

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO



Outorgante: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, autônomo, RG nº 6.728.846 SDS/PE, CPF Nº 065.020.074-81, Residente na Rua Nove, nº 52, Cabo de Santo Agostinho, Cabo de Santo Agostinho/PE, CEP 54505-150.

Outorgado: GILDERSON CORREIA DA SILVA, brasileiro, casado, Advogado, OAB/PE 54.115, com endereço profissional na Rua Marçal Emiliano Sobrinho, nº 87, Centro, Timbaúba/PE – CEP 55870-000–, E-mail: gildersoncorreia.adv@hotmail.com.

Poderes: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium Et Extra", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive, propor quaisquer ações, inclusive Ação de homologação de acordo extrajudicial, defender-me (nos) nas que (me) (nos) forem propostas, cíveis, penais, tributárias, previdenciárias, trabalhistas, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, requerer assistência judiciária gratuita, reter honorários advocatícios no importe de 30%, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor (es) ou reclamante (s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s) bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Timbaúba/PE, dia 18 de outubro de 2021.


JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

ESCRITÓRIO CORREIA ADVOGADOS

Rua Marçal Emiliano Sobrinho, N 87,
Centro, Timbaúba/PE – Fone: 81 99540- 1444.
gildersoncorreia.adv@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA



JOSEMAR FERREIRA DA SILVA, brasileiro, solteiro, autônomo, RG nº 6.728.846 SSP/PE, CPF Nº 065.020.074-81, Residente na Rua Nove, nº 52, Alto Bela Vista, Cabo de Santo Agostinho/PE, CEP 5405-150. Declaro sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos processuais e honorários advocatícios sem afetar o meu sustento e o da minha família, nos termos do art. 98, caput, do CPC/2015.

Por isso requero a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

TIMBAÚBA/PE, 18 de outubro de 2021.

JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

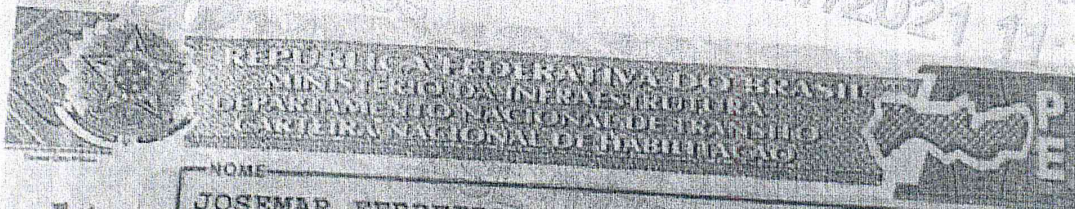
ESCRITÓRIO CORREIA ADVOGADOS

Rua Marçal Emiliano Sobrinho, N 87,
Centro, Timbaúba/PE – Fone: 81 99540-1444
gildersoncorreia.adv@hotmail.com



ASL-0273167/20
Marta Santos
15/07/2021 11:33:19

ASL-0273167/20
Marta Santos
15/07/2021 11:33:19



NOME
JOSEMAR FERREIRA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6728846 SDS PE

CPF
065.020.074-81

DATA NASCIMENTO
12/08/1986

FILIAÇÃO
GENIVALDO FERREIRA DA SILVA
CARMELITA PETRONILA DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
05874220401

VALIDADE
05/08/2024

1ª HABILITAÇÃO
09/09/2013

OBSERVAÇÕES
EAR
CMTX

Josemar Ferreira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
14/08/2019

Roberto Fundella
Roberto Carlos Moreira Fundella
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

BR758809174
PE093963154

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1827732143

PROIBIDO PLASTIFICAR
1827732143





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0130003715**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/08/2020** às **15:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/6/2020** às **17:30**

Fato ocorrido no endereço: **CHARNECA, 00, BR 101 SUL** - Bairro: **CHARNECA - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54510-360** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO RETORNO E A RUA 34**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSEMAR FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

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

JOSEMAR FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CARMELITA PETRONILA DA SILVA** Pai: **GENIVALDO FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/8/1986** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6728846/SDS/PE (RG), 06502007481 (CPF), 05874220401 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares: **- 88176072**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 52, RUA NOVE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA FAN CG150 ESDI (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PFM6502** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



JC

(V)

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/pc/.infopol-5.0.9/xml/BOEPreview.htm

B.O.

