



Sena & Papariello
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Leonidas Martins Figueira

RG 3.009.068 CPF 447.859.254-34 PROFISSÃO Outros

ESTADOCIVIL Solteiro ENDEREÇO Avenida Saldanha

Marinha, 83 / JPrép / Recife / PE

EMAIL LEONIDASMF2014@HOTMAIL.COM.

OUTORGADOS: DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO, inscrita na OAB/PE sob o nº 29.143, CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, OAB PE – 32.262 todos com endereço profissional na Rua Bartolomeu de Medeiros, nº104, Guadalupe, Olinda - PE CEP:53240-540

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula “*ad judicium*”, para defender os interesses e direitos do outorgante, e ações e processos de qualquer natureza, até o final da decisão como autor, réu, assistente ou oponente, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartições, órgãos ou autarquias Federais, estaduais e Municipais, contra qualquer pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, em defesa dos legítimos interesses do outorgante, conferindo-lhe poderes ainda para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, desistir, renunciar e assinar, interpor recursos necessários, tomar vistas em processos, representar em audiência ou judicialmente, contestar qualquer ação, receber notificação e intimação, incluindo também os poderes da procuração “*ad negotia*”, a fim de requerer e fazer levantamento de valores creditados em favor do outorgante, através de alvará judicial, RPV ou Precatório, junto às instituições financeiras (CEF, Banco do Brasil S/A e outros), que façam referência aos depósitos judiciais que os outorgados atuaram como patrocinador da ação, podendo ainda pedir retenção de honorários advocatícios combinados de acordo com contrato de honorários, ou seja, 30% (trinta por cento) do proveito econômico, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, enfim requerer, assinar e praticar tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito desempenho do mandato em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes que lhe são outorgados.

Recife, 03 de Outubro de 2018

Local e Data

[Assinatura]

Outorgante

Rua Bartolomeu de Medeiros, nº104, Guadalupe, Olinda - PE CEP:53240-540
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Leonidas Martins Ferreira

_____, brasileiro(a) portador do RG: 3.009.068 e

CPF: 447.859.254-34, **DECLARO**, nos termos das Leis nº 7.115/1983 e 1060/50, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Recife, 03 de Outubro de 2018

Local e Data

Leonidas Martins Ferreira

DECLARANTE

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

Fones: 3241.4001 / 8876.5452





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0099003613**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/12/2017** às **16:54**

Complementa o BO Número: **17E0099002217**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **8/4/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1, PROXIMO A ESTAÇÃO TACREDO NEVES** - Bairro:
IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ISAQUE SEBASTIÃO DO NASCIMENTO (OUTRO)
LEONIDAS MARTINS FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONIDAS MARTINS FERREIRA**

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

LEONIDAS MARTINS FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA MARTINS DA CONCEIÇÃO**
Pai: **ANTONIO DA MATA FERREIRA** Data de Nascimento: **25/2/1969** Naturalidade: **RIO DE JANEIRO / RIO DE JANEIRO / BRASIL** Documentos: **3009068/SSP/PE (RG), 44785925434 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU**
COMPLETO Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:
- 081984710814

Endereço Residencial: **AVENIDA SALDANHA MARINHO, 83 - CEP: 55000-000 - Bairro: IPSEP - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ISAQUE SEBASTIÃO DO NASCIMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ISAQUE SEBASTIÃO DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONIDAS MARTINS FERREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

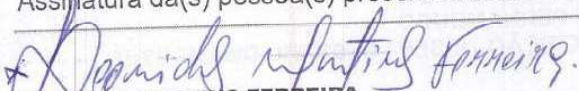
Placa: **PEJ8794** (PERNAMBUCO/JABOATAO DOS GUARARAPES) Renavam: **462888134** Chassi: **9C2KDO55OCR559544**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**
Descrição: **MOTOCICLETA HONDA BROZ LARANJA PLACAS :PEJ-8794**



Complemento / Observação

VÍTIMA INFORMA QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA PELA AVENIDA CITADA, PRÓXIMO A ESTAÇÃO TACREDO NEVES(IMBIRIBEIRA) QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A DERRAPAR POIS, A VIA ESTAVA MOLHADA.SOFREU UMA FRATURA NA PERNA ESQUERDA .

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


LEONIDAS MARTINS FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: IRAN FRANCISCO DE ALBUQUERQUE - Matrícula: 381051-8



Imprimir





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001390 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). LEONIDAS MARTINS FERREIRA , 48 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 3009068 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 447.854.254-34, residente à AV SAUDANHA MARINHO, nº 83, , IPSEP, RECIFE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/04/2017, por volta das 18:25 hs, no endereço: RUA JOAQUIM BANDEIRAS, S/N, IMBIRIBEIRA RECIFE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES LARANJA PEJ8794-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) LEONIDAS MARTINS FERREIRA , inscrito sob o CPF nº 447.854.254-34 e Registro Geral ° 3009068, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707092-6 JULIO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IMBIRIBEIRA. Registrado(a) com o prontuário nº 943221. Ficou aos cuidados do médico MARCELO RAUL, registro 20780. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 11/09/2017

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 2017APH001390

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Pedro Marques

Ortopedia e Traumatologia

CRM 8594

LAUDO UTAICO

Paciente WOMAS MARTINS FARIAS, notura de acidente de Trânsito em 08/04/2017 segundo B.O de N: 17E0099002217

Sobre FRATURA DO TORNZELO ESQUERDO; Foi Tratado cirurgicamente (OSTEOSINTESE C/ PLACA C/ 4 ORIFÍCIOS + COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS DE CORTICAL) no HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

O mesmo evolui com sequelas definitivas que

- DORRÊNCIA ANATÔMICA DO TORNZELO ESQUERDO
 - DORRÊNCIA DIFÍCIL
 - Colapso dos membros de EXTENSÃO + DOLORE
- PELO DO PE + TORNZELO ESQUERDO EM APROXIMADAMENTE 60%

