

## **PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”**

**ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE**, brasileiro, solteiro, vendedor, portador do RG n.º 6.330.394 SSP/PE e do CPF n.º 042.391.504-50, residente e domiciliado na Rua João B do Nascimento, n.º 1314, Caetés Velho, Abreu e Lima/PE. CEP. n.º 53.560-155.

**OUTORGADOS:** Bel. **ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na **OAB/PE 1292-A, CPF n.º 917.578.194-87**, e-mail: [adsonadv@hotmail.com](mailto:adsonadv@hotmail.com); e Bela. **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, brasileira, divorciada, portadora do RG n.º 7.742.986 SSP/PE e do CPF n.º 884.647.684-00, e-mail: [wradvogadosjp@hotmail.com](mailto:wradvogadosjp@hotmail.com), com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, n.º 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

**PODERES:** Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor **ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda estabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

**CLAUSULA CONTRATUAL:** Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 14 de junho de 2019.

Outorgante: Alexandre Antônio de Albuquerque



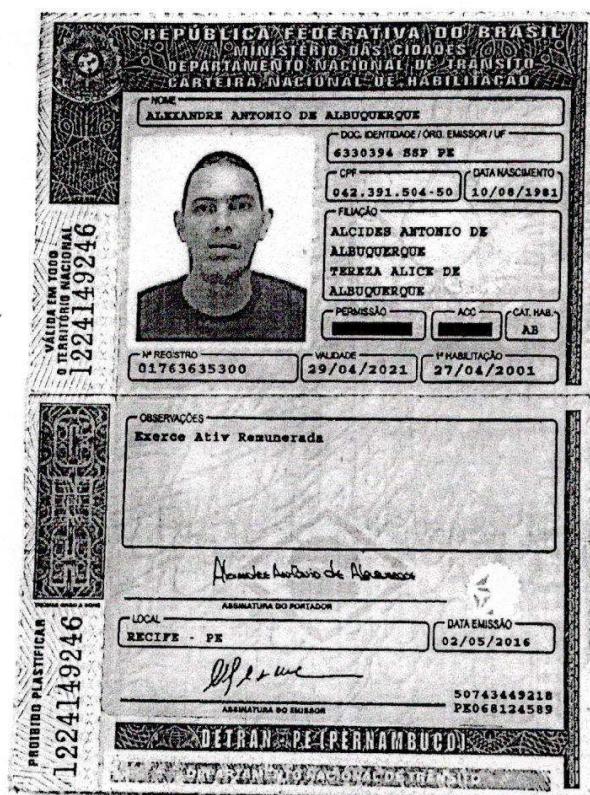
## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE**, brasileiro, solteiro, vendedor, portador do RG n.º 6.330.394 SSP/PE e do CPF n.º 042.391.504-50, residente e domiciliado na Rua João B do Nascimento, nº 1314, Caetés Velho, Abreu e Lima/PE. CEP. nº 53.560-155. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CIVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 14 de junho de 2019.

Declarante: Alexandre Antônio de Albuquerque.





Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:15  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211567400000048823977>  
Número do documento: 19082109211567400000048823977

Num. 49592191 - Pág. 1



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **042.391.504-50**

Nome: **ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE**

Data de Nascimento: **10/08/1981**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **17/04/2000**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **18:12:37** do dia **21/05/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **D406.ED37.7D32.BC65**



Este documento não substitui o [Comprovante de Inscrição no CPF](#).

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



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



**Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02**  
**COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116**  
**Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142**  
**Ouvíndia 0800 282 5599**

**Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos**

**Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL**  
**167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis**

DADOS DO CLIENTE  ANDREIA PAULA DE ALBUQUERQUE  CPF: 834.797.164-15	DATA DE VENCIMENTO  <b>10/05/2019</b>	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL  03/05/2019  DATA DA APRESENTAÇÃO  03/05/2019  NÚMERO DA NOTA FISCAL  060326756	CONTA CONTRATO  <b>002339241018</b>  Nº DO CLIENTE 2001419015  Nº DA INSTALAÇÃO 0000047461
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  RUA JOAO B DO NASCIMENTO 1314  CAETES VELHO/ABREU E LIMA 53560-155 ABREU E LIMA PE	TOTAL A PAGAR (R\$)  <b>335,57</b>	CLASSIFICAÇÃO  <b>B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL</b> Monofásico	RESERVADO AO FISCO  <b>051B.1C0B.FF82.0749.7B95.3FEC.3FF4.0F9A</b>
<p>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no</p>			

**DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	353,00	0,76849471	271,27					
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,51					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			42,69					
ICMS Subvenção-CDE-NF 049048138-04/02/19			2,19					
Multa por atraso-NF 052835681 - 07/03/19			5,37					
Juros por atraso-NF 052835681 - 07/03/19			3,04					
Atualização IGPM-NF 052835681 - 07/03/19			4,52					
Doação LBV - 0800 055 5099			5,00					
PRÓ-CRIANÇA-(081)3412-8960 0800 031 8989			0,98					
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>335,57</b>					
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>								
<b>ICMS</b>		<b>PIS</b>						
<b>COFINS</b>								
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
271,78	25,00	67,94	271,78	1,16	3,15	271,78	5,37	14,59

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEIS DE TENSÃO		
		TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
		MÍNIMO	MÁXIMO	
Pague no ponto mais perto de você! credimoveis: av duque de caxias 770 abreu e lima / farma+vida: rua torres galvão jardim caetésLista completa em <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a> ."		220	202	231
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> .				
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.				
A partir de 29/04, tarifa com reajuste médio de 5,56% para Baixa Tensão				
e 3,76% para Alta Tensão- REH 2.535/19.				
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou no nível de tensão de fornecimento.				
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.				
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.				
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,				
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.				
O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art 7º REN 581/13.				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA				

DETALHAMENTO DA Fatura				
DETALQUE AQUI	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
CONTA CONTRATO 002339241018	05/2019	335,57	10/05/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

113 222720110006 220241018107 138925662139



**TALÃO DE PAGAMENTO**

foto sera usado em leitora

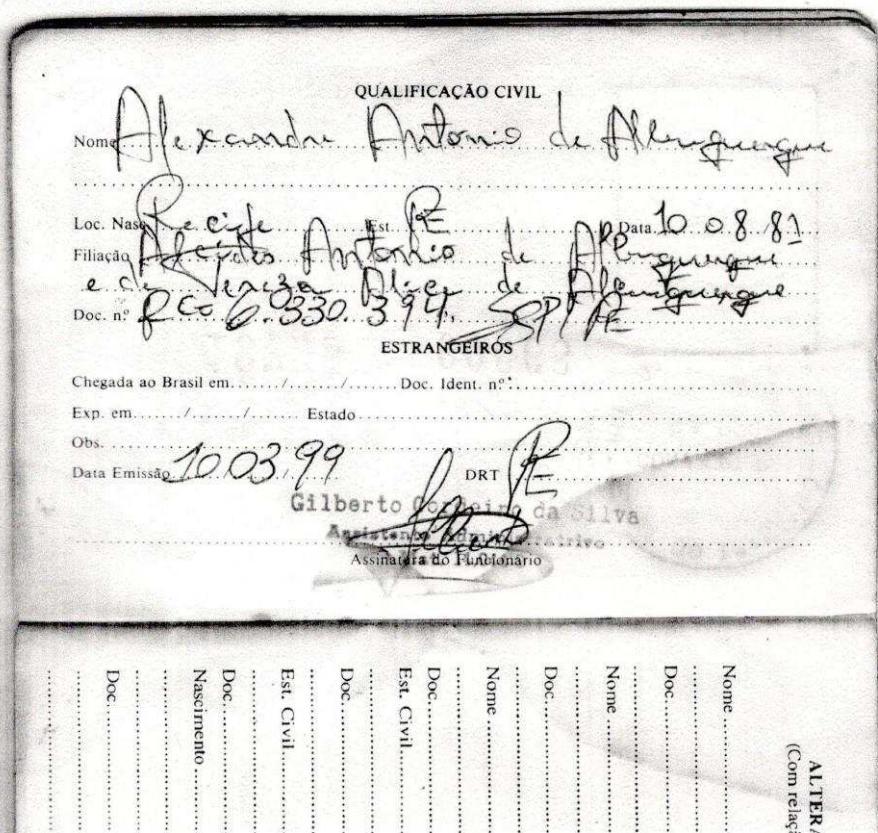
#### ANEXO MECÂNICA

#### ANEXO MECÂNICA

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



ns que o cercam  
ipreciada, para  
iso ser pesqui-  
ocoro médico  
'uiosos" con-  
tar serviços de  
é for vítima de  
voçê deve res-  
la CIPA e de  
ção onde vo-  
m a acidentes  
dos nos carta-  
mudas não fa-  
máquinas nos  
ou lubrificá-  
cidentes Use  
o. dispositivos de  
abhalho. Voçê