(U)

Complemento / Observação

ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA O SR JOSEMAR FERREIRA DA SILVA PARA REGISTRAR O ACIDENTE DE TRÂNSITO EM QUE FOI VÍTIMA, NO DIA 27/06/2020. ELE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTO HONDA CG150 FAN, QUANDO UM OUTRO CONDUTOR DE UMA MOTOCICLETA BATEU EM SUA TRASEIRA, ELE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (S-834263) E FOI POSTERIORMENTE REMOVIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA (ATENDIMENTO 565148), ONDE NO DIA 29/06/2020 REALIZOU UM PROCEDIMENTO DE OSTEOSSINTESE E TEVE ALTA NO DIA 30/06/2020. EM SEU LAUDO MÉDICO DATADO DO DIA 17/08/2020 CONSTA FRATURA DE UMEROS PROXIMAL ESQUERDO. (CID S 422)

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

Josemar Ferreira da Silva.

JOSEMAR FERREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

Roberto Domingues Garcia
B.O. registrado por: **ROBERTO DOMINGUES GARCIA** - Matrícula: **399699-9**
(Liberado em **25/08/2020** às **16:29**)





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



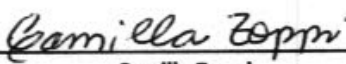
DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S-834263** que a Unidade de Suporte Básica do Samu Cabo de Santo Agostinho foi solicitada no dia 27/06/2020, para prestar atendimento ao **SR JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob o nº **065.020.074-81**, na BR 101 Sul s/n Charneca, próximo ao retorno e a Rua 34, no Cabo de Santo Agostinho.

O mesmo foi vítima de colisão moto com moto, sendo atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 10 de julho de 2020.

Atenciosamente,


Camilla Zoppi
Coordenação de Enfermagem
Samu 192

Camilla Zoppi
COREN-PE-120353-ENF

SAMU 192
Cabo de Santo Agostinho





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346408

Vítima: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IZAQUE JOSE GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSEMAR FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000559**

Conta: **000000108018-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



EM ANEXO



EM ANEXO



IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA

Sexo: M

Idade: 33

ASA: II

Cirurgia: tratamento cirúrgico de fratura de úmero E

ANTECEDENTES PESSOAIS:

Cirurgias/Anestesias Anteriores:

Alergias:

Hemotransusão:

Tabagismo Etilismo Uso de Tóxicos

ANTECEDENTES FAMILIARES:

INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

SISTEMA CARDIOVASCULAR: HAS

SISTEMA RESPIRATÓRIO: ndn

SISTEMA DIGESTIVO: _____

SISTEMA UROGENITAL: ndn

SISTEMA ENDÓCRINO: DM(1)

SISTEMA LOCOMOTOR: Dor em região de m.

SISTEMA NEUROLÓGICO: _____

OUTROS: _____

MEDICAMENTO EM USO: Insulina

patra
mior
(. a
av
ma)

EXAME FÍSICO:

Estado Geral: Rigoroso Peso: 69kg Altura: 1,62 IMC: _____

ACV: _____ AR: _____ SNC: ECG15 ABD: _____

OUTROS: _____

VIA AÉREA:

MALLAMPATI: 2 Distância tiroto: < 6,0cm > 6,0cm Abertura Boca: _____ Mobilidade / Largura do pescoço: longo

Protusão Mandibular: _____ Outros: Barba

EXAMES COMPLEMENTARES Hb13 Ht 38 Plq 241000 INR 1,01

ORIENTAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA:

Tempo de Jejum: > 8,0h Anestesia Proposta: Anestesia combinada Dra. Ana Carla Justo Anestesiologista CRM - PE 24.962

RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Escala de Aldrete e Kroulik	Admissão					Alta	MONITORIZAÇÃO	
Atividade Muscular							OXIMETRO	
Respiração							ECG	
Consciência							PANI	
Circulação (PA)							DIURESE	
SpO2							TEMP	
Diurese								
Escore de dor								
Total								

