

LSO ADVOGADOS

ASSESSORIA E CONSULTORIA
JURÍDICA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

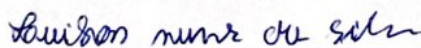
LUILSON NUNES DA SILVA, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº 3.492.418 SDS PE, inscrito no CPF/MF sob o nº: 519.315.754-87, residente e domiciliado na Rua da Esperança, nº 07, Pontezinha, Cabo de Santo Agostinho – PE, CEP: 54589.035.

OUTORGADO:

JORGE VINICIUS SOARES MOREIRA, brasileiro, advogado, inscrito na OAB-PE sob o nº 48830, com escritório profissional, na Rua Francisco de Assis da Silva Teixeira, nº 113, Sala C, Vila Esperança – Cabo de Santo Agostinho – PE, Jorgeviniciusm.adv@gmail.com.

PODERES: "AD JUDICIA" et EXTRA, junto ao Foro em geral, bem como fora dele, quer Juízo, Instância ou Tribunal, para representar o(a) Outorgante, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas as outras, até final decisão usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda poderes para acordar, discordar, transigir, exigir, firmar compromissos ou acordos, efetuar desbloqueio de crédito, receber alvará, dar quitação, desistir, assinando o respectivo termo, nomear bens, efetuar cálculos, impugnar dívidas, para tudo o que lhe concede o(s) Outorgante(s), poderes para praticar todos os atos e usar os poderes permitidos em direito, por mais especiais que sejam, inclusive, revisão de sentença, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com reservas de iguais poderes conferidos na presente Ação, bem como pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, nos termos do art. 105 do NCPC.

Cabo de Santo Agostinho, 30 de Junho de 2020.



LUILSON NUNES DA SILVA



LSO ADVOCADOS

ASSESSORIA E CONSULTORIA
JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **LUILSON NUNES DA SILVA**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº 3.492.418 SDS PE, inscrito no CPF/MF sob o nº: 519.315.754-87, residente e domiciliado na Rua da Esperança, nº 07, Pontezinha, Cabo de Santo Agostinho – PE, CEP: 54589.035, **DECLARO** que sou pobre na forma da Lei, não podendo desta forma, arcar com o pagamento das custas judiciais, emolumentos e multas.

Cabo de Santo Agostinho, 30 de Junho de 2020.



LUILSON NUNES DA SILVA



Contrato De Prestação De Serviços E Honorários Advocatórios

Pelo presente instrumento particular de contrato, **JORGE VINICIUS SOARES MOREIRA**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB-PE sob o nº 48830, com escritório profissional, na Rua Francisco de Assis da Silva Teixeira, nº 113, Sala C, Vila Esperança – Cabo de Santo Agostinho – PE, Jorgeviniciusm.adv@gmail.com, doravante denominado "**Contratado**", convencionou e contrata com **LUIZSON NUNES DA SILVA**, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade nº 3.492.418 SDS PE, inscrito no CPF/MF sob o nº: 519.315.754-87, residente e domiciliado na Rua da Esperança, nº 07, Pontezinha, Cabo de Santo Agostinho – PE, CEP: 54589.035, doravante denominado "**Contratante**" o seguinte:

Cláusula 1ª. O Contratado compromete-se com o presente termo a prestar Assessoria Jurídica ao Contratante no tocante ao ajuizamento e acompanhamento da ação DPVAT

Cláusula 2ª. Em remuneração aos serviços profissionais ora pactuados (honorários), o Contratante pagará ao Contratado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor do bruto do benefício financeiro advindo da presente ação.

§ 1º. Os pagamentos deverão ser efetivados diretamente ao Contratado.

§ 2º. Fica estabelecido que o valor fixado ou arbitrado judicialmente, a título de honorários de sucumbência porventura existentes, pertencerão, por direito, ao Contratado, de acordo com o estabelecido na lei nº 8.906, de 4 de julho de 1994, em seus arts. 22 e 23.

§ 3º. Quando os honorários forem contratados para pagamentos futuros, são estabelecidas as seguintes condições:

- a. Quando pactuados honorários mínimos ou parcelados, para pagamento futuro e ainda indeterminado, ou dependente de condição, este valor será atualizado monetariamente, a partir da data da assinatura do contrato, até o efetivo pagamento ou início de pagamento, pelo índice INPC.
- b. Sempre que houver falta de pagamento dos honorários dentro dos prazos pactuados, sejam integrais ou parcelados, fica acordada a aplicação de multa contratual de 20% (vinte por cento), juros de mora de 1% ao mês e atualização monetária pelo índice INPC.