12 10307222210000081 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: SENAI TERCEIRIZAÇÃO DE SERVIÇOS LTDA.  
CGC/MF: Drº José M. Gómez Almada, 117  
Rua: Bairro Novo - CEP 53030-120  
Município: Olinda - PE Est.:  
Esp. do estabelecimento:  
Cargo: Posteiro - Re

CBO nº: 07 - Abri de 2008  
Data admissão: 07 de Abril de 2008

Registro nº: Fls./Ficha: 4961

Remuneração especificada: 450,44  
(Quatrocemais e cinqüenta reais  
e quarenta e quatro centavos)

Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
Senai Terceirização de Serviços Ltda.

1º ..... 2º .....  
Data saída: 15 De Setembro de 2008

Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
Senai Terceirização de Serviços Ltda.

1º ..... 2º .....  
Com. Dispensa CD Nº: .....  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

13 CONTRATO DE TRABALHO

Empregador: .....  
.....

CGC/MF: .....  
.....

Rua: ..... N°: .....  
.....

Município: ..... Est.: .....  
.....

Esp. do estabelecimento: .....  
.....

Cargo: ..... CBO nº: .....  
.....

Data admissão: ..... de ..... de 19 .....  
.....

Registro nº: Fls./Ficha: .....  
.....

Remuneração especificada: .....  
.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
.....

1º ..... 2º .....  
Data saída: ..... de ..... de 19 .....  
.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.  
.....

1º ..... 2º .....  
Com. Dispensa CD Nº: .....  
.....



23/05/2019



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ABREU E LIMA

27ª CIRCUNSCRIÇÃO

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0117001597

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/05/2019 às 18:05

Completa o BO Número: 19E0117001150

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 24/11/2018 no período da Tarde**

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA BR 101 NORTE, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL / BR 101

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
AUGUSTO ANDRE DE ALBUQUERQUE ( OUTRO )  
ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE

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

**ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE** (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMae: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE Pa: ALCIDES ANTONIO DE ALBUQUERQUE Data de Nascimento: 10/01/1981 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA TUPA, 1030 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES VELHO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

**AUGUSTO ANDRE DE ALBUQUERQUE** (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMae: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE Pa: ALCIDES ANTONIO DE ALBUQUERQUE Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA TUPA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES VELHO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): AUGUSTO ANDRE DE ALBUQUERQUE, que estava em posse do(a) Sr(a): ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI Objeto apreendido: Não  
Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)



23/05/2019

Boletim de Ocorrência

Marca: KIH4203 (PERNAMBUCO/ NÃO INFORMADO)

Descrição: HONDA/CG 150 FAN ESI

**MOTONETA (VEÍCULO)** da propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/ NÃO INFORMADO/ NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: 0 (**UNIDADE NÃO INFORMADA**)

### Complemento / Observação

ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE, ESTÁ NOTICIANDO QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI PLACA KIH4203, DE PROPRIEDADE DE SEU IRMÃO AUGUSTO ANDRE DE ALBUQUERQUE QUANDO UM ELEMENTO DESCONHECIDO PILOTANDO UMA MOTONETA PREFOU BRUSCAMENTE NA SUA FRENTE, FAZENDO COM QUE PERDESSE O CONTROLE DERRAPASSE E CAISSE AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA DE IGARASSU E DEPOIS SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES E POSTERIORMENTE PARA SANTA CASA DE MISERICORDIA ONDE FOI ATENDIDO, CASO AFETO A DELEGACIA DE ABREU E LIMA

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

ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE

(VITIMA)

*Alexandre Antônio de Albuquerque*

B.O. registrado por: **JOÃO MARCOS ARRUDA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **152463-1**

*João Marcos Arruda de Oliveira*



# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

## PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

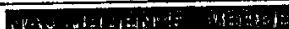
Data e hora retirada da senha: 25/11/2018 15:03

	Nome Paciente:	ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	10/08/1981
	Sexo:	Masculino
	Idade:	37
	Senha:	0093
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	SAME

Período: 25/11/2018 15:15 - 25/11/2018 15:16

MAYARA BORGES DE LIRA - COREN: 496932 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

 PRETO

VERDE

Cor:

Queixa Principal:

DOR EM MSE APOS QUEDA DE MOTO HÁ 1DIA SIC

Observação:

ALERGIA MEDICAMENTOSA:NEGA

HAS-

DM-

Exame/Exame sintoma:

TRAUMA

Examinador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. DISTOLICA: 89.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 152.00 MMHG

Acolhido(a) por: MAYARA BORGES DE LIRA - COREN: 496932 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 25/11/2018 15:16



Atendimento: 1027352

Data e Hora: 25/11/2018 15:22

Senha da Classificação:

Paciente: 331410 ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO  
Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567  
Endereço: RUA TUPA -- Bairro: PLANALTO

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53550080 Usuário Atendimento: IRANDIRAB  
RG (Identidade):

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Data de Emissão: CNS: 700808971960180  
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Fone: 87532912

Data de Emissão CRN:

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm PA: \_\_\_\_\_ mmhg  
DATA: 25/11/18 HORA: 15:29

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Door de moto corteu apresentando  
escoriação em ombro (E) (SIC)*

EXAME FÍSICO:

*escoriação em ombro (E)  
nenhuma lesão intacta (NMP)*

*26/11/18*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

*FX 1/3 DISTAL CHAVICURA (D)*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

*RX ombro (E) : FX 1/3 DISTAL CHAVICURA*

PREScrição MÉDICA:

HORÁRIO

<i>Profissional - Dr. Amorim (A)</i>	
<i>1/3 DISTAL</i>	
<i>Solicito Sembol PI + to cirurgico</i>	

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:  Ambulatório  Sala Verde  Sala Amarela  Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



**EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)**

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

277

278

279

280

281

282

283

284

285

286

287

288

289

290

291

292

293

294

295

296

297

298

299

300

301

302

303

304

305

306

307

308

309

310

311

312

313

314

315

316

317

318

319

320

321

322

323

324

325

326

327

328

329

330

331

332

333

334

335

336

337

338

339

340

341

342

343

344

345

346

347

348

349

350

351

352

353

354

355

356

357

358

359

360

361

362

363

364

365

366

367

368

369

370

371

372

373

374

375

376

377

378

379

380

381

382

383

384

385

386

387

388

389

390

391

392

393

394

395

396

397

398

399

400

401

402

403

404

405

406

407

408

409

410

411

412

413

414

415

416

417

418

419

420

421

422

423

424

425

426

427

428

429

430

431

432

433

434

435

436

437

438

439

440

441

442

443

444

445

446

447

448

449

450

451

452

453

454

455

456

457

458

459

460

461

462

463

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

474

475

476

477

478

479

480

481

482

483

484

485

486

487

488

489

490

491

492

493

494

495

496

497

498

499

500

501

502

503

504

505

506

507

508

509

510

511

512

513

514

515

516

517

518

519

520

521

522

523

524

525

526

527

528

529

530

531

532

533

534

535

536

537

538

539

540

541

542

543

544

545

546

547

548

549

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

550

551

552

553

554

555

556

557

558

559

560

561

562

563

564

565

566

567

568

569

570

571

572

573

574

575

576

577

578

579

580

581

582

583

584

585

586

587

588

589

590

591

592

593

594

595

596

597

598

599

600

601

602

603

604

605

606

607

608

609

610

611

612

613

614

615

616

617

618

619

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

620

621

622

623

624

625

626

627

628

629

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

630

631

632

633

634

635

636

637

638

639

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

640

641

642

643

644

645

646

647

648

649

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

650

651

652

653

654

655

656

657

658

659

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

660

661

662

663

664

665

666

667

668

669

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

670

671

672

673

674

675

676

677

678

679

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

680

681

682

683

684

685

686

687

688

689

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

690

691

692

693

694

695

696

697

698

699

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

700

701

702

703

704

705

706

707

708

709

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

710

711

712

713

714

715

716

717

718

719

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

720

721

722

723

724

725

726

727

728

729

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

730

731

732

733

734

735

736

737

738

739

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

740

741

742

743

744

745

746

747

748

749

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

750

751

752

753

754

755

756

757

758

759

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

760

761

762

763

764

765

766

767

768

769

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

770

771

772

773

774

775

776

777

778

779

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

780

781

782

783

784

785

786

787

788

789

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

790

791

792

793

794

795

796

797

798

799

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

800

801

802

803

804

805

806

807

808

809

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

810

811

812

813

814

815

816

817

818

819

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

820

821

822

823

824

825

826

827

828

829

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

830

831

832

833

834

835

836

837

838

839

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

840

841

842

843

844

845

846

847

848

849

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

850

851

852

853

854

855

856

857

858

859

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

860

861

862

863

864

865

866

867

868

869

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

870

871

872

873

874

875

876

877

878

879

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

880

881

882

883

884

885

886

887

888

889

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

890

891

892

893

894

895

896

897

898

899

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

900

901

902

903

904

905

906

907

908

909

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

910

911

912

913

914

915

916

917

918

919

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

920

921

922

923

924

925

926

927

928

929

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

930

931

932

933

934

935

936

937

938

939

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

940

941

942

943

944

945

946

947

948

949

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

950

951

952

953

954

955

956

957

958

959

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

960

961

962

963

964

965

966

967

968

969

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

970

971

972

973

974

975

976

977

978

979

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

980

981

982

983

984

985

986

987

988

989

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

990

991

992

993

994

995

996

997

998

999

1000

1001

1002

1003

1004

1005

1006

1007

1008

1009

1000</p

# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 25/11/2018 15:03

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente:	ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE
Cód. Paciente:	331410
Data de Nascimento:	10/08/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	0093
Convênio:	2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Atendimento:	1027352
SAME:	

Período: 25/11/2018 15:15 - 25/11/2018 16:41

KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade:

**URGÊNCIA AMARELO**

Cor:

**AMARELO**

Queixa Principal:

DOR EM MSE APOS QUEDA DE MOTO HÁ 1DIA SIC

Observação:

ALERGIA MEDICAMENTOSA:NEGA

HAS-

DM-

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- RÉGUA DE DOR: 5

Período: 25/11/2018 15:15 - 25/11/2018 15:16

MAYARA BORGES DE LIRA - COREN: 496932 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

**NAO URGENTE - VERDE**

Cor:

**VERDE**

Queixa Principal:

DOR EM MSE APOS QUEDA DE MOTO HÁ 1DIA SIC

Observação:

ALERGIA MEDICAMENTOSA:NEGA

HAS-

DM-

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. DISTOLICA: 89.00 MMHG

- P.A. SISTOLICA: 152.00 MMHG

Acolhido(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 496932 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/11/2018 16:41



# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 26/11/2018 21:04

Nome Paciente:	ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	10/08/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	0227
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Periodo: 26/11/2018 21:05 - 26/11/2018 21:05

MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: DOR EM MSE APOS QUEDA DE MOTO SIC HA 1 DIA

Observação: PACIENTE RETORNOU DO HMA COM CONTRA REFERENCIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 26/11/2018 21:05



Atendimento: 1027798

Senha da Classificação:

Data e Hora: 26/11/2018 21:21

**0227**

Paciente: 331410 ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe:: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA TUPA

-- 1314

Bairro: PLANALTO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE Cep: 53550080

Usuário Atendimento: MARCOSMRS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS : 700808971960180

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87532912

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm PA: \_\_\_\_\_ mmhg

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

**QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**

---



---



---



---

**EXAME FÍSICO:**

---



---



---



---

**HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):**

---



---

**SOLICITAÇÃO DE EXAMES:**

---



---

**PREScrição MÉDICA:**

**HORÁRIO**


Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:  Ambulatório  Sala Verde  Sala Amarela  Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



**EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)**

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

## EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

---

---

---

**DESTINO:**

ALTA: ( ) Melhorada ( ) Com Atestado ( ) Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: \_\_\_\_\_ SENHA: \_\_\_\_\_

( ) ÓBITO Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_\_ ( ) ATESTADO DE ÓBITO ( ) SVO ( ) IML

**Médico / Cremepe:**

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

**Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.**

**NOME LEGÍVEL:** \_\_\_\_\_

BG:

#### GRAU DE PARENTESCO:

**ASSINATURA:**

**RECEPÇÃO / CARIMBOS:**

1. *What is the primary purpose of the study?* (e.g., to evaluate the effectiveness of a new treatment, to describe a population, to compare two groups, to predict an outcome, to explore a phenomenon)



# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/11/2018 21:34

Nome Paciente:	ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE
Cód. Paciente:	331410
Data de Nascimento:	10/08/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	0181
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 27/11/2018 21:35 - 27/11/2018 21:35

DANIELLE FRANÇA D'ALBUQUERQUE ALVES - COREN: 133786 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

FRATURA DE MSE

Observação:

PCTE HÁ MAIS DE 24H NA UNIDADE

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: DANIELLE FRANÇA D'ALBUQUERQUE ALVES - COREN: 133786 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/11/2018 21:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211614600000048823980>  
Número do documento: 19082109211614600000048823980

Num. 49592194 - Pág. 8

Atendimento: 1028130

Data e Hora: 27/11/2018 21:36

Senha da Classificação.

0181

Paciente: 331410 ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO  
Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe:: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA TUPA

-- 1314

Bairro: PLANALTO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE Cep: 53550080

Usuário Atendimento: DENISERS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS : 700808971960180

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87532912

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm PA: \_\_\_\_\_ mmhg  
DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Frauenha clavícula*  
*doe,*

EXAME FÍSICO:

*anterior direito doloroso*

HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICA(S):

*Frauenha clavícula D.*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

D: Marcos Cesar de Carvalho S.  
CRM: 1234567  
Ortopedista / Traumatologista  
Centro de Quadril

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:  Ambulatório  Sala Verde  Sala Amarela  Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA:  Melhorada  Com Atestado  Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: \_\_\_\_\_ SENHA: \_\_\_\_\_

ÓBITO Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_ / \_\_\_\_  ATESTADO DE ÓBITO  SVO  IML

Médico / Cremepe: \_\_\_\_\_

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANO!

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho  
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ ; \_\_\_\_

NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO / CARIMBOS: \_\_\_\_\_



# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 29/11/2018 05:09

Nome Paciente:	ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	10/08/1981
Sexo:	Masculino
Idade:	37
Senha:	0011
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 29/11/2018 05:09 - 29/11/2018 05:10

PAULO HENRIQUE MOURA DE MACEDO - COREN: 361513 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	NAO URGENTE
Cor:	VERDE
Queixa Principal:	FT EM MSE
Observação:	PCT COM MAIS DE 24 HS NA UNID AG . REMOCAO AO HMA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR LEVE (1-3/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: PAULO HENRIQUE MOURA DE MACEDO - COREN: 361513 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 29/11/2018 05:10



Atendimento: 1028440

Data e Hora: 29/11/2018 05:14

Senha da Classificação:

0011

Paciente: 331410 ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO  
Nome Social :

Data do Nascimento: 10/08/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe:: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567

Endereço: RUA TUPA -- 1314 Bairro: PLANALTO

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53550080 Usuário Atendimento: MARCOSMRS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS : 700808971960180

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87532912

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm PA: \_\_\_\_\_ mmhg  
DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

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

EXAME FÍSICO:

24/11/2018

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

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

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO


Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:  Ambulatório  Sala Verde  Sala Amarela  Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

HJF 22/11/2018



**EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)**

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

## EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

---

---

---

#### DESTINO:

ALTA:  Melhorada  Com Atestado  Com Prescrição

( ) TRANSFERÊNCIA LOCAL: SENHA:

( ) ÓBITO Data: / / Às ( ) ATESTADO DE ÓBITO ( ) SVO ( ) IMI

MediaCom

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

**Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.**

DATA: / /

**HORA:** :

**NOME LEGÍVEL:** RODRIGO VIEIRA DE SOUZA

© 2014 Pearson Education, Inc.

