		Data: <u>04/07/19</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros		
2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h <input checked="" type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input checked="" type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros		
3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h <input checked="" type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Registrar-se: <input checked="" type="checkbox"/> Dor ao urinar <input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros		
4. Dor <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>FO</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros		
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ___/___ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___ h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___/___ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h <input type="checkbox"/> Outros		
6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>FO</u> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros		
7. Imobilidade no leito prejudicada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros		







HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Robiana Almeida data: 04/7/19 Hora: 12:00 Registro: 118000  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Proctomia TNE Direita  
Tipo de anestesia: Região + Sedação  
Equipe: D. Romero Anestesiista: D. Tereza

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom ☒ Regular ( ) Torporoso ( ) Grave°  
Respiração: ☒ Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não ☒ Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Acesso Venoso Central: ☒ Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: ☒ Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 125 x 82 mmHg FR: \_\_\_\_\_ p/min FC: 67 p/min SaPO2: 98%  
Glasgow: \_\_\_\_\_

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>125 x 90</u>	<u>125 x 89</u>	<u>125 x 90</u>	<u>132 x 94</u>	<u>139 x 95</u>	
FR	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	
FC	<u>72</u>	<u>61</u>	<u>72</u>	<u>62</u>	<u>70</u>	
SaPO2	<u>98</u>	<u>100%</u>	<u>97</u>	<u>96</u>	<u>98</u>	
Glasgow	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>			

5. Intercorrências/observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ SaPO2: \_\_\_\_\_ Glasgow: \_\_\_\_\_

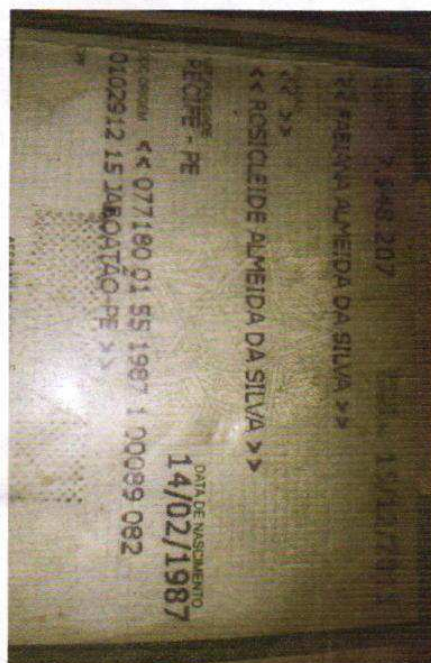
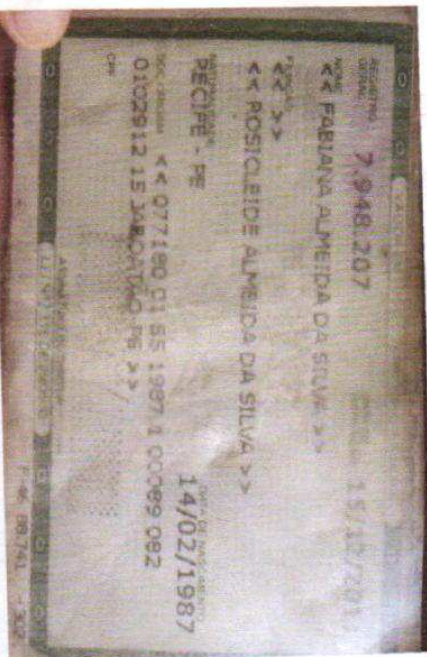
Destino: ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Emergência ( ) Ambulatório ( ) Residência

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

Micaela Sales  
Médica Anestesiologista  
CRM-PE 33019







TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: FABIANA ALMEIDA DA SILVA  
Data de Nascimento: 14/02/1987 Data Atendimento: 01/07/2019  
Prontuário: 0000083014 Cód. Atendimento: 01248872  
Nome do Hospital: HOSPITAL DOM HELDER  
Senha: 5717331  
Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio  
☐ Acompanhamento Médico

Observação: paciente com relato de trauma contuso em região de tornozelo d, evolui com dor deformidade e ferimento em região. neurovascular preservado.  
hd: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO D.