ESCALA DE DOR



PRESCRIÇÃO NA SRPA

_____	HORA

OBS/ INTERCORRÊNCIAS: _____

Destino: UTI DATA: ____/____/____
 Enf. HORA ADM: _____
 Alta Hospitalar HORA ALTA: _____

Assinatura _____



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Yaseman Fereira da Silva DATA NASC: 12-08-86
 REGISTRO: 40058 DATA: 30/06/2020 HORA: _____
 SETOR DE ORIGEM: bloco SETOR DE DESTINO: maternidade

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>Compreensão orientada</u> HGT: <u>80</u> PA: <u>120x70</u> Pulso: <u>71</u> Temp: _____ FR: <u>17</u> Oximetria: <u>100%</u> Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: <u>não</u>
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não (X) Sim Antibiótico terapêutico: (X) Não () Sim Qual: <u>cefalotim</u> Horário: _____ Drogas Vasoativas: (X) Não () Sim Qual: <u>Di. 2 Bloco</u> Prognóstico: () Crônico (X) Não Crônico Nutrição: (X) 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: (X) Queda () Fiebre () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência (X) Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: (X) Realizado <u>RX</u> () Pendente _____ Curativo: () Não (X) Sim Local: <u>MSE</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro Elisângela Bispo de S. Pimentel
 Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____
 COREN 431612

(Handwritten signature)

Winy Karolyne Feitosa
 Enfermeira
 COREN PE 442.721





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



Tipo do documento: TERMO DE CONSENTIMENTO	Número do documento: TER-001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Responsável pela elaboração: Bruna Melo	Responsável pela aprovação: Dr. André Sansônio	Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

Paciente

Responsável

Autorizo o Dr^o(a) _____, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- Tratamento: _____
 Assistência clínica: _____
 Procedimento: _____ ou _____
 Exame: _____
a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Dr^o(a) _____, CRM: _____ e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

PACIENTE / RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Josemar Ferreira da Silva RG: 6728846
Data de nasc.: ____/____/____ Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____.

Josemar Ferreira da Silva
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

- Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____.

Igor Abutrab
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27778
Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

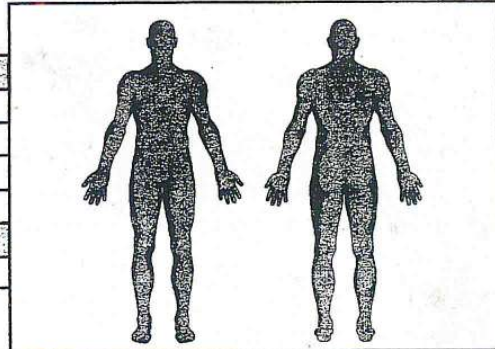
Data: 28 / 06 / 20

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: _____



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Jenimar Ferreira da Silva
Data de Nascimento:	12/08/86
Registro:	40058
Setor:	Urologia
Leito:	



SINAIS VITAIS		
PA:	150x90	T: 36°C
HGT:		
Observação:		

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

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

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM () QUAL: _____		SNE () SNG ()	
NÃO (X) OBSERVAÇÃO: _____		SVD ()	
		Outra: <u>não tem</u>	
		DRENO	
SIM () QUAL: _____		SIM () NÃO (X)	
NÃO (X) OBSERVAÇÃO: _____		Qual: _____	
SIM () QUAL: _____		Local: _____	
NÃO () HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____			

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM (X) NÃO () À partir do dia: ___/___/___ às : _____	Observação: _____	
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X) NÃO ()	Observação: _____	
TRICOTOMIA:	SIM (X) NÃO ()	Observação: _____	
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X) NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO (X)
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM () Quais/Datas: _____	NÃO (X)	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM () Quais/Datas: _____	NÃO (X)	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM () Observação: <u>defeita</u>	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM () Observação: _____
	NÃO (X)		NÃO ()

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

Amanda Maria Carvalho de Lima
COREN-PE 1397 - ENF

CÓD. 38404





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 565134

Senha da Classificação:

Data e Hora: 27/06/2020 18:46

Paciente: 40058 JOSEMAR FERREIRA DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 12/08/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: CARMELITA PETRONILA DA SILVA Nome do Pai: GENIVALDO FERREIRA DA SILVA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
 Endereço: RUA NOVE -- BELA VISTA 53 Camara Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: CABO PE Usário Atendimento: SANDRACA
 RG (Identidade): 6728846 Data de Emissão: 13/09/2010
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 0650200748 Fone: 8187857556
 Cartão SUS: 162480299710001 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

paciente vítima de acidente motociclístico, perda da consciência e/ou vômitos, dor em ombro e tórax.