1995年1月1日，中国加入世界贸易组织，中国开始实施新的开放政策。

PROTEÇÃO DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

### RECEPÇÃO / CARIMBOS.



# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 29/11/2018 05:09

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

<b>Nome Paciente:</b>	ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE
<b>Cód. Paciente:</b>	331410
<b>Data de Nascimento:</b>	10/08/1981
<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Idade:</b>	37
<b>Senha:</b>	0011
<b>Convênio:</b>	2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
<b>Atendimento:</b>	1028440
<b>SAME:</b>	

Período: 29/11/2018 05:09 - 29/11/2018 05:21

PAULO HENRIQUE MOURA DE MACEDO - COREN: 361513 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade:

**URGÊNCIA - AMARELO**

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

FT EM MSE

Observação:

PCT COM MAIS DE 24 HS NA UNID AG . REMOCAO AO HMA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 29/11/2018 05:09 - 29/11/2018 05:10

PAULO HENRIQUE MOURA DE MACEDO - COREN: 361513 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

**URGÊNCIA - VERDE**

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

FT EM MSE

Observação:

PCT COM MAIS DE 24 HS NA UNID AG . REMOCAO AO HMA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: PAULO HENRIQUE MOURA DE MACEDO - COREN: 361513 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/11/2018 05:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211614600000048823980>

Número do documento: 19082109211614600000048823980

Num. 49592194 - Pág. 14

# UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/11/2018 05:25

	Nome Paciente:	ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	10/08/1981
	Sexo:	Masculino
	Idade:	37
	Senha:	0009
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

Período: 30/11/2018 05:26 - 30/11/2018 05:26

MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA/AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MSE

Observação:

PACIENTE COM MAIS DE 24 HS NA UNIDADE

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/11/2018 05:26

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211614600000048823980>

Número do documento: 19082109211614600000048823980

Num. 49592194 - Pág. 15

Atendimento: 1028780

Data e Hora: 30/11/2018 05:30

Senha da Classificação:

0009

Paciente: 331410 ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe:: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA TUPA

-- 1314

Bairro: PLANALTO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE Cep: 53550080

Usuário Atendimento: FABIANACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS : 700808971960180

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87532912

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C FC: \_\_\_\_\_ bpm FR: \_\_\_\_\_ rpm PA: \_\_\_\_\_ mmhg

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

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Fulme 24. by

EXAME FÍSICO:

W.MA

Alves

20/11/18

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO


Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO:  Ambulatório  Sala Verde  Sala Amarela  Sala Vermelha

Médico / Cremepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA:  Melhorada  Com Atestado  Com Prescrição

TRANSFERÊNCIA LOCAL: \_\_\_\_\_ SENHA: \_\_\_\_\_

ÓBITO Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ÀS \_\_\_\_ ( ) ATESTADO DE ÓBITO  SVO  IML

Médico / Cremepe: \_\_\_\_\_

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANO!

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

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

NOME LEGÍVEL: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO / CARIMBOS: \_\_\_\_\_



PE

Pernambuco

HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

TRANSFERÊNCIA – PLANTÃO RESTRITO

NOME: ALEXANDRE ANTONIO ALBUQUERQUE

REGISTRO: 120681

REENCAMINHO O/A PACIENTE SUPRACITADO/A AO SERVIÇO DE ORIGEM, POIS O PLANTÃO ENCONTRA-SE RESTRITO (APENAS PARA FRATURAS EXPOSTAS), DEVIDO À FALTA DE ESPAÇO FÍSICO E LEITOS DISPONÍVEIS PARA ADMISSÃO; POR CONTA DA SUPERLOTAÇÃO DESTE SERVIÇO, SOB ORIENTAÇÃO DA COORDENAÇÃO DA ORTOPEDIA E DIREÇÃO MÉDICA DO HOSPITAL, ORIENTO RETORNAR AO SERVIÇO DE ORIGEM E TENTAR NOVO CONTATO COM A EMERGÊNCIA DESTE HOSPITAL PARA RETORNO NOS PRÓXIMOS PLANTÕES E SEGUIMENTO DO SEU TRATAMENTO.

AGRADECemos A COMPREENSÃO

PAULISTA, 26/11/2018

+ DR FAGNER ATHAYDE

Dr. Hudson Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 26.720





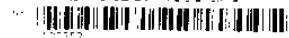
**PRESCRIÇÃO - TRATAMENTOS  
CONTROLE E DE APLICAÇÕES**

1. ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE

PA: TEPEDAS ALBUQUERQUE ALBUQUERQUE

Nome: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_



Clinica: Ortopedia Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	Prescrição e Tratamento	Dose	Via	Intervalo	Horário
23/11/18	- Dofetilidol livre			23:30	00:30
	- Dipirona 500mg - 02cp, VO, 6/6h/11:30				
	- Fomeal 500mg VO/TA + 100ml SE 0,9% EV. 8/8h (SN)				
	- SSVV				

Dr. GUSTAVO PEZZI  
CRM: 27639  
R: 316  
COT: 1158

26/11/18 (1) Dofetilidol livre  
(2) Dipirona - 02cp + AD EV 6/6h 11:30 17:30  
(3) Fomeal 500mg > EV 8/8h SN  
SE 0,9% 100ml  
(4) Flazil - 02cp + AD EV 8/8h SN  
(5) SSVV + CC 66

Dr. GUSTAVO PEZZI  
CRM: 27639  
R: 316  
COT: 1158

18/08/2019 12:18  
CRM: 27639  
R: 316  
COT: 1158



## **PREScrição - TRATAMENTOS CONTROLE DE APLICAÇÕES**

Nome: ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

— 30 —

201 

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

Enfermaria: \_\_\_\_\_

Leito:

Data/Hora	Prescrição e Tratamento	Dose	Via	Intervalo	Horário
28/11/18	1) Dietá Líquida				
	2) Diprofuma 1g - CV - 6/CH				10:30
	3) Etodolac 600mg + 1000mg S/CH				16:30
	4) Fisioterapia 10:14 + 20:00 S/CH				10:30
	5) SIB 1000 + 1000				10:30
23/11	1) Dietá Líquida				
	2) Sintoma 1: 1000 S/CH 09:00				10:30
	3) Fisioterapia 10:14 + 20:00 S/CH				10:30
	4) SIB 1000 + 1000				10:30
20/11/18	1) Dietá Líquida				
	2) Diprofuma 1g - 1D, CV, 6/CH				
	3) Fisioterapia 09:00 + 16:30 S/CH				
	EV, SIB 1000 S/CH				
	4) SIB 1000 + 1000				





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
IGARASSU

GESTÃO  
IMIP

### EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Alexander Antunes de Albuquerque Registro: 331610  
Responsável: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Data/Hora	25/08/18 16:44h	Enfermeiro-2 Médico que atendido vítima tem como suspeita hipertensão para o HMA, no momento não embolismo pulmão. n 14310
	25/08/18 21:50h	Paciente entubado, com intubação - gas que momento medicado O2 100%, segura expectorar, remessa de urina.
	26/08/18 08:27h	Paciente segue em vigilância para o HMA, em ambulatório hospital (Mais Vida), acompanhado por técnica de enfermagem
	27/08/18 09:00h	Paciente seguindo o HMA acompanhado por enfermeiro que faz expulsão de urina e urina em coletor e, sempre acompanhado remessa para HMA.
	27/08/18 20:25	Pct. idem no dia 20h o paciente de expulsão aquela vez de urina no coletor de urina, remessa de urina, fez coletor e remessa de urina, técnica de enfermagem pela 1º vez
		<b>Jose Frederico P. Cordeiro</b> MENF - PE 289823 ENF



