



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 Doltro
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 N°. **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 AGAMENON MAGALHÃES** - Bairro: **PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
FABIANA ALMEIDA DA SILVA (VITIMA)

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** Pa: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **14/2/1987** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **7948207/SDS PE (RG)** 07897816460 (CPF) 00000000000 (CNH) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º, GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR**
Endereço Residencial: **RUA CORONEL OSMARIO PLAISANT, 28, TRAVESSA TABIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: PIEDADE - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ELEMENTO NÃO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **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 N° 1248872, ATRAVES DESTA SOLICITA PROVIDÊNCIAS.





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**

Dígito 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.)







Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



Fisioterapia

Data do atendimento: 05/07/2019

Paciente:

FABIANA ALMEIDA DA SILVA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

INDICAÇÃO CLINICA:

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



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215030600000059258991>
Número do documento: 20040517215030600000059258991

Num. 60288011 - Pág. 1



LAUDO MÉDICO

Data de Atendimento: 6/9/11

Nº PRONTUÁRIO: 117920

NOME DO PACIENTE: Fabrini Almeida So Soh

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Franco em FNE O

CID:

582

OBS.:

60 setor
Nº DIAS 60 () AFASTAMENTO DO TRABALHO

~~Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Trumatologia
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 26593

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

"Os médicos sonentes 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 CLINICA:

FRATURA EM MALEOLO LATERAL ESQ

Nº : VINTE (20) SESSÕES

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 26593

Cabo de Santo Agostinho, 5 de julho de 2019



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

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215036900000059258992>

Número do documento: 20040517215036900000059258992

Num. 60288012 - Pág. 2



JOÃO VARELLA
Advogados Associados
PROCURAÇÃO

OUTORANTE: Fabiana Almeida da Silveira

ESTADO CIVIL _____, PROFISSÃO _____, RG 7948207

CPF _____, ENDEREÇO Rua Tabira, 28

BAIRRO Massaranduba, CIDADE Sabáto Guanabara, ESTADO PE, CEP 54070-240

FONE _____, NASCIMENTO 14/02/1987

OUTORADOS: 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 inscrita 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 Rue Arquimedes de Oliveira, nº 135, Santo Amaro, Recife / PE, CEP: 50.050-510, endereço eletrônico: joaocampielo@hotmail.com e joao.varella@joao.varelladadvogados.adv.br.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "ad judicia e 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 posso 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 _____.


OUTORANTE

Rua Arquimedes de Oliveira, nº 135
Santo Amaro, Recife / PE
CPF: 50.050-510 Provedor nº 331 e/o PROCRAPE
Télefone: (81) 3233-7120



Assinado eletronicamente por: João Campielo Varella Neto - 05/04/2020 17:21:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215044400000059258993>
Número do documento: 20040517215044400000059258993

Num. 60288013 - Pág. 1



Atendimento do Paciente: 508355
usuário do Atendimento: ANAKPC

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

Nome do Paciente: FABIANA ALMEIDA DA SILVA
Nome da Mãe: ROSICLEIDE ALMEIDA DA SILVA
Data do Nascimento: 14/02/1987
Estado Civil: SOLTEIRO
CPF: 12345678901
Naturalidade: RECIFE
Carteira Nacional SUS: 704804047211842
Endereço: RUA CORONEL OSMARIO PLAISANT 28
Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Nome do Pai:
Idade: 32 anos Sexo: FEMININO
RG: 7948207 SDS PE Data Emissão: 15/12/2011

Certidão de Nascimento:
Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Ocupação Habitual: OUTROS

PIEDADE CEP: 54400350 Fone: 84813269

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA CRM: 17726
Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA Leito: BL-2 B

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 01/07/2019

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

adições de Alta:
Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: 01/07/19

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

CCIH
Hospital Dom Helder
Camara
01/07/19

H. Helder Dom Helder
Camara Lya
Estevam
SAME

12/07/2019

Dr. Arlindo Poltro
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Ortopedia
Cirurgia de Ortopedia



Atendimento: 508551

Senha da Classificação:

0002

Data e Hora: 01/07/2019 02:36

Paciente: 117920 FABIANA ALMEIDA DA SILVA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 14/02/1987 Idade: 32 anos

Convenio: 2 SUS/SIA: AMBURG

Nome da Mãe: ROSICLEIDE ALMEIDA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: LIAZIEL SOARES DE OLIVEIRA

Endereço: RUA CORONEL OSMARO PLJ --

28

Bairro: PIEDADE

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPÉ PE

Usuário Atendimento: THAYANECCS

RG (Identidade): 7948207

SOS PE

Data de Emissão: 15/12/2011

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 84813289

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

CRM: 17226

100 - 1000 Dom Helder Camara
Jaboatão dos Guararapés
UF: PE
UF: PE
CRM: 17226
0002

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso _____ Altura _____ Temperatura _____ Hora _____

Queixa Principal

punho com reto de arrepelar
cane brava em 102 D

Exame Físico

estava loco

otese Diagnóstico

Arrepiado - Sintomas d. 102 D.