Recife, 01 de Julho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM: 24967

Dr. Jorge Ferraz  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM/PE: 24.967



# UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 30-06-2019 23:56

Nome Paciente: FABIANA ALMEIDA DA SILVA  
Cód. Paciente: 83014  
Data de Nascimento: 14/02/1987  
Sexo: Feminino  
Idade: 32  
Senha: A0221  
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO  
Atendimento: 1248872  
SAME:

Período: 01-07-2019 00:00 - 01-07-2019 00:01

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS - ;

Queixa Principal: RELATA ATROPELAMENTO POR MOTO COM TRAUMA EM TNZ DIREITO COM EDEMA EM DOR

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 6  
- ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 IRPM

Alergias Atuais do Paciente

Substância Observação  
- NEGA ALERGIAS - A



Acolhido(a) por: WALESKA MARIA DE ALMEIDA PAIVA - COREN: 980016294549766 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO

Data Impressão: 22-10-2019 08:58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs





**Queixa Principal / História**

paciente com relato de trauma contuso em regioao de tornozelo d, evolui com dor deformidade e ferimento em regioao neurovascular preservado.

**Antecedentes**

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

**Exame Físico**

EG Bom Consciente Orientado e Conversando Hidratado  
Nutrido Corado Acianótico Anictérico  
Eupnéico Afebril Sem Edemas

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O<sub>2</sub>  
18

*[Assinatura]*  
Dr. Marcello Varella Neto

Prescrição.: 1755561 Data: 01/07/2019 00:07

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1248872 Dt Nasc: 14/02/1987 (32a 8m 7d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 83014 - FABIANA ALMEIDA DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 01/07/2019 00:03 0 Dias(s) int

Médico.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORNOZELO DIREITO A.P. / PERFIL ; Exame: 319525	1					01/07 00:07

  
Dr. Marcello JCS

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1755562 Data: 01/07/2019 00:07

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1248872 Dt Nasc: 14/02/1987 (32a 8m 7d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 83014 - FABIANA ALMEIDA DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 01/07/2019 00:03 0 Dias(s) int

Médico.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

2ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML	1	AMP		IM	Agora	01/07 00:07
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM	1	FA C/100ML				
-> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	1	UN				
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs





Prescrição.: 1755565 Data: 01/07/2019 00:15

Usuário.....: JORGEFAS

Atendimento: 1248872 Dt Nasc: 14/02/1987 (32a 8m 7d)

Convênio....: SUS - AMBULATORIO

Paciente....: 83014 - FÁBIANA ALMEIDA DA SILVA

Peso.....: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 01/07/2019 00:03 0 Dias(s) int

Médico.....: ANTONIO MAURICIO S C FILHO Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo...: /

Diagnóstico:

Protocolo..:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TRANSFERENCIA	1					01/07 00:15

Obs.: PACIENTE LARANJA. PRIORIDADE.

UPA IMBIRIBEIRA  
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE  
MARCOS FERREIRA  
Dr. Marcello JCS  
Relatório de Prescrição / Evolução

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1755566 Data: 01/07/2019 00:16

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1248872 Dt Nasc: 14/02/1987 (32a 8m 7d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 83014 - FABIANA ALMEIDA DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 01/07/2019 00:03 0 Dias(s) int

Médico.: ANTONIO MAURICIO S C FILHO Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Cido.: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

#### PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 TALA GESSADA TIPO BOTA M	1					01/07 00:16
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	6	UN				
-> ATADURA GESSADA 20CM X4,0M BRANCA	2	UN				
-> ATADURA GESSADA 10CM X4,0M BRANCA	1	UN				

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 CURATIVO ADULTO					Agora	

Dr. Marcelo JCS  
Prontuário Eletrônico do Paciente

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: FABIANA ALMEIDA DA SILVA

Data de Nascimento: 14/02/1987 Data Atendimento: 01/07/2019

Prontuário: 0000083014 Cód. Atendimento: 01248872

Nome do Hospital: HOSPITAL DOM HELDER

Senha: 5717331

Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: paciente com relato de trauma contuso em região de tornozelo d, evolui com dor deformidade e ferimento em região. neurovascular preservado.

hd: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO D.