Cláusula 3ª. Nos honorários avençados não estão incluídas as despesas processuais de



LSO ADVOGADOS

ASSESSORIA E CONSULTORIA
JURÍDICA

viagens, fotocópias, despesas para elaboração de conta de liquidação e outras, que deverão ser pagas a parte pelo Contratante, caso necessárias ao bom andamento do processo, das quais, todavia, serão prestadas contas pelo Contratado ao Contratante sempre que esta desejar.

Cláusula 4ª. O valor total dos honorários poderá ser considerado (a critério do Contratado) automaticamente vencido e imediatamente exigível, sendo passível de execução, sem prévia notificação ou interpelação judicial, e resguardado o direito aos honorários de sucumbência, acrescido de multa contratual de 20 % (vinte por cento), juros de mora de 1% ao mês a atualização monetária pelo índice INPC nos seguintes casos:

1. – se houver composição amigável realizada por qualquer uma das partes litigantes sem anuência do Contratado;
2. – quando não forem pagos os honorários nas datas estabelecidas, sejam integrais, sejam parcelados;
3. – no caso do não prosseguimento da ação por qualquer circunstância;
4. – se for cassado o mandato sem culpa do Contratado.

Cláusula 5ª. Fica o Contratado autorizado desde já a fazer a retenção de seus honorários quando do recebimento de valores devidos ao Contratante, advindos de êxito da demanda, ainda que parcial.

Cláusula 6ª. São **OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:** fornecer a documentação necessária à propositura e andamento da ação; pagar todas as despesas derivadas da causa, tais como custas processuais judiciais, periciais e honorários advocatícios da parte contrária, em caso de eventual sucumbência; custas de projeto e laudo técnico de topografia; despesas com viagens, xerox, certidões, averbações e outras, como honorários advocatícios contratuais.

Cláusula 7ª. São **OBRIGAÇÕES DO CONTRATADO:** promover a defesa dos interesses do Contratante na ação já mencionada, até o término do cumprimento da sentença, com diligência e dedicação.

Cláusula 8ª. Fica ciente a parte Contratante que, em razão da ausência injustificada ao comparecimento de qualquer audiência realizada, será aplicada a penalidade de **R\$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais)**, que será cobrando quando do vencimento do presente contrato;

Cláusula 9ª. Pelo pactuado neste contrato obrigam-se os Contratantes e seus sucessores(as).

Cláusula 10ª. O Contratante fica obrigado a, sempre que houver mudança de endereço, telefone ou e-mail, comunicar imediatamente ao Contratado.

Cláusula 11. A inobservância por parte da Contratante, de qualquer cláusula deste instrumento acarretará a rescisão deste contrato, independente de notificações e avisos, ficando sujeito aos honorários pactuados, bem como multa contratual de 20% sobre os mesmos, mais juros de 1% ao mês e correção monetária pelo índice INPC.

Cláusula 12. O presente contrato não tem caráter personalíssimo, podendo o Contratado ser representado por outro(s) advogado(s) em qualquer ato processual.



LSO ADVOCADOS

ASSESSORIA E CONSULTORIA
JURÍDICA

Cláusula 13. Para dirimir qualquer questão oriunda do presente contrato, as partes elegem o foro do Cabo de Santo Agostinho/PE, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, para firmeza e como prova de assim haverem contratado, fizeram este instrumento particular, impresso em 2 (duas) vias de igual teor e forma, assinado pelas partes contratantes e pelas testemunhas abaixo, a tudo presentes.

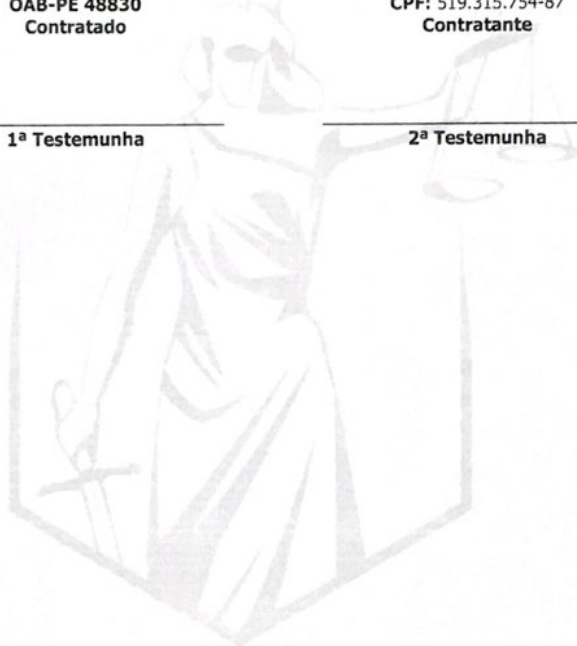
Cabo de Santo Agostinho, 30 de Junho de 2020.