Conduta Terapêutica

internar. (explosivo)
no bloco

Prescrição Médica

brumal sul 1000

ATENÇÃO

ATENÇÃO

500,00 - 1000

1000,00 - 1500

EM CASO DE INTERNACAO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

SMT 2M

Carimbo/Médico



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

Prontidão: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DA UPA DA IMBIRIBEIRA COM HISTÓRIA TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO 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

Wof - 2



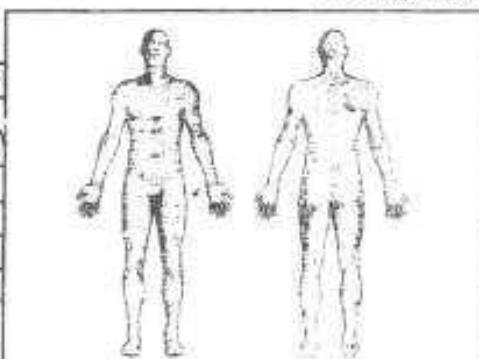
Data: 04/04/19

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: _____



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Fábio Henrique do Nascimento
Data de Nascimento:	14/08/1981
Setor:	120
Registro:	114900
Leito:	Wof - 2



SINAIS VITAIS	
PA:	110x70 mmHg
Tempo:	36°3
HGT:	80
Observação:	

ENTREVISTA

HIPERTENSO:	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	MEDICAÇÃO EM USO:		
DIABÉTICO:	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	MEDICAÇÃO EM USO:		
HABITOS:	TABAGISTA:	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Há quantos anos: _____	Qtd/dia: _____
	ETILISTA:	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Há quantos anos: _____	Qtd/dia: _____

EXAMES SOLICITADOS

IMAGEM:	RX (<input checked="" type="checkbox"/>)	TAC c/ Contraste ()	USG ()	ECO ()	LABORATÓRIO:	SIM ()	NÃO ()
		TAC s/ Contraste ()	RNM ()	CATE ()	Observação:		
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM ()	NÃO ()	Risco Cirúrgico: _____				
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM ()	NÃO ()	GRUPO SANGUÍNEO: _____				
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM ()	NÃO ()	Qual?: UTI: _____	LEITO: _____			

ALERGIA

SIM ()	QUAL: _____	USO DE SONDAS
NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	OBSERVAÇÃO: _____	SNE () SNG () SVD ()

Outra: _____

DRENO

SIM ()	NÃO ()	Qual: _____
---------	---------	-------------

Local: _____

SIM ()	QUAL: _____	USO DE SONDAS
NÃO ()	OBSERVAÇÃO: _____	SNE () SNG () SVD ()

Outra: _____

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE

JEJUM:	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	A partir do dia: 04/04/19	às: 22h	Observação:	
HIGIENIZAÇÃO:	SIM ()	NÃO ()	Observação: _____			
TRICOTOMIA:	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Observação: _____			
RETIRADO ADORNOS:	SIM ()	NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM ()	NÃO ()	
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ()	Qual/s/Datas: <u>Endocrinologia e Sanro</u>	NÃO ()			
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Qual/s/Datas: _____	NÃO ()			
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	Observação: _____	LATERALIDADE:	SIM ()	Observação: _____	
	NÃO ()		DEMARCADA:	NÃO ()		

Enfermeiro Responsável:

J. Campiello Varella Neto

[Signature]



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome:	<i>Fabiana Almeida da Silveira</i>	Data:	<i>04/10/19</i>	Registro:	<i>117925</i>
Convênio:	<i>SUS</i>	Leito:		Hora:	

2. Equipe médica:

Cirurgião:	<i>Dr. Henrique</i>	1º auxiliar:	
Anestesista:	<i>Dra. Tereza</i>	Instrumentador:	<i>Karenne</i>
Circulante:	<i>Melene</i>		

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<i>ex 3,5 Pionmed</i>		
<i>mater da STYK</i>		
<i>reti dura</i>		
<i>presa emarcho</i>		
<i>mantri-l</i>		
<i>chave de boca</i>		
<i>iso k</i>		
<i>reti dura</i>		





GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Fabrício Simões da Silva Data: 11/11/11 Hora: 09:30 Registro: 117916
Convite:

2 - EQUIPE MÉDICA

Chirujos: Dr. Pérez Anestesista: Dr. Pérez
Auxiliar: 2º Auxiliar: Instrumentador: *[Signature]*

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Girungo: 170-16-14-9- Fractura de TNU 2 D Inicio: 10/11/13 Término: 11/11/13
Anestesia: 70 gramos + sedación continua Inicio: 10/11/13 Término: 11/11/13

4 - PRÉ-OPERATÓRIO

Estado Geral:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Coma
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Traqueostomizado	
Tricômias:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não		

5 - TRANS OPERATÓRIO

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Câncer Crotíqueno: Sim () Não (✓) _____ Função Venosa: Sim () Não ()
 Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (✓) _____ Sonda Gástrica: Sim () Não (✓)
 Ornitograma (Tipo e Local): Sim () Não (✓) _____
 Curatório (Tipo e Local): Sim (✓) Não () _____

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ **CIRURGIA:** _____

Digitized by srujanika@gmail.com

6 - OBSERVAÇÕES: Pode ser uma infecção aguda ou crônica, de origem bacteriana.