CID 10 S82

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 172.676.334-04

11/09/18

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE
Tel.: (81) 3542.3278 / 98897.4003





SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipó – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: LEONIDAS MARTINS FERREIRA

Reg: 1028116

Enf: 27

Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 09/04/17

DATA DE SAÍDA: 27/04/2017

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE TORNOZELO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: PÉ
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

Camilla Almeida Lopes Tavares
CRM 24.1535

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA - SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado LEONIDAS MARTINS FERREIRA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: POS OPERATORIO FRATURA DE TORNOZELO

Deverá comparecer ao ambulatório de: PÉ
Com 15 dias

Recife, 27/04/2017

Médico – CRM-PE

Camilla Almeida Lopes Tavares
CRM 24.1535

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



SES- HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SERVIÇO DE REABILITAÇÃO				
NOME:		REGISTRO:		
LEONARDO MAETINS FEMINIA		1028116		
PSICOLOGIA:	FONOAUDIOLOGIA:	FISIOTERAPIA: MOTORA (X) RESPIRATORIA ()	TERAPIA OCUPACIONAL:	
CRONOGRAMA PARA MARCAÇÃO RETORNO DE ATENDIMENTO				
DATA		DATA		
15/01	22/01	29/01	05/02	12/02
19/01	26/01	02/02	09/02	16/02
23/01	30/01	06/02	13/02	20/02
27/01	03/02	10/02	17/02	24/02
31/01	07/02	14/02	21/02	28/02

PROFISSIONAL: _____

Dr. ~~Roberto Porto~~

~~PROFESSOR~~
GRETO 171324-F



RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Procedência: _____

V/ LEOANIL MARTINS FREITAS

Scrub

102 8112

FISIOTERAPIA

SEM CURA

20/01/2019

110 FATOR TRAVESSA

30/05/17
Dr. Sílvia Macêdo
Ortopedia
CRM 9756

Data: ____/____/____

Médico-CRM

975-HOF





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado LEONILSON MARTINS
FERREIRA

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____

necessita de 10 (DEZ) dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico S 82.7

d) Tratamento Limpeza

Deverá retornar ao Ambulatório de: 06/02

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOF
HOSPITAL/AMBULATÓRIO

30/01/17
LOCALIDADE/DATA

Dr. Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM: 9756

Ass. do Médico - CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 88
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF



RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: _____ Registro: _____
Clínica: _____ Procedência: _____

Dr. LEONIDAS MARTINS FERREIRA
1028116

MARCO VICTOR AL
MAGALHÃES PE
Dr. SANDRICK
30 out

Dr. Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM 9756

07/10/11
Dr. Silvio Macêdo
Ortopedia
CRM 9756

Data: 1 / 1 / _____

Médico-CRM

075-HOF





HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE:	Leonides M. Ferreira		Nº DO REGISTRO:	1028116
CLÍNICO:			Nº DO LEITO:	
OPERADOR:	Dr. Felisberto Cruz			
1º ASSISTENTE:	Dr. Airton	2º ASSISTENTE:	Dr. Cláudio	
INSTRUMENTADOR:				
ANESTESIA:	Raquiomedula	ANESTESISTA:	Dro Ana Carolina	
		DURAÇÃO:		
DATA DA OPERAÇÃO:	09.04.17	INÍCIO:	FIM:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura luxação Femoral esquerda			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERAÇÃO:	O mesmo			
OPERAÇÃO PROPOSTA:	Tratamento cirúrgico de Fratura luxação Femoral esquerda			
OPERAÇÃO REALIZADA:	A mesma			

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em DDT sob raquiomedula
- 2) Anestesia e antiespasmódicos
- 3) Abordagem de campos cirúrgicos e feridas
- 4) Abordagem de 2 pinos de Schanz em fêmur distal
- 5) Abordagem de 1 pino de Schanz com colesterol e Al em base fêmur proximal
- 6) Redução de fratura luxação
- 7) Abordagem de fixador externo e fêmur
- 8) Curativo
- 9) A.S.C.

Dr. Cláudio Moura
MÉDICO
CRM-RN 8505

104-EGOF



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500
Equipamento: CMD 800I

Paciente: LEONIDAS MARTINS FERREIRA
ID paciente: 1028116
Data nascimento:
Idade:
Sexo: Masc
Médico:
Diagn.:
ID amostr: DIU24
Tipo de amostra: Soro
Cód barra:
Data da coleta: 11/04/2017
Hora da coleta:
Depart.: 3ANDAR
Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
GLICOSE	78	mg/dL		70 - 100
IA	37	mg/dL		10 - 50
CREATININA	0.91	mg/dL		0.70 - 1.30

Data/Hora solicitação: 11/04/2017 Data/Hora teste: 11/04/2017

Data/Hora impr.: 11/04/2017 10:31:10

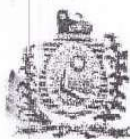
Testador:

Revisor:

Página 1 de 1

Resultado somente para esta amostra





SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato



Nº amostra: 24
ID paciente: 1028116

Nome: LEONIDAS MARTINS FERREIRA

Rack: 6
3ANDAR

Posição: 3

11/04/2017 10:01:09 WE

SERIE VERMELHA

			REFERENCIA
RBC	3.57	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	11.4	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	32.4	[%]	34 - 48
MCV	90.8	[fL]	80 - 98
MCH	31.9	[pg]	25 - 32
MCHC	35.2	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	38.4	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	11.5	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	206	[10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	10.7	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	12.2	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	30.6	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.22	[%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