Data/Hora	Observação
23/11/18 08:50	Paciente estavam, consciente, orientado, expresso med. CRM: Alexandra Ressarces p/ HMA - oft.
	<i>Atendimento de classe</i> COREN-PE 057.382-ENF
26/11/18 09:55	Paciente estava no leito, desabrigado, com dificuldade para falar devido ao humor tão profundo CRU, segue quadro de semanas de HMA, pôssem o processo fisi e seletivo em evolução ob. HMA. Bem pa lar expressão.
	<i>Paulo Henrique Macado</i> COREN-PE 361513-ENF
29/11/18 09:40	Paciente, quando o ECR, consciente, con tendo capacidade, compreende, memória e pa tente. Sigue evolução de processo de HMA.
	<i>Roberto</i> COREN-PE 203023-ENF
30/11/18 08:30	Pt. A. sem alterações, segue em recuperação não comissão p/ alta
	<i>Roberto P. S. Uchôa</i> COREN-PE 41211-ENF





PERNAMBUCO  
ESTADO DA BRASILIA

**UPA 24h**

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IGARASSU

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

GESTÃO  
  
IMIP

DATA: 27/11/13 HORA: 16:45

#### HISTÓRICO

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Alexandria Antonio de Almeida Idade: 37 Nº do atendimento: 1027351  
Procedência: \_\_\_\_\_ Acompanhado por: \_\_\_\_\_

#### 2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Door em clavícula /ombro é agudamente de dor.

#### 3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais: \_\_\_\_\_ ( Tabagismo ( Etilismo ( Cardiopatia ( Diabetes ( HAS ( Epilepsia  
 Depressão ( Câncer ( Doenças pulmonar ( Outras \_\_\_\_\_

#### EXAME FÍSICO

#### 4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( Bom ( Regular ( Grave

#### 5. INTEGRIDADE DA PELE

Normocrado ( Hipocrômico ( Acanótico ( Clanótico ( Anictérico ( Ictérico ( Pele fria ( Pele úmida ( Reações Alérgicas  
 EDEMAS ( Face ( Pálpebra ( MMSS ( MMII ( Anasarca ( ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: \_\_\_\_\_

#### 6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( Consciente ( Orientado ( Desorientado ( Inconsciente ( Tonooso ( Sedado PUPILAS: ( Olho direito  
( Olho esquerdo ( Normais ( Isocônicas ( Anisocônicas ( Estrabismo ( Midriase ( Miose ( Fotoreagente

#### 7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ( Cooperativo ( Choroso ( Irritado ( Sonolento ( Ansioso ( Agitado

#### 8. SINAIS VITAIS

Afebril ( Febril T. AXILAR = 36,5 °C FR = 16 bpm Sat 02 = 98 % ( Eupneico ( Dispnéico ( Traqueostomia ( Entubado  
MURMÚRIOS VESICULARES: ( Presentes ( Ausentes ( Diminuídos RUIDOS ADVENTICIOS: ( Roncos ( Sibilos ( Crepitantes FC = 80 bpm  
PA: 120/80 mmHg PULSO: ( Filiforme ( Cheio ( Rítmico ( Ausente ACESSO VENOSO: ( Central Jugular ( Central Subclávia  
( Periférico LOCAL: \_\_\_\_\_

#### 9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ( VO ( Aceita bem ( Parcialmente ( Não aceita ( SNG ( SNE ABDOME: ( Flácido ( Tensão ( Distendido ( Globoso ( Piano  
( Doloroso ( Acrítico ( Gravídico EVACUAÇÃO: ( Normal ( Constipação ( Flatus ( Diarréia Nº evacuações \_\_\_\_\_ Aspecto: ( Normal  
( Viscoso ( Liquido ( Melena ( Odor fétido ( Odor característico ÉMASE Aspecto: ( Hematêmese ( com resíduo alimentar



1. ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Padrão respiratório prejudicado	( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito elevado a _____ graus. ( <input type="checkbox"/> ) Aspirar VAS com técnica asséptica S/N ( <input type="checkbox"/> ) Comunicar alterações da frequência respiratória ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
2. Dor ( <input type="checkbox"/> ) Crônica      ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Aguda	( <input type="checkbox"/> ) Anotar localização e as características da dor ( <input type="checkbox"/> ) Aplicar escala de dor ( 0 a 10 ) ( <input type="checkbox"/> ) Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
3. ( <input type="checkbox"/> ) Instabilidade de pressão arterial	( <input type="checkbox"/> ) Aferir pressão arterial à cada _____ / _____ h ( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito no leito a _____ graus ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
4. ( <input type="checkbox"/> ) Edema Local:	( <input type="checkbox"/> ) Descrever características do edema ( <input type="checkbox"/> ) Registrar presença de inflamação / infecção ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
5. Temperatura Corporal ( <input type="checkbox"/> ) Diminuída ( <input type="checkbox"/> ) Elevada	( <input type="checkbox"/> ) Aferir temperatura de _____ / _____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 35^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,7^{\circ}\text{C}$ ( <input type="checkbox"/> ) Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia ( <input type="checkbox"/> ) Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
6. Glicemia Prejudicada ( <input type="checkbox"/> ) Diminuída ( <input type="checkbox"/> ) Aumentada	( <input type="checkbox"/> ) Aferir e registrar HGT de _____ / _____ h ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
7. ( <input type="checkbox"/> ) Náuseas	( <input type="checkbox"/> ) Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições
8. ( <input type="checkbox"/> ) Vômitos	( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar frequência e características do vômito
9. ( <input type="checkbox"/> ) Diarréia	( <input type="checkbox"/> ) Registrar frequência e aspecto da diarréia ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
10. ( <input type="checkbox"/> ) Integridade da pele prejudicada	( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar alterações na integridade da pele
11. ( <input type="checkbox"/> ) Risco para lesão	( <input type="checkbox"/> ) Realizar higiene íntima após eliminações ( <input type="checkbox"/> ) Manter lençóis limpos secos e esticados ( <input type="checkbox"/> ) Diminuir pressão nas proeminências ósseas ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
12. ( <input type="checkbox"/> ) Depressão	( <input type="checkbox"/> ) Manter vigilância constante
13. ( <input type="checkbox"/> ) Uso de álcool	( <input type="checkbox"/> ) Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente ( <input type="checkbox"/> ) Manter grades elevadas ( <input type="checkbox"/> ) Realizar contenção no leito SN ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
14. ( <input type="checkbox"/> ) Risco para aspiração	( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito a 45° ( <input type="checkbox"/> ) Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
15. ( <input type="checkbox"/> ) Risco para infecção	( <input type="checkbox"/> ) Evitar manuseio excessivo do paciente ( <input type="checkbox"/> ) Anotar e comunicar alteração de temperatura $> 37,7^{\circ}\text{C}$ ( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
16. ( <input type="checkbox"/> )	( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) Outros:

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica FC- Frequência Cardíaca DUM- Data da última menstruação VAS- Via Aérea Superior	MMSS- Membros Superiores VO - Via Oral IG- Idade Gestacional	MMII- Membros inferiores SVD- Sonda vesical de demora SNG- Sonda Nasogástrica	FR- Frequência respiratória SVA- Sonda vesical de arivo SNE- Sonda Nasenteral
--	--	---	---

Enfermeiro (a) / COREN- DIURNO  6-19332	Enfermeiro (a) / COREN- NOTURNO  Validade: 01/09/2019
Técnico / Auxiliar / COREN - DIURNO	Técnico / Auxiliar / COREN - NOTURNO