Written final 10:05 final 11:05

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: **Acordado** Narcose () Entubado () **Tracheostomizado** ()
 Encaminhado para: **SRPA** B. Intensiva () LICOR () UTI () Apt* () Residência ()

Data: 04/07/19 Horas: _____ Enfermeira: Erica Circulante: M. Faria

CÓD. 38607



Exame Físico: Seco, edema, dor no assolo

Antecedentes Pessoais: Nego

Medicamentos em Uso: Nego

Antecedentes Familiares: Nego

Hipótese Diagnóstica Principal: Febre, dor no peito

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: IN2 - D?

Plano Terapêutico: Ivermectina

Cabo de Santo Agostinho, 02/07/18

Assinatura e Cântigo

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



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215051600000059258994>
Número do documento: 20040517215051600000059258994

Num. 60288014 - Pág. 7

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação:

Nome: Dr. Góes Almeida Registro: 11782 Atendimento:

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

Clinica: Obstetra Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Alergia pelante há 30 anos

História da Doença Atual: reagiu ao veneno de A. Vespa velutina
operado fêmur em 1923.

Interrogatório Sintomatológico:

doe loco



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

P.R.

Portador da identidade nº

OE: na

Qualidade de: paciente responsável (grau de parentesco):

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 Maria Esther Souto Carvalho (UPA Imbiribeira) às _____ hs do dia 01/07/2019, tendo como principal motivo não desejar a conclusão do atendimento dar continuidade ao procedimento e/ou tratamento no Hospital _____, 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.

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

Puê Afago 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.

I - REGISTRO DA EQUIPE ASSISTENCIAL:

Esclarecimento prestados ao paciente pela equipe:

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

Data: 01 de Julho de 2019

Assinatura do paciente / responsável





TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME:	Fábio da Silveira	DATA NASC.:	34/02/1972
REGISTRO:	112920	DATA:	04/07/19
SETOR DE ORIGEM:	TACUMA	SETOR DE DESTINO:	

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>FG R, consciente Orientado</u> HGT: _____ PA: _____ P脉: _____ Temp: _____ FR: _____ Odometria: _____ Padrão respiratório: <input checked="" type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Suporte de O2 <input type="checkbox"/> CetO2 <input type="checkbox"/> NBS <input checked="" type="checkbox"/> VTOT <input checked="" type="checkbox"/> Traqueo VM <input type="checkbox"/> Traqueo NEB intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: Antibiótico profilático: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Antibiótico terapêutico: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Prognóstico: <input checked="" type="checkbox"/> Crônico <input type="checkbox"/> Não Crônico Nutrição: <input type="checkbox"/> Jejun <input checked="" type="checkbox"/> Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim // SVD: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Hemoderivados: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Outros: _____ Grau de Complexidade: <input type="checkbox"/> Crítico <input type="checkbox"/> Semi Crítico <input type="checkbox"/> Alta dependência <input checked="" type="checkbox"/> Intermediário <input type="checkbox"/> Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: <input type="checkbox"/> Coletado <input checked="" type="checkbox"/> Não Coletado Qual: <u>Hb, HT</u> Exames de Imagem: <input type="checkbox"/> Realizado <u>RX</u> <input type="checkbox"/> Pendente _____ Curativo: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Local: <u>HSD</u> Isolamento: <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____

Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____

Nome: _____



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME:	Fabiane Almeida da Silva	DATA:	01/07/19	HORA:	16:00	DATA NASC:	04/02/1987
REGISTRO:	11970	SETOR DE ORIGEM:	AC	SETOR DE DESTINO:	LOS - TIREO		

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: EGR, Consciente, Orientado HGT: 177 PA: 130x72 Peso: 70kg Temp: 36°C FR: 19 Oximetria: 100% Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Brave 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: HB, HT, Esg Exames de Imagem: (✓) Realizado RX () Pendente _____ Curativo: () Não (✓) Sim Local: MJD (TNZ D) Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____
Assinatura: _____ Data: _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____





EVOLUÇÃO CLÍNICA

卷之三





Evolução Clínica

Name: Fáliane Almeida Registro: 104-2
Clínica: 000 Enfermaria: 4W Leito: _____

Data/Hora	
7/19	<u>tozo</u>
104	<u>Painel seu urinodes ceto</u> <u>uso de fiozzi, 1013</u>
	<u>Alveado 2º tipo ceto</u>
	<u>ct dant's</u>
	(0001 0002 0003 0004 0005 0006)
10/07/19	# Serviço Social # Realizada visita as leitos prestada orientações doações de sangue
05/07/19	# Odontologia # Faturamento: <u>Solange Lya PRESS n° 0005-0006 Puglisi/PF</u>
8:10	HD: Faltou faxar em TAC