JORGE VINICIUS SOARES MOREIRA
OAB-PE 48830
Contratado

Luilson Nunes da Silva
LUILSON NUNES DA SILVA
CPF: 519.315.754-87
Contratante

1ª Testemunha

2ª Testemunha



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

8 M O 1



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

Leilson muniz da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MOEDA DO BRASIL



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.492.418 DATA DE EXPEDIÇÃO 15.01.2003

NOME LUIZILSON NUNES DA SILVA

FILIAÇÃO Carlos Nunes da Silva
Maria Gomes da Silva

NATURALIDADE Cabo-PE. DATA DE NASCIMENTO 08.08.1969

DOC ORIGEM C.C.25.493 L.43-B F.294V Cart. 2ª

Dist. Jaboatão-PE.

CPF 519.315.754-87

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MOEDA DO BRASIL





Para pagamento, utilize preferencialmente a rede de arrecadação Celpe
Serviços, caixas eletrônicos, internet banking ou cadastre sua conta em débito
automático através do e-mail: debitoautomatico.celpe@neoenergia.com
Mais facilidade pra você.
Para outras informações www.celpe.com.br



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 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

LUILSON NUNES DA SILVA

CPF 519 315 754-87

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DA ESPERANÇA 7 A

PONTEZINHA/PONTEZINHA
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
54589-035

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
113664860	UNICA	23/06/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/06/2020	2002428375	549850

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4006049163	06/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
01/07/2020	24/07/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	104,29

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	121,0000000	0,42901509	51,91
Consumo Ativo(kWh)-TE	121,0000000	0,38081955	43,85
Contrib. Ilum. Pública Municipal			4,75
ICMS Subvenção-CDE-NF 105695296-23/04/20			0,96
Multa por atraso-NF 109669980 - 25/05/20			2,10
Juros por atraso-NF 109669980 - 25/05/20			0,72
Atualização IGPM-NF 109669980 - 25/05/20			0,20

TOTAL DA FATURA

104,29

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
61865764	CAT	25/05/2020	19 424,00	23/06/2020	19 545,00	29	1,00000		121,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Geração de Energia	R\$	31,46%
JUN 20 121		95,56	25,00	23,89	Transmissão	R\$	3,50 3,68%
MAI 20 134					Distribuição (Celpe)	R\$	21,23 22,22%
					Perdas de Energia	R\$	6,50 7,00%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO
BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

LUILSON NUNES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

08/08/1969

Nº INSCRIÇÃO

0322 7994 0892

D.V.

ZONA

121

SEÇÃO

0109

MUNICÍPIO / UF

CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE

DATA DE EMISSÃO

10/11/2017

JUIZ ELEITORAL

Luiz Carlos de Barros Figueiredo

VÁLIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA - JUSTIÇA ELEITORAL





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0130007749**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2018** às **12:22**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CANDEIAS (BAIRRO), 1, ESTRADA DE CURCURANA -**
Bairro: **CANDEIAS - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

OSIAS DE TAL (AUTOR \ AGENTE)
LUILSON NUNES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): OSIAS DE TAL
ESPORTE / LAZER / AFINS: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
LUILSON NUNES DA SILVA

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

OSIAS DE TAL (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: YYYYYYYYYY Pai: YYYYYYYYYY Data de Nascimento: 1/1/1888 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE CANDEIAS (BAIRRO), 1, AV; PRESIDENTE KENNEDY, 5427 - CEP: 55000-000 - Bairro: CANDEIAS - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

LUILSON NUNES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA GOMES DA SILVA Pai: CARLOS NUNES DA SILVA Data de Nascimento: 8/8/1979 Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: PORTEIRO
Telefones Celulares:
- **34793403**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTEZINHA, 1, RUA DA ESPERANÇA, 07 - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTEZINHA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO 1 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSIAS DE TAL**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/SANDERO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDT2725 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