Exame Físico

- (A) VPS PNEUMAS PERITOS. com cava cervical
- (B) NVG em PHT, s/ri. SatO2 = 93%
- (C) RCP em DT, BNFIS. FC = 71 bpm
- (D) PUPILAS ISOCÓNICAS, PUPILAS GERAIS ECG = 25
- (E) PBMME FLUIDO, DEPRESSÍVEL, IMOBILIZADO

Diagnóstico

- POLITRAUM

Conduta Terapêutica

- Solicito Rx do Trauma

Prescrição Médica

- DIETA RENO
- DORÍFERO 21mg + AD EV
- SF 0,9% 500ml EV

19:50h Colômbia

Dra. Danielle Teti Magalhães Médica CRM-PE 19345 Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____ SETOR: _____ PACIENTE: _____

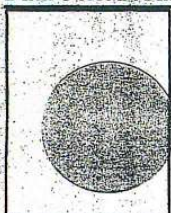


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/06/2020 18:34



Nome Paciente: JOSEMAR FERREIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/08/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33 anos
Senha: 0026
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 27/06/2020 18:35 - 27/06/2020 18:43

ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AGÊNCIA AMARELO**
Cor: **AMARELO**
Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU CABO, APOS COLISAO MATO X MOTO. CURSANDO COM DOR EM OMBRO E + TORAX HA 30 MINUTOS.
Observação: NEGA HAS, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. REFERE DM, FAZ USO DE INSULINA NPH 1 X DIA, METIFORMINA E GLIBENCLAMIDA 1 X DIA. SAT 97%, FC 71 BPM, PA 190/110
Luxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4-7/10)
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROSALIA GOMES DA SILVA - COREN: 226189 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/06/2020 18:43

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 28/10/20

Paciente: Joseman Ferreira da Silva Registro: 40058 DN: 12/08/86
 Peso atual: _____ Peso habitual: 69 AJ/ Altura: 1,65 CP: _____ CB: _____ Idade: 33 Leito: verde - TRO

Parte 1 – Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?		X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		X
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?		X
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

SIM: Se a resposta for "sim" para qualquer uma das questões, o Nutricionista deverá continuar a preencher a parte 2.

NÃO: Se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente.

Se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar Terapia Nutricional para evitar riscos associados. Continue e preencha a parte 2.

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso >5% em 3 meses ou ; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas; Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); Diabetes, Câncer; Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso >5% em 2 meses ou ; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso >5% em 1 mês (>15% em 3 meses) ou IMC <18,5+ condição geral comprometida ou ; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total= 0

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade);

B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos

Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

Escore total < 3: No momento, o paciente não apresenta risco nutricional e deve ser reavaliado semanalmente. Porém, se o paciente tiver indicação de cirurgia de grande porte, deve-se considerar terapia nutricional para evitar riscos associados.

RISCO NUTRICIONAL: () SIM (X) NÃO

Pontuação =1: A necessidade protéica está aumentada, mas o déficit protéico pode ser recuperado pela alimentação oral ou pelo uso de suplementos, na maior parte dos casos.

Pontuação =2 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e o déficit protéico pode ser recuperado na maior parte dos casos com o uso de suplementos orais / dieta enteral.

Pontuação =3 A necessidade protéica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral.

Nutritional Risk Screening – NRS é baseada em estudos clínicos randomizados e recomendada pelo Guideline da ESPEN* para o âmbito hospitalar

Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M ; Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition(ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr 2003;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Raslan.

Elia A. Pereira Brito
Nutricionista
RN 6 - 13646

Nutricionista