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Fabiana Almeida Registro: 17930
Turma: 404 Leito: 2

Clinica:	# Service Social
Data/Hora	
03/07/19	Realizada visita ao cliente e apresentada a entrevista social. Prestadas orientações quanto o fluxo e rotina de IDH e seguro DPVAT.
	<i>Maria da Glória Ferreira Assistente Social CRESS nº 10195-4 - Registros</i>
13/07/19 14:00h	Feita visita ao cliente - psicologia - (anexo) <i>M.º Cassio Guerra Psicólogo / CRP-11044</i>



Ficha de Cirurgia Descritiva

Nº de Cirurgia: 41924
Paciente: 117920
Número Atend.: 1
Leito: 646
Dt. Início: 01/07/2019 08:33
Pre-Operatório: 5826
Pos-Operatório: 5826

Sala: 0005 SALA 05

FABIANA ALMEIDA DA SILVA

SUS - INTERNACAO

BL-2 B

Dt. Fin: 01/07/2019 09:33

FRATURA DO MALEOLO LATERAL

FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Atendimento: 508555

Carteira:

Idade: 32 Anos

Procedimento: 0408060360

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 86

RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

Procedimentos

Equipe Médica

RGIAO:
NESTEGISTA

17726 MACIEL 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 EXALISTIVA 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

Materiais Cirúrgicos:


Maciel Soares
Ortopedista / Traumatologista
CRM: 17726 / RJ / 1693


Solange Lyze
Faturamento / SAME
Em: 12 JUL. 2019



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARAQUESTÃO
FICHA DE ANESTESIA

010719

PACIENTE
IDADE
RISCO

paciente:

MARIA ALMEIDA IDA SILVIA

Nome do Anestesista

JOSÉ RICARDO GOMES

Indicação Pré-anestésica

Traçar cirurgia de fratura exposta do tornozelo

Sexo: F Cor: Pálida Idade: 32 Risco: I

Urgência: NÃO SIM

Habitos:

tabaco:

N.O:

Liquídios:

SaO2:

ECG:

ECG:

240:

220:

200:

180:

160:

140:

120:

100:

80:

60:

40:

20:

00:

Kg:

Audiometria:

Monitorização:

- Cardioscópio
- Oxímetro
- PNI
- Sonda Vesical
- Capnôgrafo
- Edat. Pni-Coronal
- Outras:
- RIS
- Temperatura
- Swan-Ganz
- Anisador Graves
- PVC
- Estimulador de Nervo
- Linha Arterial
- Volume IBP Plus

Encaminhado:

- Acamado
- Sessante
- Intubado
- Domicílio
- SRPA
- Apa/Ent.
- UTI
- Exame

Intercomunicação: NÃO SIM

Descrever:

Observações:

Intubação Laringeal
Fármaco: Sufentanil / SART

17 JUL. 2019

Assinatura do Anestesista

Dra. Ana Paula Varella Neto - IMIP

Anestesiologista Crm-SP 10232



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

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

Número do documento: 20040517215051600000059258994

Num. 60288014 - Pág. 16

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-00

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUNO: MARTINIANO FERNANDES

Registro: 117920

Nome: FABIANA ALMEIDA DA SILV/

Mãe: ROSICLEIDE ALMEIDA DA SILV/

End: RUA CORONEL OSMARIO PLAISANT

Entrem: BL-2-B

Atendimento: 508550

Di.Cad: 01/07/2019

Di.Nasc: 14/02/1987

Bairro: PIEDADE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

CNS: 704804047211842

Lote: 646

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? *1 hora 30 min*
 - Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
Revisão anestesista
 - Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?
Sim

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
 - Não se aplica
- Exames de imagem estão disponíveis?
- Sim *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