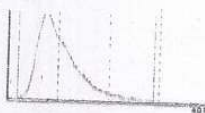
WBC	9.99	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.04	[10 ³ /uL]	0.4 [%]
NEUT	6.88	[10 ³ /uL]	68.9 [%]
LYMPH	1.92	[10 ³ /uL]	19.2 [%]
MONO	0.97	[10 ³ /uL]	9.7 [%]
EO	0.16	[10 ³ /uL]	1.6 [%]
BASO	0.06	[10 ³ /uL]	0.6 [%]

2.0	-	7.0	#	45	-	75%
1.0	-	4.0	#	20	-	40%
0.1	-	1.0	#	03	-	10%
0.0	-	0.7	#	0	-	7%
0.0	-	0.2	#	0	-	2%

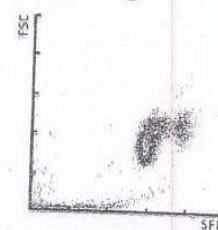
RBC



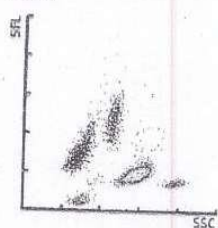
PLT



WNR



WDF



WBC IP Message

RBC IP Message

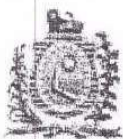
PLT IP Message

Handwritten signature

00-19 11/04/2017 10:01

1/1





SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes, s/r - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
Fone: (81) 3182-8549

XN series hemato



Nº amostra: 24
ID paciente: 1028116

Rack: 6
3ANDAR

Posição: 3

11/04/2017 10:01:09 WB

Nome: LEONIDAS MARTINS FERREIRA

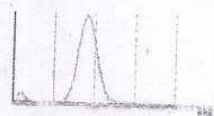
SERIE VERMELHA

			REFERENCIA
RBC	3.57	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	11.4	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	32.4	[%]	34 - 48
MCV	90.8	[fL]	80 - 100
MCH	31.9	[pg]	27 - 32
MCHC	35.2	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	38.4	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	11.5	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]
CONTAGEM DE PLAQUETAS			
PLT	206	[10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	10.7	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	12.2	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	30.6	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.22	[%]	0.17 - 0.35

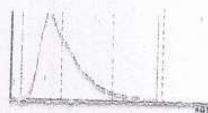
SERIE BRANCA

WBC	9.99	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.04	[10 ³ /uL]	0.4 [%]
NEUT	6.88	[10 ³ /uL]	68.9 [%]
LYMPH	1.92	[10 ³ /uL]	19.2 [%]
MONO	0.97 +	[10 ³ /uL]	9.7 [%]
EO	0.16	[10 ³ /uL]	1.6 [%]
BASO	0.06	[10 ³ /uL]	0.6 [%]

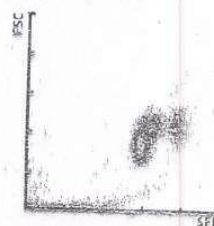
RBC



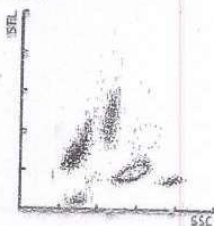
PLT



WNR



WDF



WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message

Handwritten signature

00-19 11/04/2017 10:01

1/1





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:		Leonidas	
CLÍNICA:		3º Sul	
		ENE:	203
		LEITO:	2
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
	14.7	# Enfermagem #	
		pt em cab. dormiente, orientado, eufórico, hidratado, normocorado, afibril, aceto bema duela VO, eliminacões @, fixador MIE.	
		M. Valda Monteiro Enfermeira COREN 407.780	



SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

Nº REGISTRO:

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:		Leonidas	
CLÍNICA:		ENF.:	LEITO:
DATA	HORA	EVOLUÇÃO	
25/04/17	POI	Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizada orientacão / por monamento no leito	
		Carmen L. Carneiro Leão Fisioterapeuta CREFIO 52232-F	
26/04/17	1º DPO	Fisioterapia Motora (030205001-9) Realizada fisioterapia ativa / ativa - assistida em art. livres MIE.	
		Carmen L. Carneiro Leão Fisioterapeuta CREFIO 52232-F	



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

08/04/2017 22:46



Nome Paciente: LEONIDAS MARTINS FERREIRA
Cód. Paciente: 1028116
Data de Nascimento: 25/02/1969
Sexo: Masculino
Idade: 48
Senha: FN0072
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 634579



08/04/2017 22:46 - ELISABETH SANTIAGO DREYER - COREN: N/D 59 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

REFERE AC. DE MOTO COM TRAUMA EM MIE. NEGA ALERGIAS/ VOMITO/ PERDA DE CONSCIENCIA. GLASGOW 15.

Observação:

SENHA 5142369

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

Acolhido(a) por: ELISABETH SANTIAGO DREYER

Data: 08/04/2017 22:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Identificação: Leonidas Martins Idade: _____ DIH: _____ Data: / /
Reg: _____ Enfermaria/Leito: _____ Tipo de fratura: Tamayo
Mecanismo: _____ Classificação: _____ data trauma: / /

Evolução - Data: 17/04/17

Em uso de: () Cipro D _____ () Cefalotina D _____ Vancomicina D _____ Metronidazol D _____
() Clinda D _____ () Rocefin D _____ Meronem D _____ Genta D _____
() Outros: _____

QC: (☒) Paciente estável, sem queixas.
() Alterações: _____

EF: Geral - (☒) EBG, anictérico(a), acianótico(a), normocorado(a), hidratado(a), sem edemas
ACV - (☒) RCR em 2T, BNF, sem sopros
AR - (☒) MV+ em AHT, sem RA
SOA - () Dor em repouso () Dor a movimentação
() Alterações: _____

Pré-op: () Ok

Hb - _____ Ht - _____ Leuco - _____ Plaqt: _____ TP: _____ INR: _____ TTPa: _____
P-cárdio risco - _____ Raio X: _____