Recife, 01 de Julho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

CRM: 24967

Dr. Marcello Varella Neto  
Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:51





RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 02/07/2019 06:19:45

IDENTIFICAÇÃO

NOME: FABIANA ALMEIDA DA SILVA RG: 7948207 PESO:  
IDADE: 32 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:  
Data de Nascimento: 14/02/1987  
PRESTADOR ASSISTENTE: ANTONIO MAURICIO S C FILHO  
DATA DE ATENDIMENTO: 01/07/2019 00:03:30 ATENDIMENTO: 1248872 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M796 - DOR EM MEMBRO  
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):  
DIAGNÓSTICO INICIAL: M796 - DOR EM MEMBRO  
DIAGNÓSTICO DE ALTA: M796 - DOR EM MEMBRO

CONDUTA DE ALTA:



MOTIVO DA ALTA: EVADIU-SE APÓS PRIMEIRO ATENDIMENTO  
PROCEDIMENTO DE ALTA:  
OBSERVAÇÃO DE ALTA: PACIENTE NÃO ATENDEU AO CHAMADO 9:00h

  
Dr. Marcello Silveira

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais  
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcello



 <b>HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA</b>		<b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE</b> <b>BLOCO CIRÚRGICO</b>		 <b>GESTÃO IMIP HOSPITALAR</b>	
Nome: <u>Fabiane Almeida da Silva</u>		Registro: <u>117920</u>		Leito: _____	
Procedimento Cirúrgico: _____		Data: <u>09/07/19</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM			HORÁRIOS	
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos				
	<input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional				
	<input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares				
	<input type="checkbox"/> Outros _____				
2. Ventilação prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado				
	<input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ____/____ h				
	<input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz				
	<input checked="" type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler				
	<input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR				
	<input type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso				
3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____ h				
	<input checked="" type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).				
	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler				
	<input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica				
	<input type="checkbox"/> Registrar-se: <input checked="" type="checkbox"/> Dor ao urinar <input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea				
	<input type="checkbox"/> Outros _____				
4. Dor <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>FO</u> , Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico				
	<input type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor				
	<input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação				
	<input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor				
	<input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor				
	<input type="checkbox"/> Outros _____				
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão				
	<input type="checkbox"/> Realizar curativo de ____/____ h				
	<input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ____/____ h				
	<input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ____/____ h				
	<input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h				
6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> Local: <u>FO</u> ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____ h				
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____				
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo				
	<input type="checkbox"/> Outros _____				
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente				
	<input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)				
	<input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____				
	<input type="checkbox"/> Outros _____				



HOSPITAL  
ELDER CÂMARA



## FORMULÁRIO DE RETORNO

Data do Atendimento: 21.08.11

Nº Prontuário: 117520

Nome do Paciente: Eduardo Manoel Silva

☐

ECG

☐

Curativo

☐

Retirada de Ponto

☐

Retirada de Fio K

☐

Imobilização

☐

Psicologia

☐

Nutrição

☐

Fonoaudiologia

☐

Serviço Social

☐

Alta Ambulatorial

☐

Retorno

Data: \_\_\_\_\_

*Dr. Bruno Daltro*  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM/PE: 26.693

Obs.: 60 dias





**FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO**

Setor: **AMBULATORIO DE EGRESSO**

Usuario do Agendamento: DARLETEBN

Paciente: **117920 FABIANA ALMEIDA DA SILVA**

Serviço: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

Médico do Agendamento: **LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO**

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG

Tipo de Agendamento:

Data da Agenda: **21/10/2019**

06:30 até às 09:00h

**PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA**

**TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H**

**TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H**

**TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H**

**APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINADO  
PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF**





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO  
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

NOME: Felipe Almeida IDADE: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_ SETOR SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☐ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ENF: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE

EXAME: R. de T. 2 D

MOTIVO: Doi Ortop.

REQUISITANTE/CARIMBO: \_\_\_\_\_

LAUDO:

*Dr. Bruno Daltro*  
Ortopedia Traumatologia  
CRM: 26.693

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