*Tudo ok para T12 D.
firme a enfermagem*

João Campello Varella Neto

Assinatura

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	<i>Feliciana Andrade da Silveira</i>			DATA: 04/02/2021
CIRURGIÃO:	<i>Dr. J. S. Souza</i>			RG: 117986
ANESTESISTA:	<i>Galvão</i>			ANESTESIA: <i>Raqui + Sedação</i>
CIRURGIA:	<i>Tumor de TNC D</i>			
ESTRUMENTADOR:	<i>Silvana Lopes</i>			COORDENAÇÃO DO BLOCO: <i>Kleber</i>
CIRCULANTE:	<i>Silvana</i>			COREN:
ENFERMEIRA:	<i>Graciele</i>			HORARIO INICIAL: 08:30
				HORÁRIO FINAL: 16:00
Descrição Material Usado em Sala				Descrição Material Usado em Sala
AGULHAS				DRENOS
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8 KHER 10 KHER 12 KHER 14
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18 SUCÇÃO 3,2 SUCÇÃO 4,8 SUCÇÃO 6,4
ATADURAS				BLAKER 19FR BLAKER 24FR TORAX 20 TORAX 26
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 28 TORAX 30 TORAX 32 TORAX 36
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		
CANULAS				SONDAS
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	ENTERAL 10 ENTERAL 12
TRAQUEOST 9,0				ASPIRAÇÃO 10 ENDOTRAQ 2,0 ENDOTRAQ 2,5 ENDOTRAQ 3,0
CATETER				ENDOTRAQ 3,5 ENDOTRAQ 4,0 ENDOTRAQ 4,5 ENDOTRAQ 5,0
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ENDOTRAQ 5,5 ENDOTRAQ 6,0 ENDOTRAQ 6,5 ENDOTRAQ 7,0
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	ENDOTRAQ 7,5 ENDOTRAQ 8,0 ENDOTRAQ 8,5 ENDOTRAQ 9,0
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		FOLEY 3VIAS 14 FOLEY 3VIAS 16 FOLEY 3VIAS 18 FOLEY 3VIAS 20
LIMPADORES				FOLEY 2VIAS 06 FOLEY 2VIAS 08 FOLEY 2VIAS 10 FOLEY 2VIAS 12
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	FOLEY 2VIAS 14 FOLEY 2VIAS 16 FOLEY 2VIAS 18 FOLEY 2VIAS 20
CURATIVOS				NASO 10 NASO 12 NASO 14 NASO 16
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	NASO 18 NASO 20 NASO 22 URETRAL 4
EQUIPOS				URETRAL 6 URETRAL 8 URETRAL 10 URETRAL 12
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO	URETRAL 14 URETRAL 16 URETRAL 18 URETRAL 20
EXTENSORES				FIOS CIRÚRGICOS
20CM	40CM	60CM	120CM	ALGODÃO 0 ALGODÃO 2-0 ALGODÃO 3-0 FITA CARDAVAN
LAMINAS				CROMADO 0 CROMADO 1 CROMADO 2-0 CROMADO 3-0
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	CROMADO 4-0 SIMPLES 2-0 SIMPLES 3-0 SIMPLES 4-0
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6		SIMPLES 5-0 NYLON 2-0 NYLON 3-0 NYLON 4-0
LUVAS				NYLON 5-0 NYLON 6-0 NYLON 8-0 NYLON 9-0
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	NYLON 10-0 POLIESTER 2 POLIESTER 2-0 POLIESTER 3-0
SERINGAS				POLIESTER 4-0 POLIESTER 5 PROLENE 0 PROLENE 2
1ML	3ML	SML	10ML	PROLENE 2-0 PROLENE 3-0 PROLENE 4-0 PROLENE 5-0
20ML	60ML	60ML CATETER		VICRYL 0 VICRYL 1 VICRYL 2-0 VICRYL 3-0
AVENTAL CIRUR	BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO	VICRYL 4-0 CERA P/OSSO MÁRCAPASSO VALVEKIT
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS	SEDA 2-0 SEDA 3-0 MONOCRYL 3-0 MONOCRYL 4-0
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN	SURGIGEL 5X75 AÇO 1 AÇO 4 AÇO 6
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA	
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO	

COD. 28107

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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Flávia, Flávia da Data: 17/07/17 Hora: 08:25 Registro: 11717
 Convênio: _____ Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: BTS - Special Anestesista: DR = Graca
 Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: disponível

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Fixação extirpo TNF Início: 08:25 Término: 09:00
 Anestesia: Ketamina + sevoflato Início: _____ Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sonolento
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Traqueostomizado
Tricotomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

Chegou no CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ()	Lateral ()	Dorsal <input checked="" type="checkbox"/>	Ventral <input checked="" type="checkbox"/>	Ginecológica ()
Banco de Sangue ()		Laboratório ()	Radiologia ()	Peça Cirúrgica: Sim () _____

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso ()	Monitor Cardíaco <input checked="" type="checkbox"/>	PNI <input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC	Aspirador ()
Colchão Térmico ()	Bisturi Ultrassônico <input checked="" type="checkbox"/>	Artroscópio ()	Microscópio	Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico ()	Locel da Placa			
Carro de Anestesia ()	Diprotusor ()	Intensificador ()		
Ap. Vídeo ()	Bomba de Infusão ()		Nº () _____	
Oxigênio ()	Inicio _____ Término _____			
Protóxido ()	Inicio _____ Término _____			
Gás Carbônico ()	Inicio _____ Término _____			
Outros: _____				

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotrequeal: Sim () Não () _____	Punção Venosa: Sim () Não () _____
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não () _____	Sonda Gástrica: Sim () Não () _____
Dranegam (Tipo e Local): Sim () Não () _____	
Curetivo (Tipo e Local): Sim () Não () _____	