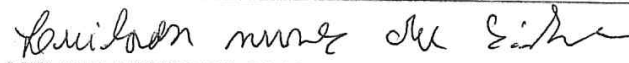


VEICULO 2 (ESPORTE / LAZER / AFINS) de propriedade do(a) Sr(a): **LUILSON NUNES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUILSON NUNES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **BICICLETA/CALOI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VINHO** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE TRAFEGAVA PELA ESTRADA DE CURCURANA EM SUA BICICLETA, SENTIDO AO BAIRRO DE PONTEZINHA, QUANDO ATROPELADO PELO O VEICULO 1, FRATURANDO SEU BRAÇO ESQUERDO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS. CASO AFETO A DEL., DE PIEDADE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


LUILSON NUNES DA SILVA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **GILBERTO CARVALHO - MAT 159803-1**





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001734 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). LUILSON NUNES DA SILVA, 49 anos, BRASILEIRO (a), CASADO(a), RG nº 3492418 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 519.315.754-87, residente à RUA DA ESPERANCA, nº 07, , PONTEZINHA, CABO DE SANTO AGOSTINHO -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/11/2018, por volta das 18:29 hs, no endereço: ESTRADA DE CURCURANA, S/N, PONTEZINHA CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL RENAULT SANDERO, PRATA, PDT2725-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) LUILSON NUNES DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 519.315.754-87 e Registro Geral nº 3492418, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710268-2 INOJOSA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 111251. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

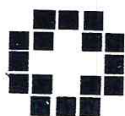
Posição em 28/12/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001734

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 06

Nome: Hulson Nunes da data: 26/11/18 Hora: 18:50 Registro: 111251
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Tratue Fratura Oclorano (E)
Tipo de anestesia: Bloqueio Plexo + Sedação leve
Equipe: Dr. Bruno Hrc Anestesista: Dr. Marcus

3. Admissão

Estado geral: () Bom (X) Regular () Torporoso () Grave°
Respiração: (X) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: msd
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (X) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 166 x 123 mmHg FR: _____ p/min FC: 53 p/min SaPO2: 93%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>141 x 92</u>	<u>129 x 86</u>	<u>120 x 70</u>	<u>124 x 82</u>	<u>127 x 80</u>	
FR	—	—	—	—	—	
FC	<u>55</u>	<u>62</u>	<u>62</u>	<u>57</u>	<u>56</u>	
SaPO2	<u>95%</u>	<u>97%</u>	<u>96%</u>	<u>95%</u>	<u>97%</u>	
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: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

DRA. REBECA FELISSA
Médica Anestesiologista
CPF: 057.324.114-40
CRM: 18488



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 12/12/18

Nº PRONTUÁRIO: 111251

NOME DO PACIENTE: Luilson Nunes da Silva

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Pos op
Evluw de decrovo (t) grave

CID:
S52

OBS.:

Nº DIAS: _____ () AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dra. Mariana S. de Almeida
Assinatura do Médico
Crimbo
CREMEPE: 26410287





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DGOPJ GPRM
22ª Circunscrição Policial - PIEDADE

OFÍCIO nº 182 / 2018
BOE nº 18E0130007749

Piedade, 03 de DESEMBRO de 2018.

Senhor Gestor,

Através deste, encaminho a esse Instituto, para que seja submetida a
EXAME TRAUMATOLÓGICO, a pessoa abaixo qualificada:

Nome: LUTLSON NUNES DA SILVA

RG: 3.492.4118

Data Nascimento: 08.08.1969

Naturalidade: CABO. PE

Filiação: CARLOS NUNES DA SILVA

MARIA GOMES DA SILVA

Endereço: R. DA ESPERANÇA, 07

Solicito que tão logo seja o laudo pericial concluso, faça-se remessa
para esta **Delegacia 22ª Circunscrição Policial - PIEDADE**.

Atenciosamente,

Osias Tibúrcio Fernandes de Melo
DELEGADO DE POLÍCIA

Osias Tibúrcio Fernandes de Melo
Delegado da Polícia
Mat. 272.516-9

Ilmo. Sr.