Pós-cirúrgico: D- _____ () Dreno - Débito: _____
Descrição de FO: () FO limpa, sem sinais flogísticos () FO com sinais flogísticos
() Saída de secreção hialina, não purulenta () Secreção purulenta
Outras alterações: _____

CD: 1-

Marcos Henriques
Médico
19021317140381300000040614272

(☒) Solicito exames pré-operatórios





SES
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SERVIÇO SOCIAL



ENTREVISTA SOCIAL

NOME: Leonides Martins Figueira SETOR: 227 e suf
IDADE: 48 TELEFONE: _____ CEL.: (81) 99679917
RESPONSÁVEL: Marcos Romão de Jesus (Mãe)
ENDEREÇO: Rua Salustiana Manoel, 83, Recife - PE (Ime)
PONTO DE REFERÊNCIA: Prédio a Grande Uilala
INFORMES: Paciente saltino, desmuniado, anel
com a mãe em situação promiss; última
de curando de mais no frênis to; Unicef
da Imbuere para este unicef. Quanto
colme e inheg suborgas e interno some
dpvet.

[Assinatura] 09/04/17
Wilson Anderson Soares Barbosa
Assistente Social
CRP 50777/SSC

043-HOF

ASSISTENTE SOCIAL/DATA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:

Leonides Martins Ferreira

CLÍNICA:

ENF. 303

LEITO: 2

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

09.04.17

Admitido às 20:30 procedente da SR, em FOT de fratura em TAE com fixador externo. Consciente, orientado, eufórico, AVP, dieta oral, higiene pessoal. ~~em~~ Aquecimento Nega DM / HAS e alergias

10/4/17

Fratura limboacetabul. Lateral E / fixador Solicito Rx controle pré-op e exames labor. físicos

Dr. Márcio Vasconcelos
CRM 10.452
Ortopedia - Acupuntura

10.4.17

Terapia Ocupacional. Exame el eor. Mendado p/ fixador ali. Realiza orientações físicas e psíquicas além de orientações qto ao pto

Quem? Médico ORTO.

10/4/17

eor, consciente, orientado, eufórico, AVP, dieta oral, higiene pessoal. ~~em~~ Aquecimento Nega DM / HAS e alergias

003-HGOF



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: LEONIDAS MARTINS FERREIRA
Data de Nascimento: 25/02/1969
Prontuário: 0000254015
Nome do Hospital: Otávio de Freitas
Senha: 5142369
Data Atendimento: 08/04/2017
Cód. Atendimento: 00943221
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico

Observação: Trauma em tornozelo E - acidente de moto.
EF: dor + edema + limitação funcional em tornozelo E.
RX: Fratura em tornozelo E

Recife, 08 de Abril de 2017

Marcelo Raul C. Torres
Ortopedista Traumatologista
CRM: 20730

Médico: MARCELO RAUL CAVALCANTE TORRES
CRM: 20730



TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: LEONIDAS MARTINS FERREIRA
Data de Nascimento: 25/02/1969 Data Atendimento: 08/04/2017
Prontuário: 0000254015 Cód. Atendimento: 00943221
Nome do Hospital: Otávio de Freitas
Senha: 5142369
Transporte: ☒ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio
☐ Acompanhamento Médico

Observação: Trauma em tornozelo E - acidente de moto.
EF: dor + edema + limitação funcional em tornozelo E.
RX: Fratura em tornozelo E

Recife, 08 de Abril de 2017

Médico: MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES
CRM: 20730


UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICO A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO E FÉRMEN

Dr. Marcelo Silva
Coordenador Médico - CRM: 20730

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

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojc



— Laus meus
Leonora Maria
Ferreira

Aleto que o paciente
encontra-se recuperado de
para o TEP e operado
em Abril 2017. Boa
recuperação de edema e
de estabilidade.
Alto e entyos.

CID: 582

514/18

Dr. SANDRELLI Araújo Melo
Maj. PM. QCM
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 11.057



Paciente: 0000254015 LEONIDAS MARTINS FERREIRA
Nascimento: 25/02/1969 48 Anos 5 Meses 6 Dias Sexo:
Atendimento: 00943221 Data Atendimento: 08/04/2017 19:12

Boletim de Pronto Atendimento de Emergência e Urgência

Queixa Principal / História

Queda de moto há 1h - trauma em tornozelo E.
Capacete +
Nega desmaios/náuseas/vômitos/dispneia.

Antecedentes

SIM NÃO
DM: ☐ ☒

HAS: ☐ ☒

Medicamentos: ☐ ☒

Alergia: ☐ ☒

Exame Físico

EG Bom

Nutrido

Eupnéico

Orientado e Conversando

Corado

Afebril

Consciente

Acianótico

Sem Edemas

Hidratado

Anictérico

	Não Examinado	Normal	Alterada	Observação
ACV:	☒	☐	☐	
AR:	☐	☐	☐	
AD:	☐	☐	☐	
SN:	☐	☐	☐	
SGU:	☐	☐	☐	
ORL:	☐	☐	☐	
Pele:	☐	☐	☐	

AP. Locomotor:

☒ EDEMA ☒ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☒ DEFORMIDADE ÓSSEA

Outros:

Aferições

PAS PAD FR FC P (KG) T Alt. (cm) SAT O2
20

Recife, 31 de Julho de 2017

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICACAO A VERACIDADE DESSA COPIA DO PROTOCOLO
MEDICO ELETRONICO
Dr. Marcelo Silva
Coordenadora Médica - CRM: 162.220

Médico: MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES

CRM: 20730

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

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojc



Prescrição.: 1297593 Data: 08/04/2017 19:49
Usuário....: MARCELORCT
Atendimento: 943221 Dt Nasc: 25/02/1969 (48a 5m 4d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente....: 264015 - LEONIDAS MARTINS FERREIRA
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 08/04/2017 19:12 0 Dias(s) int
Médico.....: MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES - CRM 20730
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:
Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.../
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:P.UHQ