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____	CIRURGIA: _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6 - OBSERVAÇÕES:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado <input checked="" type="checkbox"/>	Narcose ()	Entubado ()	Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA <input checked="" type="checkbox"/>	S. Intensiva ()	LICOR ()	UTI () Aptº () Residência ()

Data: <u>01-07-19</u>	Hora: <u>08:25</u>	Enfermeira: <u>E. Gius</u>	Circulante: <u>Xeey</u>
-----------------------	--------------------	----------------------------	-------------------------

CÓD. 38607





IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

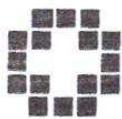
1. Identificação

Seller
Nome: José Vítor Almeida de Sá Data: 11/11/11 Registro: 117420
Convênio: Sicr3 Leito: _____ Hora: _____

➤ Équipe médical:

Cirurgião: Ezequiel 1º auxiliar: _____
Anestesista: Lúcia Instrumentador: Silvomarli
Circulante: Roberto





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



1. Identificação

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Extracorporeal lithotripsy
Tipo de anestesia: Spinal anesthesia
Equipe: DR. B. R. P. S. T. Anestesista: DR. D. G. P.

3 Admissão

Estado geral: () Bom (✓) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (✓) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (✓) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (✓) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (✓) Não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 175 x 55 mmHg FR: — p/min FC: 67 p/min SaPO2: 100 ✓
Glasgow: — —

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	165x77	165x77	122x77	120x82	122x77	
FR	16	16	18	12	18	
FC	78	85	75	71	82	
SaPO2	97%	100%	96%	97%	96%	
Glasgow	-	-	-	-	-	

5. Intercorrências/observações:

6.3.10.1.1-GRBA

Síntesis vitales: PA: 120/80 mmHg, FC: 80 bpm, FR: 18 respiraciones/min, SaPO₂: 98%, Glasgow: 15.

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

Data: 01/12/19 Horário: 11h00min Responsável pelo encaminhamento: Graça Vaz

Alta da SBPA pelo médico

000 33398



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

Setor de LVI
Faturamento / SAÚDE
Em: 12 JUL. 2019

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

04/07/19
F P 32 1
Urgência NÃO SIM

Paciente

FABIANA ALMEIDA DA SILVA
CRM: 10017922 Nome do Anestesista
BOLETERIA SILVA Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Cirurgia

Tut cint. Prot tornozelo Direito

Horário

O₂
N₂O

Liquidos

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Sufentan 20mcg

Cefazoline 2gr

Glompline - 45mg

Morfine 60mg

Nesido 500ml 15%

Técnica Anestésica

Racan 13-24
medl, san 1,
apiush ts 25
Punho d/
Varicias V

Monitorização

- BiS
- Cardioscópio
- Diametro
- PNI
- Gonda Vesical
- Capnógrafo
- Estet. Pré-Cordial
- Outros
- Temperatura
- Swan-Ganz
- Analisador Gases
- PVC
- Estimulador de Nervo
- Linha Arterial
- Volemia IBP Plus

Encaminhado

- Acordado
- Sonolento
- Intubado
- Destino
- SRPA
- Apart/Env.
- UTI
- Externo

Intercorrência:

NÃO SIM

Descrever:

Observações:

12 JUL. 2019

Tereza C. Silva
Anestesiologista
CRM-8010

Assinatura de Anestesista





MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Fabiana Mendes da Silveira			DATA:	07/01/2013
CIRURGIÃO:	Dr. Henrique			RG:	44792-0
ANESTESISTA:	Dr. Teixeira			AUXILIAR:	
CIRURGIA:	TTS. Fratura de T12/13			ANESTESIA:	Itaque + Sedacor
ESTRUMENTADOR:	Karin			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Bruna Costa
CIRCULANTE:	Silvana			COREN:	295-172
ENFERMEIRA:	Graça			HORÁRIO INICIAL:	10:15
DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA				DESCRÍÇÃO 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			
AVENIAL 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		
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 38		
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					
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIAC		
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/ OSSO	MARCAPASSO	VALVERE		
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL		
SURGIGEL 5X75	ACO 1	AÇO 4	AÇO 6		

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

<https://pie.tipe.itrs.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215063200000059258995>

Número do documento: 20040517215063200000059258995

Núm. 60288015 - Pág. 7

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, evoluí com dor deformidade e ferimento em região.
neurovascular preservado.
hd: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOCOLO D.

Recife, 01 de Julho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
CRM: 24967

Dr. Jorge Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM: PE124297

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:50
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215063200000059258995>
Número do documento: 20040517215063200000059258995

Num. 60288015 - Pág. 8

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



Hospital Metropolitano Sui 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: JABOATAO 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

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?
Nós, Vomente deles
 - Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? ✓

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 ✓

Trot lung de TNZ D.