1. ( <input type="checkbox"/> ) Padrão respiratório prejudicado		( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito elevado a _____ graus. ( <input type="checkbox"/> ) Aspirar VAS com técnica aséptica S/N ( <input type="checkbox"/> ) Comunicar alterações da frequência respiratória ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
2. Dor ( <input type="checkbox"/> ) Crônica ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Aguda		( <input type="checkbox"/> ) Anotar localização e as características da dor ( <input type="checkbox"/> ) Aplicar escala de dor ( 0 à 10 ) ( <input type="checkbox"/> ) Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
3. ( <input type="checkbox"/> ) Instabilidade de pressão arterial		( <input type="checkbox"/> ) Aferir pressão arterial a cada ____ / ____ h ( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito no leito a _____ graus ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
4. ( <input type="checkbox"/> ) Edema Local:		( <input type="checkbox"/> ) Descrever características do edema ( <input type="checkbox"/> ) Registrar presença de inflamação / infecção ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
5. Temperatura Corporal ( <input type="checkbox"/> ) Diminuída ( <input type="checkbox"/> ) Elevada		( <input type="checkbox"/> ) Aferir temperatura de ____ / ____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq$ 35°C ou $\geq$ 37,7°C ( <input type="checkbox"/> ) Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia ( <input type="checkbox"/> ) Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
6. Glicemia Prejudicada ( <input type="checkbox"/> ) Diminuída ( <input type="checkbox"/> ) Aumentada		( <input type="checkbox"/> ) Aferir e registrar HGT de ____ / ____ h ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
7. ( <input type="checkbox"/> ) Náuseas		( <input type="checkbox"/> ) Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições ( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar frequência e características do vômito
8. ( <input type="checkbox"/> ) Vômitos		( <input type="checkbox"/> ) Registrar frequência e aspecto da diarréia ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
9. ( <input type="checkbox"/> ) Diarréia		( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar alterações na integridade da pele ( <input type="checkbox"/> ) Realizar higiene íntima após el minações ( <input type="checkbox"/> ) Manter lençóis limpos secos e esticados ( <input type="checkbox"/> ) Diminuir pressão nas proeminências ósseas ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
10. ( <input type="checkbox"/> ) Integridade da pele prejudicada		( <input type="checkbox"/> ) Manter vigília constante ( <input type="checkbox"/> ) Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente
11. ( <input type="checkbox"/> ) Risco para lesão		( <input type="checkbox"/> ) Manter grades elevadas ( <input type="checkbox"/> ) Realizar contenção no leito S/N ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
12. ( <input type="checkbox"/> ) Depressão		( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito a 45°
13. ( <input type="checkbox"/> ) Uso de álcool		( <input type="checkbox"/> ) Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
14. ( <input type="checkbox"/> ) Risco para aspiração		( <input type="checkbox"/> ) Evitar manuseio excessivo do paciente ( <input type="checkbox"/> ) Anotar e comunicar alteração de temperatura $>37,7^{\circ}\text{C}$ ( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
15. ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Risco para infecção		
16. ( <input type="checkbox"/> )		( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) Outros:

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

FC- Frequência Cardíaca

DUM- Data da ultima menstruação

VAS - Via Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores

VO - Via Oral

IG- Idade Gestacional

MMII- Membros inferiores

SVD- Sonda vesical de demora

SNG- Sonda Nasogástrica

FR- Frequência respiratória

SVA- Sonda vesical de olívia

SNE- Sonda Nasointeral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO

(Assinatura)

Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO

Técnico / Auxiliar / COREN - DIURNO

Técnico / Auxiliar / COREN - NOTURNO





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
IGARASSU

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

GESTÃO  
**IMIP**

DATA: 28/11/18 HORA: 08:10

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

Mr. ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE

#### HISTÓRICO

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: 34 N° do atendimento: \_\_\_\_\_  
Procedência: \_\_\_\_\_ Acompanhado por: \_\_\_\_\_

#### 2. QUEIXAS PRINCIPAIS

*Dor emNSE após queda de moto há 3,5h.*

#### 3. ANTECEDENTES PESSOAIS

( ) Alergias Quais: \_\_\_\_\_ ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia ( ) Diabetes ( ) HAS ( ) Epilepsia  
( ) Depressão ( ) Câncer ( ) Doenças pulmonar ( ) Outras \_\_\_\_\_

#### EXAME FÍSICO

#### 4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Grave

#### 5. INTEGRIDADE DA PELE

( ) Normocorado ( ) Lipocorado ( ) Acanótico ( ) Cianótico ( ) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alérgicas  
( ) EDEMAS ( ) Face ( ) Pálpebra ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Anasarca ( ) ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: \_\_\_\_\_

#### 6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ( ) Consciente ( ) Alertado ( ) Desorientado ( ) Inconsciente ( ) Tonooso ( ) Sedado PUPILAS: ( ) Olho direito  
( ) Olho esquerdo ( ) Normais ( ) Isocônicas ( ) Anisocônicas ( ) Estrabismo ( ) Midriase ( ) Miosie ( ) Fotorreagente

#### 7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ( ) Cooperativo ( ) Choroso ( ) Imitaco ( ) Sonolento ( ) Ansioso ( ) Agitado

#### 8. SINAIS VITais

( ) Afebril ( ) Febril T. AXILAR = °C FR = ipm Sat 02 = % ( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Traqueostomia ( ) Entubado  
MURMURIOS VESICULARES: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Distríbulos RUIDOS ADVENTICIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitantes FC = bpm  
PA = mmHg PULSO: ( ) Falso ( ) Cheio ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO: ( ) Central Jugular ( ) Central Subclávia.  
( ) Venoso LOCAL: *MSD*

#### 9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ( ) VO ( ) Aceita bem ( ) Parcialmente ( ) Não aceita ( ) SNG ( ) SNC-ABDOMEN ( ) Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Plano  
( ) Doloroso ( ) Ausente ( ) Gravidico EVACUAÇÃO: ( ) Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia N.º evacuações \_\_\_\_\_ Aspecto: ( ) Normal  
( ) Mucoso ( ) Líquida ( ) Melena ( ) Ocor fétido ( ) Odor característico ÉMASE: Aspecto ( ) Hematémase ( ) com resíduo alimentar

#### 10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ( ) Presente Aspecto: \_\_\_\_\_ ( ) Ausente ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria  
( ) Distúria ( ) Hemitúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

#### 11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ( ) Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ( ) Sim ( ) Não FORÇA MOTORA: ( ) Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local: \_\_\_\_\_  
( ) AMPUTAÇÃO Local: \_\_\_\_\_ ( ) GESSO Local: \_\_\_\_\_ ( ) TALA GESSIONADA Local: \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

#### 12. OBSTETRÍCIA

Gestas: \_\_\_\_\_ Paras: \_\_\_\_\_ Aborto P.M.: \_\_\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_ Dinâmica Úterina: \_\_\_\_\_ Perdas vaginais: \_\_\_\_\_



1. <input checked="" type="checkbox"/> Padrão respiratório prejudicado		( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito elevado a _____ graus. ( <input type="checkbox"/> ) Aspirar VAS com técnica asséptica S/N ( <input type="checkbox"/> ) Comunicar alterações da frequência respiratória ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
2. Dor <input type="checkbox"/> Crônica <input checked="" type="checkbox"/> Aguda		( <input type="checkbox"/> ) Anotar localização e as características da dor ( <input type="checkbox"/> ) Aplicar escala de dor ( 0 à 10 ) ( <input type="checkbox"/> ) Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
3. <input type="checkbox"/> Instabilidade de pressão arterial		( <input type="checkbox"/> ) Aferir pressão arterial á cada _____ / _____ h ( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito no leito a _____ graus ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
4. <input type="checkbox"/> Edema Local: _____		( <input type="checkbox"/> ) Descrever características do edema ( <input type="checkbox"/> ) Registrar presença de inflamação / infecção ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
5. Temperatura Corporal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Elevada		( <input type="checkbox"/> ) Aferir temperatura de _____ / _____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq$ 35°C ou $\geq$ 37,7°C ( <input type="checkbox"/> ) Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia ( <input type="checkbox"/> ) Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
6. Glicemia Prejudicada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada		( <input type="checkbox"/> ) Aferir e registrar HGT de _____ / _____ h ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
7. <input type="checkbox"/> Náuseas		( <input type="checkbox"/> ) Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições ( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar frequência e características do vômito	
8. <input type="checkbox"/> Vômitos		( <input type="checkbox"/> ) Registrar frequência e aspecto da diarréia ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
9. <input type="checkbox"/> Diarréia		( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar alterações na integridade da pele ( <input type="checkbox"/> ) Realizar higiene íntima após eliminações ( <input type="checkbox"/> ) Manter lençóis limpos secos e esticados ( <input type="checkbox"/> ) Diminuir pressão nas proeminências ósseas ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
10. <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada		( <input type="checkbox"/> ) Manter vigilância constante ( <input type="checkbox"/> ) Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente	
11. <input type="checkbox"/> Risco para lesão		( <input type="checkbox"/> ) Manter grades elevadas ( <input type="checkbox"/> ) Realizar contenção no leito SN ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
12. <input type="checkbox"/> Depressão		( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito a 45° ( <input type="checkbox"/> ) Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
13. <input type="checkbox"/> Uso de álcool		( <input type="checkbox"/> ) Evitar manuseio excessivo do paciente ( <input type="checkbox"/> ) Anotar e comunicar alteração de temperatura $> 37,7^{\circ}\text{C}$ ( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
14. <input type="checkbox"/> Risco para aspiração		( <input type="checkbox"/> ) <i>135V</i> ( <input type="checkbox"/> ) <i>CC 60</i> ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
15. <input checked="" type="checkbox"/> Risco para infecção		( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	
16. <input checked="" type="checkbox"/>		( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) Outros:	