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORNOZELO ESQUERDO A.P. / PERFIL ; Exame: 245979	1					

UPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICACAO A VERACIDADE DESSA COPIA DO PRONTUARIO
MEDICO ELETRONICO
Dr. Marcello Silveira
Coordenadora Medica - CREM 2.220

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1297608 Data: 08/04/2017 20:31
Usuário.: MARCELORCT
Atendimento: 943221 Dt Nasc: 25/02/1969 (48a 5m 4d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 254015 - LEONIDAS MARTINS FERREIRA
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 08/04/2017 19:12 0 Dias(s) int
Médico.: MARCELO RAUL CAVALCANTI TORRES - CRM 20730
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. int.: ATENDIMENTO-SPA Leito.: Cobertura:
Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo:
Classificação de Risco: P URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: POUCO URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2	C.C. CETOPROFENO IM SOL. INJ. 100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	
	I-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
	S/ AGULHA						
	I-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
3	C.C. DAPIRONA SODICA SOL. INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IM	Agora	
	I-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC	1	UN				
	S/ AGULHA						
	I-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
PROCEDIMENTOS MEDICOS		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4	C.C. TALA GESSADA TIPO BOTA G	1					
	I-> ATADURA GESSADA 20CM	3	UN				
	X4,0M BRANCA						
	I-> ATADURA CREPE 15CM X	7	UN				
	4,5M 11FIOS						

UPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
RATIFICA A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveira
COPILHA: 07/07/2017 - CREA: 12.220

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

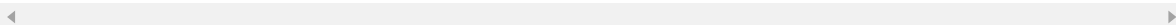
UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

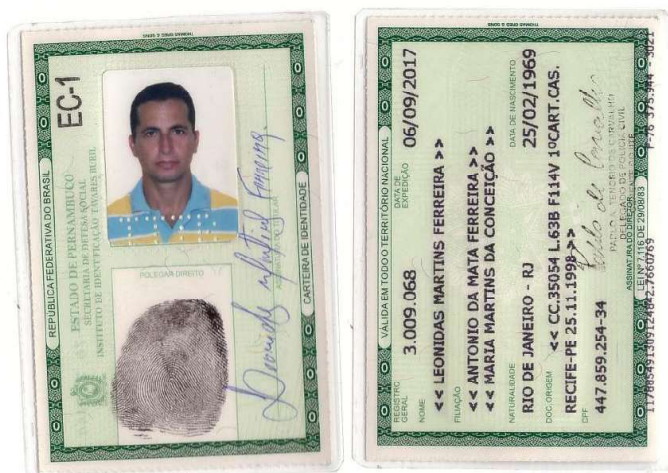


SINISTRO 3180350068 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LEONIDAS MARTINS FERREIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**BENEFICIÁRIO** LEONIDAS MARTINS FERREIRA**CPF/CNPJ:** 44785925434**Posição em 08-10-2018 11:23:23**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
01/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





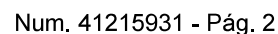
celpe
Grupo Neoenergia
www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTUÁRIO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 231 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

F35E.E4BB.80D7.AF61.123C.22D3.8B7A.5392

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Pelo Presente Instrumento Particular:		
Leonidas Martins Ferreira		
Nacionalidade:	Estado Civil:	
Brasileiro	Solteiro	
RG:	CPF:	Nasc.:
3.009.068	447.859.254-34	25/02/1969
Profissão:		
Outros		
Endereço:		
Avenida Saldanha Marinho, 83		
Bairro:	CEP:	
Jpneq	51190-660	
Município:	Estado:	
Raife	Pernambuco	

CONTRATADO: ESCRITÓRIO SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS, INSCRITO NO CNPJ 19.454.173/0001-08, juntamente com a Bela. CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, advogada, solteira, inscrita na OAB/PE 32.262, Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviço, ficando desde já aceito, pelas cláusulas abaixo descritas.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula Primeira: O presente contrato tem como OBJETO a prestação de serviços pelos **CONTRATADOS** para promover em nome do **CONTRATANTE** todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho do seu mandato do contrato.

Parágrafo único: estes serviços poderão ser feitos administrativamente ou por vias judiciais, caso necessário.

DA FASE JUDICIAL

Cláusula Segunda: caso necessário A intervenção judicial para o desempenho do seu mandato do contrato, pela procuração outorgada, os **CONTRATADOS**, constituirão, em nome do contratante, profissionais especializados para tais fins. A opção do **CONTRATANTE** em propor demanda judicial é expressa por sua concordância nos termos do presente contrato.

Parágrafo único: as despesas referentes ao trâmite judicial serão, a princípio, suportadas pelos **CONTRATADOS** e não se constituem em honorários profissionais objeto deste instrumento, ficando o **CONTRATANTE**, no ato do recebimento do seguro, obrigado a ressarcir-las.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Cláusula Terceira: A **CONTRATANTE** obriga-se pela veracidade e exatidão das informações prestadas aos **CONTRATADOS**, fornecendo-lhe procuração e aos seus sócios com fins específicos para agir em seu nome, além de todos os documentos pessoais e demais documentos indispensáveis que lhe forem solicitados etc. devendo pagar a importância equivalente a **30% (trinta por cento)** do proveito econômico auferido na fase judicial do presente instrumento, caso se faça necessário.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Cláusula quarta: é obrigação dos **CONTRATADOS** realizar a prestação de contas nos moldes do presente contrato.

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

Fones: 3241.4001 / 8876.5452

Leonidas Martins Ferreira



Cláusula quinta: a partir da entrega da documentação, os **CONTRATADOS** serão responsáveis pela sua guarda e utilização devida.