MD. GESTOR DO IMLAPC - SDS - PE

RECIFE - PE



Sistema Polícia Ágil

[SAIR DO SISTEMA](#)

CIVIL CRIMINAL CAPTURAS CARCERÁRIO PLACAS CELULAR INFOPOL

[NOVA PESQUISA](#) > FICHA DO DETRAN [GERAR RELATÓRIO EM PDF](#)

FICHA DO VEÍCULO

Situação: NORMAL

Placa: PDT2725

Nome proprietário: WILMA LINO DA SILVA

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: AUTOMOVEL

Espécie: PAS

Combustível: ALCO/GASOL Marca / Modelo: RENAULT/SANDERO ST16 SCE

Marca: RENAULT

Cor: PRATA

Ano Fabricação:

Município: JAB GUARARAPES

Logradouro: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY

Número: 5427

Bairro: CANDEIAS

Cep: 54440480

Complemento: APT 303

Chassi: 93Y5SRFHGJJ364629

Restrição:

AL. FID. BANCO RCI BRASIL

Renavam: 1153303962

Licenciamento: R\$ 0,00

IPVA: R\$ 0,00

Seguro: R\$ 0,00

Bombeiro: R\$ 0,00

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 0,00

Situação Bin: NORMAL

29/11/2018 11:37



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LUILSON NUNES DA SILVA

REGISTRO: 111251 **IDADE: [Status]** **DATA ADMISSÃO: 24/11/2018** **DATA ALTA: 27/11/2018**

1) Diagnósticos Definidos:
FRATURA DE OLECRANO E

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:
TTO COM PLACA + PARAFUSO+ FIO K

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA ELEVADA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DOS DEDOS DA MÃO
- 3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS
- 6) NÃO PEGAR EM PESO

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) **Data da Consulta: 12/12/2018**
Não ()

07 AS 9:00
Por ordem do chefe

Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.



Fisioterapia

Data do atendimento: 27/11/2018

Paciente:

LUILSON NUNES DA SILVA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

INDICAÇÃO CLÍNICA:

FRATURA DE OLECRANO E

Nº : VINTE (20) SESSÕES

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 26693

Cabo de Santo Agostinho, 27 de novembro de 2018



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 469408
Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Data e Hora do Atendimento: 24/11/2018 20:16
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LUILSON NUNES DA SILVA

Prontuário: 111251

Nome da Mãe: MARIA GOMES DA SILVA

Nome do Pai: CARLOS NUNES DA SILVA

Data do Nascimento: 08/08/1969

Idade: 49 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 3492419

SDS PE Data Emissão:

CPF: 51931575487

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Escolaridade:

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: VIGILANTE

Endereço: RUA DA ESPERANCA

7

PONTEZINHA

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54589035

Fone:

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 19

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, 24/11/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em: 22/11/18

Hora: 12:00

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
Sala de Emergência
Faturamento
20/11/2018

HDM-Hospital Dom Helder Câmara
Manoel F. Godoy
Arquivista
SAME/Faturamento

Vigilância Epidemiológica
NEPI / HDH
27/11/18
Bruna




HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Indicador: 469394

Senha da Classificação:

0047

Data e Hora: 24/11/2018 19:53

Paciente: 111251 LUISSON NUNES DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 08/08/1968 Idade: 49 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA GOMES DA SILVA

Nome do Pai: CARLOS NUNES DA SILVA

CRM: 17726

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Bairro: PONTEZINHA

Endereço: RUA DA ESPERANCA

Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE

Usuário Atendimento: JACIANEBO

RG (Identidade): 3482418

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 51931575487

Fone:

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores no tornozelo direito
e no joelho direito.

Exame Físico

1. GOR/AAA/10/15mm (Alcoolizado)
2. ABD + NEGRO 20% a palpação profunda
3. Dor na região do cotovelo

Hipótese Diagnóstica

Fadiga no Olocor. (E)

Conduta Terapêutica

2.1

Prescrição Médica

1. Tramal 40mg @ 40ml 8/8h ATENDIDO

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/11/2018 19:39

Nome Paciente:	LUISON NUNES DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	08/08/1969
Sexo:	Masculino
Idade:	49
Senha:	0047
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 24/11/2018 19:41 - 24/11/2018 19:44

GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA - VERMELHO**

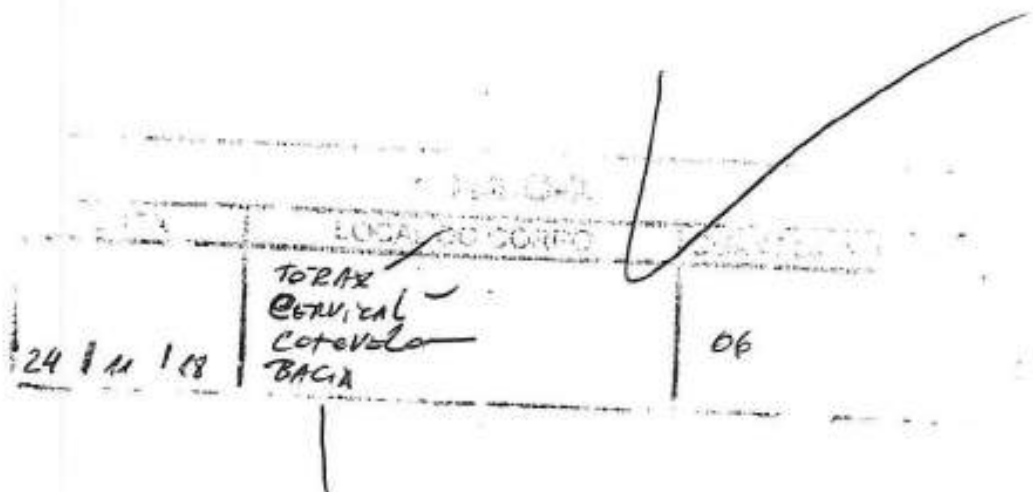
Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACT. CHEGA AO SERVIÇO ENCAMINHADO PELO BOMBEIRO HD FRATURA EM UMEROS + TNZ E, ATROPELAMENTO O MESMO ESTAVA DE BICICLETA, FOI ATROPELADO PELO CARRO, NEGA VÔMITOS E DESMAIOS, P O MESMO ENGEIU BEBIDA ALCOOLICA, NEGA COMIÇOS E DESMAIOS, NEGA ALERGIA, REFERE HAS, NEDGA DM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL



Acolhido(a) por: GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/11/2018 19:44

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Paulo Ruy de Sá Registro: 11 1251 Clínica: TEC
 Enfermaria: 404-3 Leito: 404-3 Diagnóstico: cat MSE

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Sem queixas

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais: Não ☒ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☒ HAS
☐ Epilepsia ☐ Depressão ☐ Câncer ☐ Doenças pulmonar ☐ Cirurgias Anteriores Quais: Não

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

☒ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Cianótico ☐ Cladótico ☒ Anictérico ☐ Ictérico ☐ Pele fria ☐ Pele úmida ☐ Reações Alérgicas
☐ EDEMAS ☐ Face ☐ Pálpebra ☐ MMSS ☐ MMII ☐ Anasarca
☐ LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: Não

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Torporoso ☐ Sedado
 PUPILAS: ☒ Normais ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Estrabismo ☐ Midríase ☐ Miose ☐ Fotoirreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo ☐ Chorooso ☐ Irritado ☐ Sonolento ☐ Ansioso ☐ Agitado

8. SINAIS VITAIS

Afebril ☒ Febril T. AXILAR: 36,5 °C FR: 12 IPM Sat O2: 98 ☐ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Traqueostomia ☐ Intubado
 MURMÚRIOS VESICULARES: ☒ Presentes ☐ Ausentes ☐ Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepítantes FC: 70 bpm
 PA: 110 X 70 mmHg PULSO: ☐ Filiforme ☐ Cheio ☐ Rítmico ☐ Ausente ACESSO VENOSO: ☐ Periférico Local: Não
☐ Central Local: Não

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ☒ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ GTT ABDOME: ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Doloroso ☐ Plano
☐ Ascítico ☐ Gravidico EVACUAÇÃO: ☒ Normal ☐ Constipação ☐ Flatos ☐ Diarreia Nº evacuações: 1 Aspecto: ☐ Normal ☐ Mucoso
☐ Líquida ☐ Melena ☐ Odor fétido ☐ Odor Característico ☐ ÊMESE Aspecto: ☐ Hematemase ☐ Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ☒ Presente Aspecto: Normal ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐ Cistostomia ☐ Irrigação ☐ Anúria
☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ☐ Ativa ☐ Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ☐ Sim ☐ Não FORÇA MOTORA: ☐ Sim ☐ Não ☐ PARESIA Local: Não
☐ AMPUTACÃO Local: Não ☐ GESSO Local: Não ☐ TALA GESSADA Local: Não
 Outros: Não

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
 FC- Frequência Cardíaca
 SNG- Sonda Nasogástrica

MMSS- Membros Superiores
 VO- Via Oral
 SNE- Sonda Nasoenteral

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

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



Aviso de Cirurgia : 38872 Sala : 0004 SALA 04
Paciente : 111251 LUILSON NUNES DA SILVA Atendimento : 469408
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 701 401 - 03 - LT TRAUMA Idade : 49 Anos
Dt. Início : 26/11/2018 16:45 Dt. Fim : 26/11/2018 18:45
Id Pré-Operatório : S520 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]
Id Pós-Operatório : S520 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Procedimento: 0408020547 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