Enfermeira de O. Maria
COREN-PE 000529903 - ENF





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
BLOCO CIRÚRGICO



Nome: <u>Fabiana Monteiro 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 checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros <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).		
3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severo	<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"/> Local: <u>FO</u> <input type="checkbox"/> Leve <input checked="" type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___ / ___ h <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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		





1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Robson Almeida data: 04/07/19 Hora: 12:00 Registro: 118200
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: OPR Fístula TNE Drenagem

Tipo de anestesia: Recur + Sedac

Equipe: Doutor Henrique Anestesista: Doutor Varela

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: () sim Onde: _____

Sinais vitais: PA: 125 x 82 mmHg FR: 16 p/min FC: 64 p/min SaPO2: 98%

Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	145x90	125x80	121x90	132x94	129x93	
FR	-	-	-	-	-	
FC	72	61	72	62	70	
SaPO2	98	100%	97%	96%	98%	
Glasgow	-	-	-	-	-	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

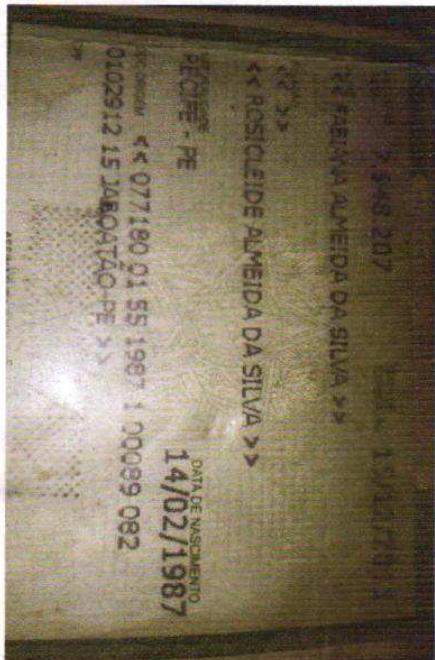
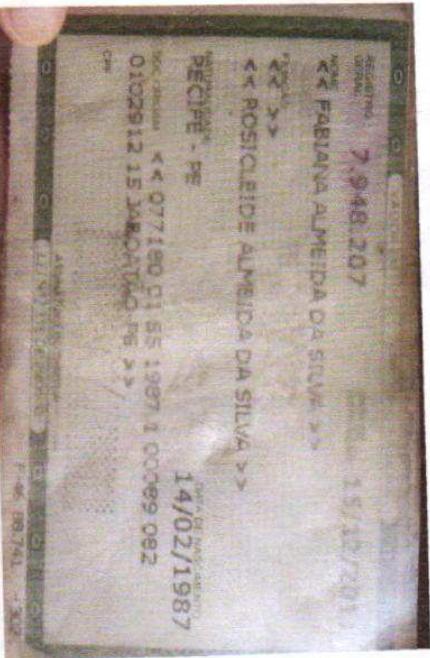
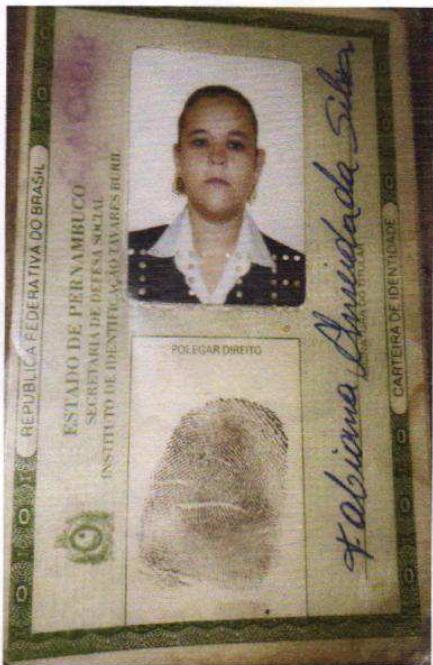
Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: Marcos Sales
Médico Anestesiologista

Alta da SRPA pelo médico: _____ CRM-PE 2019





Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:50
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215081500000059258996>
Número do documento: 20040517215081500000059258996

Num. 60288016 - Pág. 1

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

AcompanhamentoMédico

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

Waleska Maria de Almeida Paiva
Nascimento: 14/02/1987
CPF: 980016294549766
RG: 123456789-0
Médico de Família: Dr. Marcelo J. S. Varella Neto
CRM: 123456
Data de emissão: 30-06-2019

Acolhido(a) por: WALESKA MARIA DE ALMEIDA PAIVA - COREN: 980016294549766 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO
Data Impressão: 30-06-2019 08:58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



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

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215095800000059258998>

Número do documento: 20040517215095800000059258998

Num. 60288018 - Pág. 1

Queixa Principal / História

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

Antecedentes

DM: SIM NÃOHAS: SIM NÃOAlergia: SIM NÃOMedicamentos: SIM NÃO

Exame Físico

EG Bom

Consciente

Orientado e Conversando

Hidratado

Nutrido

Corado

Acianótico

Anictérico

Eupnéico

Afebril

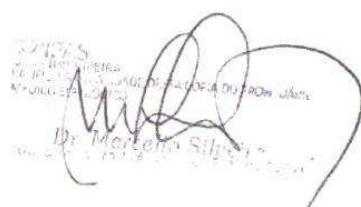
Sem Edemas

ACV.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADAAR.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADAAD.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADASN.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADOSGU.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADAORL: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADAPele: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADAAP. Locomotor: EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições: PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O²