DO RECEBIMENTO

Cláusula sexta: Os **CONTRATADOS** estão autorizados a praticar todo e qualquer ato que julgue necessário para um bom resultado. Poderá, portanto, receber, passar recibos, endossar cheques, depositar os cheques em sua conta corrente, dar quitação dos valores por si recebidos.

Cláusula sétima: Os **CONTRATADOS** estão autorizados a promover a abertura de conta corrente e poupança para recebimento do seguro DPVAT nas instituições bancárias credenciadas em nome da **CONTRATANTE**.

Cláusula oitava: Não há prazo determinado para o término do procedimento.

Cláusula nona: Os comprovantes, cópias e documentos serão mantidos nos arquivos dos **CONTRATADOS** por 12 (doze) meses após o fim do processo. Após esse período, os **CONTRATADOS** estão autorizados a dar o encaminhamento devido aos documentos relativos aos serviços prestados à **CONTRATANTE**.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Cláusula décima: A **CONTRATADA** se compromete a prestar toda e qualquer informação que a **CONTRATANTE** julgue necessária sobre a prestação de seus serviços. Tanto na fase administrativa como na judicial, se necessária.

Cláusula décima primeira: A **CONTRATANTE** pagará aos **CONTRATADOS** 30% (trinta por cento), do proveito econômico que for auferido, a título de remuneração pelos serviços prestados.

Cláusula décima segunda: A **CONTRATANTE** aceita e autoriza os **CONTRATADOS** a proceder os descontos de seus honorários em percentual acima descrito e demais despesas administrativas como cartório, sedex, eventuais consultas médicas, serviços despachante, perícias, etc; tudo que envolva o fiel cumprimento deste mandado, tais como a do parágrafo único da Cláusula Segunda, entre outras, no ato de prestação de contas e repasse da importância recebida, que deverá ser feito através de débito, saque ou transferência em conta que houver o recebimento do seguro DPVAT.

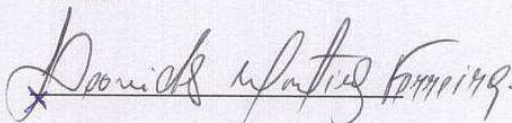
DA RESCISÃO

Cláusula décima terceira: Em havendo desistência, distrato, revogação do presente instrumento ou prática de qualquer ato violador destes termos, reputar-se-á vencido e exigível o total da remuneração dos serviços contratados, bem como as despesas descritas na Cláusula Décima Segunda, constituindo o presente contrato em título executivo extrajudicial, nos termos do Código de Processo Civil.

DO FORO

Cláusula décima quarta: Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife/Pernambuco.

Recife, 03 de outubro de 2018.



CONTRATANTE

SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS
CNPJ 19.454.173/0001-08

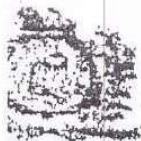
CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES
OAB-PE 32.262

Testemunha

Testemunha

Rua Sergio Gonçalves, n° 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



**SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATÓRIO**DATA: 25/04/17 SETOR: SRPA - BC7**PÓS-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM**

PREENCHER TODOS OS CAMPOS OBRIGATORIAMENTE PELO ENFERMEIRO DA

UNIDADE DE SRPA/UTI/SETOR

Resolução COFEN - 272/2002 - Revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009

ME: Lucimides Martins Figueira

RG 20 28116

LSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO ☒ SIM ☐ NÃO ENFERMARIA: _____ LEITO: _____ ATENDIMENTO: 624616RÁRIO DE ADMISSÃO NA SRPA: 7 PUNTO E

ALIAÇÕES - O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós op.

	CHEGADA	15 min.	30 min.	45 min.	60 min.	1h 30min.	2h
ra	12:10	12:25	12:40	13:00	13:15		
temperatura	-	-	-	-	-		
so	62	99	90	90	64		
spiração	52	23	46	18	25		
CO2	99%	98%	100%	100%	100%		
(mmHg)	119x70	125x66	130x67	127x71	117x70		

ALIAÇÃO DE ENFERMAGEM DO PACIENTE NA ADMISSÃO E ALTA

Parâmetros a serem avaliados	Admissão	Observações	Alta	Observações
Portamento	Calmo (C) Agitado (AG)	C	C	
tema	Via aérea pervia (P) Entubado (ET)	P	P	
spiratório	Marcosa (M) Semimarcosa (SM)		A	
	Acordado (A)	A		
	Sons: murmúrio vesicular normal	MVD	MVD	
	Roncos (R) Sibilos (S)	-	-	
	DRENO OSCILANTE (DO) (DNO)	-	-	
	Exp. Torácica: sincrônica (S)	S	S	
	assíncrona (A)	-	-	
Neurológica	Retração muscular	-	-	
	Nível de consciência: Consciente (C)	C	C	
	Inconsciente (I) / Orientado (O)	O	O	
	Desorientado (D)	-	-	
	Pupila isocóricas (PI)	PI	PI	
	Pupila - Mílicas (m) ou midríase (M)	-	-	
	Pupila - Puntiforme (P)	-	-	
	Pupila - Anisocóricas: D>E (A) E>D (B)	-	-	
tema	Ritmo: Sinusal	Mugulon	Mugulon	
diavascular	Bradycardia (B) Taquicardia (T)	-	-	
	Arritmia	-	-	
	Perfusão periférica (PP)	PP	Local: MSD	Local: MSD
	Punção central (PC)	PC	Condição: Bca	Condição: Bca
tema	Náuseas:			
estório	Presente (NP) Ausente (NA)	NA	NA	
	Vômitos presentes (VP)			
	Vômitos ausentes (VA)	VA	VA	
	Abdome: Plano (P) Globoso (GL)	P	P	
	Flácido (FL) Distendido (D)	FL	FL	
	Doloroso (DL) Indolor (ID)	ID	ID	
enid	Diurese: Ausente (A)			
al	Presente: espontâneo (F)	F	F	
	SVA ou SVD			
	Retenção (RU) Incontinência (IU)			





CAT. 13130 01/2010

SES/FUSAM

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

NOTA DE SALA DE CIRURGIA/CENTRO CIRÚRGICO 2º ANDAR



DATA: 09/04/17

Urgência: (X) - Eletiva: ()

Nº Sala Cirúrgica: (05)

Paciente: Idemidas Martins, Ferreira

Idade:

Reg: 1028116

Atend: 634616

Circulante:

Gessica Camilina

Cirurgião: DR. Ailton

Auxiliar: DR.