CIRURGIÃO 15820 BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
ANESTESISTA 7817 MARCIA LEVY TEMPORAL DE MELO

Descrição Cirúrgica :

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL EM MESA CIRÚRGICA + COLOCAÇÃO DE GARROTE PROXIMAL
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO TERÇO PROXIMAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO
5. ABERTURA POR PLANOS + VISUALIZAÇÃO DE FRATURA COMINUTIVA DE OLECRANO, COM COMPROMETIMENTO ARTICULAR SIGNIFICATIVO, COM GRANDE POSSIBILIDADE DE SEQUELA
6. LIMPEZA COM SF 0,9% + REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS-K
7. FIXAÇÃO DE FRATURA SAGITAL DO OLECRANO COM PARAFUSO INTERFRAGMENTAR + COLOCAÇÃO DE PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE 10 FUROS, SENDO FIXADA COM 07 PARAFUSOS + COLOCAÇÃO DE FIO-K 2.0 PARA MELHORA DA ESTABILIDADE
8. CONTROLE RADIOSCÓPICO
9. LAVAGEM COM SF
10. SUTURA POR PLANOS
11. CURATIVO
12. RETIRADA DO GARROTE
13. RX CONTROLE

OBS.: TENTADA FIXAÇÃO COM PLACA DCP, PORÉM NÃO HAVIA INSTRUMENTAL ADEQUADO PARA MODELAR A PLACA, E POR ISSO FOI FEITA A FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO. A PLACA DCP FICOU DANIFICADA, SEM POSSIBILIDADE DE REUTILIZAÇÃO.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Bruno Henrique P. de Lira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 15.820/TEOT 13.110

DR(A) : BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
CRM : 15820

Assinado eletronicamente por: JORGE VINICIUS SOARES MOREIRA - 07/08/2020 13:02:17
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080713021763900000064740673
Número do documento: 20080713021763900000064740673

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARAGESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE

ESTESIA

Data

Acomodação

26/11/18
Sala 404/13

Paciente

LUIKSONI NUNES DA SILVA

RM

Nome do Anestesiologista

MARCIA TEMPOMI

Nome do

RBO 10.474

Medicação Pré-anestésica

Midazolam 2mg + Fentanil 50 mcg

Urgência

☒ NÃO☐ SIM

Cirurgia

T3 cindado de FEMUR DO OMBRO DIREITO

Horário

16:00 17:00 18:00

N₂O

Líquidos

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

200 ml 200 ml 200 ml

Drogas Usadas

Quantidade

Vito. 500mg

cefazolin 2.0g

Midazolam 2.0mg

Fentanil 50mcg

Ropivacaína 200mg

Lidocaína 2.0g

Dipirona 2.0g

Monitorização

☐ BIS☒ Cardioscópio☐ Temperatura☒ Oxímetro☐ Swan-Ganz☒ PNI☐ Analisador Gases☐ Sonda Vesical☐ PVC☒ Capnógrafo☐ Estimulador de Nervo☐ Estet. Pré-Cordial☐ Linha Arterial☐ Outros☐ Volemia BP Plus

Encomendado

☒ Acordado☐ Sonolento☐ Intubado☐ Destino☒ SRPA☐ Apert/Ent.☐ UTI☐ Edêmo

Intercomência:

☒ NÃO☐ SIM

Descrever:

Técnicas Anestésicas

Reservio de Bazo

Branial por via

SUPRACLAVICULAR

+ Axilar

Sedação leve

O2 80% oxigeno

NASAL

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Leisona Maria da Silva Data: 26-11-18 Hora: 16:00 Registro: 11/251
Convênio: SUS Leito: 401-3 Paco: - Altura: -

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: D^o Bruno Nave Anestesiologista: D^o Marcelo
Auxiliar: - 2^o Auxiliar: - Instrumentador: -

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: 4^o Pericardioctomia - Abertura do Início: 16:40 Término: 18:45
Anestesia: Alveolar de máscara e sedação Início: 16:00 Término: -

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

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 ()
Colação Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artrosópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa ()
Carro de Anestesia () Difusor () Intensificador ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Origem () Início () Término ()
Protótipo () Início () Término ()
Gás Carbônico () Início () Término ()
Outros: -

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não () Função 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 () MSG

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Alveolar no período CIRURGIA: Alveolar no período
do presente de presente

6 - OBSERVAÇÕES: Início de sangramento às 16:30
relatado ao sanatório às 18:45

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 26-11-18 Hora: 18:45 Enfermeira: Danieli Circulante: Danieli