18

Avenida Marechal Mascarenhas de Morais - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328
UPA IMBIRIBEIRAmarcello

Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:51
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215095800000059258998>
Número do documento: 20040517215095800000059258998

Num. 60288018 - Pág. 2

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	Ap1	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORNOZELO DIREITO A.P. / PERFIL ; Exame: 319525	1					[01/07] 00:07

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215095800000059258998>
Número do documento: 20040517215095800000059258998

Num. 60288018 - Pág. 3

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

PRESRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Aplicação	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		1 FA C/100ML				
(FRESENIUS/BAXTER/BBRUM						
> 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



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

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215095800000059258998>

Num. 60288018 - Pág. 4

Número do documento: 20040517215095800000059258998

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 - FABIANA ALMEIDA DA SILVA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internaçao.: 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.

J.C.JCS
JOÃO CAMPIELLO VARELLA
DELEGADO DE SERVIÇO DE A.D.O. FROZEN JACI
MARCELO JCS

Dr. Marcello JCS
DIRETOR DE SERVIÇO DE A.D.O. FROZEN JACI

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215095800000059258998>
Número do documento: 20040517215095800000059258998

Num. 60288018 - Pág. 5

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 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	Ap1	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	Ap1	Frequência	Datas/Horários
4 CURATIVO ADULTO						Agora

TO DOIS S
UPA IMBIRIBEIRA
22/10/2019 08:51
Médico: Dr. JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA
Assinado por: Dr. MARCILLO JOSÉ C. S. FILHO
Médico: Dr. MARCILLO JOSÉ C. S. FILHO

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:51
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215095800000059258998>
Número do documento: 20040517215095800000059258998

Num. 60288018 - Pág. 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.
Enuretico muscular prenunciado.

bd: FRATURA LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNozelo D

Recife - 01 de julho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA

CRM: 24967

Marcos Silveira
Dr. Marcos Silveira
Oftalmologista Clínico

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328



Assinado eletronicamente por: João Campiello Varella Neto - 05/04/2020 17:21:51
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215095800000059258998>
Número do documento: 20040517215095800000059258998

Num. 60288018 - Pág. 7

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)

CONVÉNIO: 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
Médico de Família - Casa Oficial do Povo - Jardim
Assinado digitalmente

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



		Nome: <i>Fabiana Almeida da Silveira</i>	Registro: <i>112920</i>	Leito:
Procedimento Cirúrgico:			Data: <i>09/07/19</i>	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 <input type="checkbox"/> Outros			
	<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 checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico			
4. Dor <input checked="" type="checkbox"/>	<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			
	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___ / ___ h <input checked="" type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___ / ___ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___ h			
	<input type="checkbox"/> Outros			
5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros			
	<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			
6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Local: <i>FO</i> <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo			
	<input 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			



ITAL
ELDER CÂMARA



FORMULÁRIO DE RETORNO

Data do Atendimento: 21/08/11

Nº Prontuário: 117960

Nome do Paciente: Eduardo Alvaro d Silva

- ECG
- Curativo
- Retirada de Ponto
- Retirada de Fio K
- Imobilização

- Psicologia
- Nutrição
- Fonoaudiologia
- Serviço Social
- Alta Ambulatorial

Retorno Data: / /

Dr. Bruno Dalto
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE: 26.693

Obs.: 60 dias



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

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215095800000059258998>

Número do documento: 20040517215095800000059258998

Num. 60288018 - Pág. 10



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Setor: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: DARLETEBN

Paciente: 117920 FABIANA ALMEIDA DA SILVA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Medico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG

Tipo de Agendamento:

Data da Agenda: 21/10/2019

06:30 ate as 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 OBRIGATÓRIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF



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

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20040517215095800000059258998>

Número do documento: 20040517215095800000059258998

Num. 60288018 - Pág. 11

	HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA	GESTÃO IMIP HOSPITALAR
SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS		
NOME: <u>Fabio Alves</u>		IDADE: _____
REGISTRO: _____ SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: ____ / ____ / ____		
<input type="checkbox"/> AMBULATÓRIO <input type="checkbox"/> HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____		
<input type="checkbox"/> EMERGÊNCIA <input type="checkbox"/> URGÊNCIA <input type="checkbox"/> ROTINA <input type="checkbox"/> CONTROLE		
EXAME: <u>Perf. tra 2 D</u>		
MOTIVO: <u>do/oblig.</u>		
REQUISITANTE/CARIMBO: _____		 Dr. Bruno Datto Ortopedia e Traumatologia CRMPE: 26.693
LAUDO:		
DATA: ____ / ____ / ____		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