Anestesista (o): DR. Ana Larina

Infermeir (a): Ana do Carmo

Instrumentador(a):

Anestesia: Xaque + Sedação

Especialidade: Uro (), Uro PVL (), Geral (), Geral PVL (), Trauma (), CPRE (), Torácica (), Torácica PVL ()

CIRURGIA: Ht. Fratura luxações de tornozelo esquerdo

QTD	MEDICAMENTO	FIOS
	ADRENALINA AMPOLA	AGULHA 13X4,5 UNID
	ÁGUA BIDESTILADA 10ml AMPOLA	AGULHA 25X07 UNID
	ÁGUA BIDESTILADA 500ml FA	AGULHA 40X12 UNID
	AMINOFILINA AMPOLA	AGULHA P/ PERIDURAL Nº
	AMICACINA AMPOLA	AGULHA P/ RAQUI Nº
	ATACÚRIO (TRACRIUM) AMPOLA	ALG. ORTOPÉDICO (gmm)
	ATROPINA AMPOLA	ATADURA DE CREPE Nº CM
	BICARBONATO DE SÓDIO 10% AMPOLA	ATADURA GESSADA CM
	CLORETO DE SÓDIO 20% AMPOLA	BOLSA DE COLOSTOMIA
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% AMPOLA	CATETER SUBCÁVIA ADULTO
	DECADRON AMPOLA	CATETER SUBCÁVIA PEDIÁTRICO
	DICLOFENACO DE SÓDIO AMPOLA	CATETER PERIDURAL
	DIPIRONA AMPOLA	CATETER NASAL
	DOPAMINA AMPOLA	CERA PARA OSSO
	CEFAZOLINA (KEFAZOL) 1g FA	COLETOR SISTEMA ABERTO
	CEFALOTINA (KEFLIN) 1g FA	COLETOR SISTEMA FECHADO
	CLORIDATO DE ETILEFRINA (EFORTIL) AMPOLA	COMPRESSA CIRÚRGICA C/ 5 UNID. 01
	FENERGAN AMPOLA	DRENO LAMINAR Nº
	FUROSEMIDA (LASIX) AMPOLA	DRENO PENROSE Nº
	GLICOSE 50% AMPOLA	DRENO DE SUÇÃO Nº
	GLUCONATO DE CÁLCIO AMPOLA	DRENO TORÁCICO Nº
	HIDROCORTISONA 500mg	05 ELETRODOS 02
	HIOCINA AMPOLA	EQUIPO MACRO GTS/ MICRO GTS
	HYPAAQUE AMPOLA	ESPARADRAPO ANT. CM
	ISOFLURANE (ML)	ESPARADRAPO IMPERM. CM
	LIQUEMINE (HEPARINA) FA	GASES PACOTES 11
	MANITOL (3%) / (20%)	JELCO Nº
	METRONIDAZOL (FLAGYL) BOLSA	LÂMINA BISTURI Nº 13
	METOCLOPRAMIDA (PLASIL) AMPOLA	LIGA CLIP Nº 300
	NEOCAÍNA 0,5% C/A AMPOLA	LIGA CLIP Nº 400
	NEOCAÍNA 0,5% S/A AMPOLA	LUVA CIRÚRGICA 7,0
	NEOCAÍNA 5% PESADA AMPOLA	LUVA CIRÚRGICA 7,5
	NEOSTIGMINA (PROSTIGMINE) AMPOLA	LUVA CIRÚRGICA 8,0
	NOREPINEFRINA (NORA) AMPOLA	LUVA DE PROCEDIMENTO
	PANCURÔNIO (PAVULON) AMPOLA	05 MÁSCARA 01
	RANITIDINA (ANTAK) AMPOLA	SONDA ENDOTRAQUEAL C/B Nº
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ml	SONDA ENDOTRAQUEAL S/B Nº
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ml	SERINGA 1 cc
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ml	SERINGA 5 cc
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ml	SERINGA 10 cc
	SORO GLICOSADO 10% 500ml	SERINGA 20 cc
	SORO GLICOSADO 5% 500ml	SERINGA 60 cc
	SORO RINGER LACTATO 500ml	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº
	TENOXICAN (TILATIL) 40mg FA	SONDA FOLEY Nº
	XYLOCAÍNA GELEIA	SONDA NASOGÁSTRICA Nº
	XYLOCAÍNA SPRAY	SONDA URETRAL Nº
	ALFENTANILA (RAPIFEN) AMPOLA	SONDA RETAL Nº
	CLORIDATO DE PETIDINA (DOLANTINA) AMPOLA	SURGICEL UNID.
	DIPRIVAM (PROPOFOL) AMPOLA	05 TOUCA 01
	FERTAMIL FA	TORNEIRINHA 3 VIAS
	FLUMAZENIL (LANEXAT) AMPOLA	TRAQUEOSTOMIA
	MIDAZOLAN (DORMONID) 15mg AMPOLA	ARTROSCOPIO ()
	MIDAZOLAN (DORMONID) 50mg AMPOLA	ARCO CIRÚRGICO ()
	MORFINA (DIMORF) 10mg AMPOLA	BISTURI ELÉTRICO ()
	MORFINA (DIMORF) 1mg AMPOLA	VIDEO ()
	MORFINA (DIMORF) 0,2mg AMPOLA	CAPNÓGRAFO ()
	VALIUM (DEAZEPAM) 10 ml AMPOLA	MONITOR CARDÍACO ()