512922

COD. 38607



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Luizsoni Nunes de Sa Registro: _____ N° Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

RT com do sim
com dor em colúmbia (E)

História da Doença Atual:

RT com do sim
aparecendo dor no colúmbia (E)

Interrogatório Sintomatológica:

Dor ⊕ limitam ⊕ Edema





 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM PERIÓDICA BLOCO CIRÚRGICO -		GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Wilson Neresida Silva</u>		Registro: <u>44253</u>		Leito:	
Procedimento cirúrgico: <u>No Limbo End. Ovariana</u>		Data: <u>26/03/18</u>		Hora:	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade (✓)		☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros			
2. Ventilação prejudicada ()		☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☐ Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso ☐ Outros			
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ outros			
4. Dor (✓) Local: _____ () Leve () Moderada () Severa		☐ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ outros			
5. Integridade tissular prejudicada (✓)		☐ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>24</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros			
6. Sangramento (✓) Local: _____ () Leve () Moderada () Severo		☐ Aferir pressão arterial de ____/____min ☐ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros			
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____			

CÓD. 38605



PACIENTE:	húison nune de silva			DATA:	26-11-19	
CIRURGIÃO:	D ^r Bruno lisa			RG:	-111251	
ANESTESISTA:	Bolognesi D ^r marcelo			AUXILIAR:	-	
CIRURGIA:	Hx. Pericardio: fratura de Obtenes			ANESTESIA:	Bloqueio de pleura + sedação	
ESTRUMENTADOR:	Nelson			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Rafaela	
CIRCULANTE:	Dunha			COREN:		
ENFERMEIRA:	Damielle			HORARIO INICIAL:	16:40	
				HORARIO FINAL:	18:45	

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 18	SUBCLAVIA 18
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	PISANGUE	PISORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 5	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	80ML CATETER	
AVENTAL CIRUR			
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPIA P/ VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 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	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 28
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			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 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 POSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

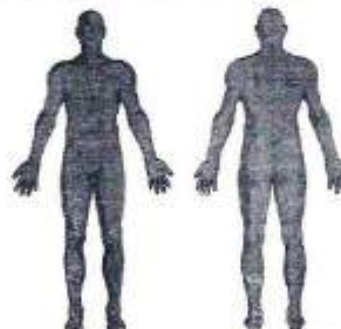
CÓD. 39407



CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	<u>Arailson Xavier da Silva</u>
Data de Nascimento:	<u>11/12/57</u>
Registro:	<u>111257</u>
Sector:	<u>T.B.O</u>
Leito:	<u>401-3</u>

SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		



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

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	RX (☒)	TAC c/ Contraste ()	USG () ECO ()
		TAC s/ Contraste ()	RNM () CATE ()
LABORATORIAL:		SIM () NÃO ()	
Observação: _____			
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM (☒)	NÃO ()	Risco Cirúrgico: <u>R. Moderado</u>
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM ()	NÃO (☒)	GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	<u>Aguardar</u>	SIM ()	NÃO () Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM (☒)	NÃO ()	À partir do dia: <u>11/12</u> às <u>20h</u> Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (☒)	NÃO ()	Observação: _____
TRICOTOMIA:	SIM ()	NÃO (☒)	Observação: _____
RETIRADO ADORNOS:	SIM (☒)	NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM () Quais/Datas: _____		
	NÃO (☒)		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM () Quais/Datas: _____		
	NÃO (☒)		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (☒)	Observação: _____	LATERALIDADE: SIM ()
	NÃO ()		DEMARCADA: NÃO ()

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

COD. 38404





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-80

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 111251

Nome: LUILSON NUNES DA SILVA

Mãe: MARIA GOMES DA SILVA

End.: RUA DA ESPERANÇA

Enferm.: 401 - 03 - LT TRAUMA

Atendimento: 459406

Leito: 701

Dt. Cad: 24/11/2018

Dt. Nasc: 08/08/1969

Bairro: PONTEZINHA

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

CNS: 704202776806265

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

☐ 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

Trial cring post decoro (e)

Ruana Cereja
Enfermeira
COREN-PE 513837



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Lucas - Nome do Sr Registro: 111251

Clínica: cardiol Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
27/11/11	# Otapobor #
15:00	AD - Faltou em consulta. (C)
	RET pós cirurgia com alta
	hospitalar com acompanhamento
	ambulatorial.
	CCM / S.M. / L.H. / O. J. P.

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia Traumatologia
CRM 25695