NOME DA FIRMA:

CAIXA 3,5	PARAFUSO
CAIXA 4,5	PARAFUSO
CAIXA TUBO A TUBO	PARAFUSO
FIXADOR EXTERNO	PLACA

334 167

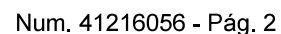


SES/FUSAM
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

NOTA DE SALA DO BLOCO CIRÚRGICO DO TRAUMA

Nome: Leonidas M. Ferreira Idade: 48 Registro: 7028116
 Data: 21/4/17 Posto: Enferm. leito: 634579 Atendimento: 634579
 Cirurgião: Dr. Daniel Cavalli Auxiliar: 2º Auxiliar: Sala: 02
 Cirurgia: Trat. cir. fratura de fêmur
 Tipo de anestesia: Local () Bloqueio () Peridural () Raque (X) Sedação () Geral ()
 Anestesista: Dr. R. C. R. C. Enfª: Helmarci
 Instrumentador(a): Luiz Firma: Ortopedica Circulante: Milano
 Hora admissão pact. na SO: 09:35 Hora saída pact. da SO: 12:00
 Início da Anestesia: 09:35 Término: 12:00
 Início da Cirurgia: 10:15 Término: 12:00
 Horário de Garroteamento: Inic. 10:00 Term. 12:00
 Destino do Pact. no POI: SRPA () Leito de Origem () UTI () Alta Hospitalar ()

Desc. Equipe Cirúrgica		Soluções:		Equipamentos:	
Produto	Qty.	Produto	Qty.	SIM/NÃO	
Gorro	04	Água Oxigenada		Aparelho Anestesia	(X) ()
Máscara	05	Alcool a 70%	50	Aquecedor	() ()
Propés	05	Ácidos Graxos Essenc.		Arco Cirúrgico	() ()
Touca	01	Clorexid. Alcool. 2%	100	Aspirador Elétrico	() ()
Materiais:		Clorexid. Alcool. 4%		Bisturi Elétrico	() ()
Produto	Qty.	Pomada		Bomba de Infusão	() ()
Algodão Ortopédico	01	Tintura de Benjoim		Bomba de Seringa	() ()
Atadura de Crepe	1 sm 04	Xylestesin Gélida		Capnógrafo	() ()
Atadura de Gesso	01	Xylestesin Spray		Foco Móvel	() ()
Borracha(Latex ou Silicone)	01			Garrote Pneumático	() ()
Cateter Nasal	01	Soros:		Manta Térmica	() ()
Compressa Cirurg.	06	Produto	Qty.	Microscópio	() ()
Compressa Cirurg. Coluna		Água Dest. 500ml		Monitor Cardíaco	(X) ()
Compressa de Gase	08	Manitol 20% 250ml		Oxímetro	(X) ()
Eletrodos	05	Manitol 3% 250ml		Torre de Vídeo:	() ()
Esparadrapo		SF 0,9% 500ml + 21	02	Artroscópio	() ()
Esparadrapo Ant.alerg.	50	SF 0,9% 250ml			() ()
Lâmina de Bisturi Nº 15	01	SF 0,9% 100ml			() ()
Lâmina de Bisturi Nº 22	01	SF 0,9% 1000ml		Materiais Especiais	
Luva Cirúrgica Nº 7,0	03	SG 5% 500ml		Produto	Qty.
Luva Cirúrgica Nº 7,5	04	SG 10% 500ml		Camisa de Vídeo	
Luva Cirúrgica Nº 8,0	02	SGF 250ml		Collatamp	
Luva Cirúrgica Nº 8,5		SRL 500ml	01	Fita Cardíaca	
Luvas Proced. Estéril					
Luvas Proced. ã Est.					
Malha Tubular					
Perfusor		Intubação / Ventilação		Gases Medicinais:	
		Produto	Qty.	SIM/NÃO	
Hemostático/Colas Biolog.		Sonda Endot. Inf. Nº		Ar Comprimido	() ()
Produto	Qty.	Sonda Endot. Inf. Nº		CO ²	() ()
Cera Óssea		Sonda Endot. Ad. Nº		Nitrogênio	() ()
Cotonoides		Sonda Endot. Ad. Nº		Oxido Nitroso	() ()
Esponja Hemostática		Traqueostomo- Nº		Oxigênio	() ()
				Protóxido	() ()

74 - HGOF



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - CONSENTIMENTO INFORMADO



☐ PACIENTE ☐ RESPONSÁVEL - PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Leonidas Martins Ferreira RG: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: _____

NOME DO MÉDICO: Marcos Henrique 2ºº Filho CRM: 24863

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: 1ª cirurgia fratura da asa do fêmur

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a queerei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, sendo estas, claramente esclarecidas pelo médico. Que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas 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 ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente que poderão ocorrer complicações durante o(s) tratamentos(s) assistência clínica ou procedimento, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirmando que recebi explicações de meu médico, compreendi e concordei com tudo que me foi esclarecido.

Declaro também que nada omiti em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração pode fazer parte integrante do prontuário médico.

Recife, _____ de _____ de _____

Leonidas Martins Ferreira
Assinatura do Paciente ou Responsável

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que esclareci o(a) paciente e/ou seu(ua) responsável, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo(a) paciente e/ou responsável e acredito ter sido compreendido.

Recife, 25 de Abri de 2013

Marcos Henrique
Assinatura, nome legível e carimbo