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

FC- Frequência Cardíaca

DUM- Data da ultima menstruação

JAS- Via Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores

VO- Via Oral

IG- Idade Gestacional

MMII- Membros inferiores

SVD- Sonda vesical de demora

SNG- Sonda Nasogástrica

FR- Frequência respiratória

SVA- Sonda vesical de alívio

SNE- Sonda Nasoenteral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO

*Vanessa da Cunha*  
COREN-PE 377.382 ENF

Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO

*Paulo Henrique M. Macêdo*  
COREN-PE 364513 ENF

Técnico / Auxiliar / COREN - DIURNO

Técnico / Auxiliar / COREN - NOTURNO



PERNAMBUCO  
ESTADO DE PERNAMBUCOUPA 24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
IGARASSUGESTÃO  
IMIPSISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

DATA: 25/08/2018 HORA: 08:22

## HISTÓRICO

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE

Procedência: SAMU 192 - 192

Idade: 37 Anos Nº do atendimento:

Acompanhado por:

## 2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fadiga em clarete

## 3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais:  Tabagismo  Etilismo  Cardiopatia  Diabetes  HAS  Epilepsia  
 Depressão  Câncer  Doenças pulmonar  Outras

## EXAME FÍSICO

## 4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL:  Bom  Regular  Grave

## 5. INTEGRIDADE DA PELE

Normocorado  Hipocorado  Acanótico  Cianótico  Anictérico  Ictérico  Pele fria  Pele úmida  Reações Alérgicas  
 EDEMAS  Face  Pálpebra  MMSS  MMII  Anasarca  ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL

## 6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:  Consciente  Orientado  Desorientado  Inconsciente  Teporoso  Sedado **PUPILAS:**  Olho direito  
 Olho esquerdo  Normais  Isocônicas  Anisocônicas  Estrabismo  Midriase  Miose  Folcloreagente

## 7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL:  Cooperativo  Choroso  Irritado  Sonolento  Ansioso  Agitado

## 8. SINAIS VITais

Afibril  Febril T. AXILAR = °C FR ipm Sat 02= %  Fúneico  Disfúneico  Traqueostomia  Entubado  
 MURMÚRIOS VESICULARES:  Presentes  Ausentes  Diminuídos **RUIDOS ADVENTÍCIOS:**  Roncos  Sibilos  Crepitantes FC bpm  
 PA: mmHg PULSO:  Filitrício  Cheio  Rítmico  Ausente **ACESSO VENOSO:**  Central Jugular  Central Subclávia  
 Periférico LOCAL:

## 9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

**DIETA:**  ÁVIO  Aceita bem  Parcialmente  Não aceita  SNG  SNE **ABDOMÉ:**  Flácido  Tenso  Distendido  Globoso  Planificado  Doloroso  Accítico  Gravidico **EVACUAÇÃO:**  Normal  Constipação  Flatos  Diarréia Nº evacuações  Aspecto:  Normal  
 Mucoso  Líquido  Melena  Odor fétido  Odor característico **ÉMASE:** Aspecto:  Hematémase  com resíduo alimentar

## 10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

**DIURESE:**  Presente Aspecto:  Ausente  Espontânea  SVD  SVA  Cistotomia  Irrigação  Anúria  
 Disuria  Hematuria  Oligúria  Polaciúria

## 11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

**MOBILIDADE:**  Ativa  Passiva **MOVIMENTO CONSERVADO:**  Sim  Não **FORÇA MOTORA:**  Sim  Não **PARESIA Local:** \_\_\_\_\_  
 AMPUTAÇÃO Local:  GESEN Local:  TALA GESEN Local: \_\_\_\_\_  
 Outros: \_\_\_\_\_

## 12. OBSTÉTRICA

Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Aborto DUM: / / IC: \_\_\_\_\_ Dinâmica Uterina: \_\_\_\_\_ Perdas vaginais: \_\_\_\_\_



1. <input type="checkbox"/> Padrão respiratório prejudicado		( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito elevado a _____ graus. ( <input type="checkbox"/> ) Aspirar VAS com técnica asséptica S/N ( <input type="checkbox"/> ) Comunicar alterações da frequência respiratória ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
2. Dor <input type="checkbox"/> Crônica <input checked="" type="checkbox"/> Aguda		( <input type="checkbox"/> ) Anotar localização e as características da dor ( <input type="checkbox"/> ) Aplicar escala de dor ( 0 à 10 ) ( <input type="checkbox"/> ) Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
3. <input type="checkbox"/> Instabilidade de pressão arterial		( <input type="checkbox"/> ) Aferir pressão arterial a cada ____ / ____ h ( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito no leito a _____ graus ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
4. <input type="checkbox"/> Edema local:		( <input type="checkbox"/> ) Descrever características do edema ( <input type="checkbox"/> ) Registrar presença de inflamação / infecção ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
5. Temperatura Corporal <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Elevada		( <input type="checkbox"/> ) Aferir temperatura de ____ / ____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq$ 35°C ou $\geq$ 37,7°C ( <input type="checkbox"/> ) Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia ( <input type="checkbox"/> ) Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia ( <input type="checkbox"/> ) Outras:
6. Glicemia Prejudicada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Aumentada		( <input type="checkbox"/> ) Aferir e registrar HGT de ____ / ____ h ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
7. <input type="checkbox"/> Náuseas		( <input type="checkbox"/> ) Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições
8. <input type="checkbox"/> Vômitos		( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar frequência e características do vômito
9. <input type="checkbox"/> Diarréia		( <input type="checkbox"/> ) Registrar frequência e aspecto da diarréia ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
10. <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada		( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar alterações na integridade da pele
11. <input type="checkbox"/> Risco para lesão		( <input type="checkbox"/> ) Realizar higiene íntima após eliminações ( <input type="checkbox"/> ) Manter lençóis limpos secos e esticados ( <input type="checkbox"/> ) Diminuir pressão nas proeminências ósseas ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
12. <input type="checkbox"/> Depressão		( <input type="checkbox"/> ) Manter vigilância constante
13. <input type="checkbox"/> Uso de álcool		( <input type="checkbox"/> ) Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente ( <input type="checkbox"/> ) Manter grades elevadas ( <input type="checkbox"/> ) Realizar contenção no leito SN ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
14. <input type="checkbox"/> Risco para aspiração		( <input type="checkbox"/> ) Manter decúbito a 45° ( <input type="checkbox"/> ) Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
15. <input checked="" type="checkbox"/> Risco para infecção		( <input type="checkbox"/> ) Evitar manuseio excessivo do paciente ( <input type="checkbox"/> ) Anotar e comunicar alteração de temperatura $>37,7^{\circ}\text{C}$ ( <input type="checkbox"/> ) Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos ( <input type="checkbox"/> ) Outros:
16. <input checked="" type="checkbox"/>		( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) ( <input type="checkbox"/> ) Outros:

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

FC- Frequência Cardíaca

DUM- Data da última menstruação

VAS- Via Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores

VO - Via Oral

IG- Idade Gestacional

MMII- Membros inferiores

SVD- Sonda vesical de demora

SNG- Sonda Nasogástrica

FR- Frequência respiratória

SVA- Sonda vesical de alívio

SNF- Sonda Nasoenteral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO

Técnico / Auxiliar / COREN - DIURNO

Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO

Técnico / Auxiliar / COREN - NOTURNO



Data: 28/03/18 Hora: \_\_\_\_\_ Atendimento nº \_\_\_\_\_Nome: Alexandre Antônio Idade: 37

Nome social/apelido: \_\_\_\_\_ Possui documentação? (X) Sim ( ) Não

Endereço: \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

Nome do acompanhante: siacompanhanteVínculo com o Usuário: \_\_\_\_\_ Tel.: (81) 8274-4560 Anelua

Vive sozinho ( ) Vive sob o mesmo teto com pessoas da família (X)

Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ( )

Vive internado em instituição ( ) Atende a sua sócia responsabilidade de terceiros ( )

Nome da instituição: \_\_\_\_\_

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? ( ) Sim (X) Não

Qual? \_\_\_\_\_

**ATIVIDADE REALIZADA:**

Atividade realizada	Atividade realizada	Atividade realizada
Orientações e Direitos Sociais (X)		
Encaminhamento para outras Unidades de Saúde ( )		
Atendimento à Violência ( )		
Atendimento à Dependência ( )		
Articulação Externas ( )		

Atividade realizada: orientação e direitos sociais (X) Conforme condição de  
mobilidade: ambulante Valdênia Veras  
Assistente Social  
CRESS 8306 1ª REGIÃO



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE IGAP - SU  
HONORATA DE QUEIROZ GALVÃO



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

NOME: <i>Alexandre Antônio</i>		IDADE: _____	ATENDIMENTO: _____	DATA: / /																					
PA	08h	09h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	01h	02h	03h	04h	05h	06h	07h	ASSINATURA
FC																									
Tax																									
FR																									
SPO2																									
OXIGENOTERAPIA																									
ASP. TRAQUEAL																									
HGT																									
GOR																									
DIURESE																									
ELIMINAÇÕES																									
NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - PLANO DIÁRIO																									
HORA	HORA																								
NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN	NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN <i>Rebeca + Silvana + custiame</i>																								





**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE IGAR  
HONORATA DE QUEIROZ GALVÃO**



NAME: Allyce

ALEXANDRE ANTONIO DE A. BUJERQUE

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

DATA: 24111

NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN

NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16

Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/07/2019 09:21:16  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1/g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?y=109.211614600000488233980>

Número do documento: 19082109211614600000048823980

Num. 49592194 Pág. 33



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE IGAF SU  
HONORATA DE QUEIROZ GALVÃO



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

CENTRO DE SAÚDE

NOOME: Alexandre Antônio de Oliveira IDADE: 37 ATENDIMENTO: 1028130 DATA: 23/11/11

	08h	09h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	01h	02h	03h	04h	05h	06h	07h	ASSINATURA	
PA											141															
FC											149															
T ax											90															
FR																										
SPO2																										
OXIGENOTERAPIA																										
ASP. TRAQUEAL																										
HGT											109															
DOR																										
DIURESE																										
ELIMINAÇÕES																										
NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - PLANTÃO DIURNO													NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - PLANTÃO NOTURNO													
HORA													HORA													
NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN													NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN													
<u>Adso + filhos - Silvânia</u>													<u>Adso + filhos - Silvânia</u>													





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE IGAF SU  
HONORATA DE QUEIROZ GALVÃO



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

DETELEFÔNICO

NO ME:	Alexandre Antunes		IDADE:			ATENDIMENTO:			DATA: 09/08/18																
PA	08h	09h	10h	11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h	24h	01h	02h	03h	04h	05h	06h	07h	ASSINATURA
FC																									
T ax																									
FR																									
SPO2																									
OXIGENOTERAPIA																									
ASP. TRAQUEAL																									
HGT																									
DOR																									
DIURESE																									
ELIMINAÇÕES																									
NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM / PLANEJAMENTO DIURNO												NOTAÇÕES DE ENFERMAGEM / PLANEJAMENTO NOTURNO													
HORA												HORA													
NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN												NOME TÉCNICO DE ENFERMAGEM / COREN													
Samara + Cecília + Alexandre																									





**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE IGAI  
HONORATA DE QUEIROZ GALVÃO**

EST 1901  
LMIP  
ISSUE 10

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

NAME: Alexander Brinkley

GRADE: 34

ATENDIMENTO: 1627-352

DATA: 25/11/18



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16

Assinado eletronicamente por: ADSUN JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16  
<https://pie.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211614600000048823980>

<https://pje.tjpe.jus.br:443/lgi/Processo/ConsultaDocumento/>

Num. 49592194 Pág. 36



**UPA HONORATA DE QUEIROZ GALVÃO  
SERVIÇO SOCIAL**

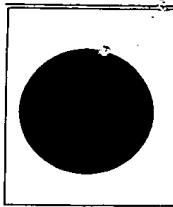


# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 26/11/2018 08:55



Nome Paciente: ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE  
Cód. Paciente: 120681  
Data de Nascimento: 10/08/1981  
Sexo: Masculino  
Idade: 37  
Senha: 0010  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 454563   
SAME: 107619

Período: 26/11/2018 09:11 - 26/11/2018 09:13

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE VERDE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: RELATA DOR EME OMBRO ESQUERDO HÁ 2 DIAS, APÓS QUEDA DE MOTO;  
NEGA HAS, ASMA, DM E ALERGIAS

Observação: ENCAMINHADO DA UPA-IGARASSU COM SENHA 5564226 P/ ORT  
HD: FX DE 1/3 DISTAL CLAVICULA E

Fluxograma sintoma: TRAUMA

crimador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- FREQUENCIA CARDIACA: 83.00 BPM  
- GLICOSE: 83.00 MG/DL  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não (X)

Local:

Andréa Oliveira

RENDIDA 386426-FNF

Enfermeiro

REVISADO  
NEPI-HMA

FATURADO  
20/11/18  
Felipe Marques

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/11/2018 09:13

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211632900000048823981>  
Número do documento: 19082109211632900000048823981

Num. 49592195 - Pág. 1

Atendimento: **454563**Data e Hora: **26/11/2018 08:59**

Senha da Classificação:

**0010**Paciente: **120681 ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE** Sexo: **MASCULINO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **10/08/1981** Idade: **37** anosConvenio: **2** SUS - EXTERNO / URGENCIANome da Mãe: **TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE**Nome do Pai: **ALCIDES ANTONIO DE ALBUQUERQUE**Estado Civil: **SOLTEIRO**Nome do Médico: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**CRM: **12346**Endereço: **RUA TUPAN****--****1030**Bairro: **JARDIM CAETES**Cidade/UF: **ABREU E LIMA****PE**Usuário Atendimento: **MONICABSL****Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: **BRASILEIRA**

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

*Fratura de falso distal de clavícula e há 2 dias. Paciente  
vem encaminhado da UPA de Itagassu*

Exame Físico

*REG, LOTE, eupnéico, normocárdico  
TEC < 25, sem lesão nervosa*

Hipótese Diagnóstico

*Fr de falso lateral da clavícula*

Prescrição Médica

*11 Retorna ao hospital de origem por conta de plantão fechado*

*Dr. Hudson Oliveira Rocha  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 26.720*

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino:  Encaminhado ao Ambulatório  Residência

Senha:

 Transferido: Para \_\_\_\_\_ Encaminhado ao setor de internação

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 454563      Prontuário: 120681      SAME: 107619      Hora Atend: 08:59      Data Atend: 26/11/2018  
Paciente.....: ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE      Idade: 37 a  
Endereço.....: RUA TUPAN  
Bairro.....: JARDIM CAETES  
Cidade.....: ABREU E LIMA      UF.: PE      CEP: 53560240  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA      Plano...: PLANO UNICO  
CID Principal.....: -  
CID's Secundários.: -  
Resultado.....: ALTA APOS MEDICACAO  
Data Saída.....: 26/11/2018      Hora Saída : 23:56

Prestador da Evolução Médica

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÁES DE ALENCAR





PERNAMBUCO  
CIVILIZANDO O FUTURO

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
IGARASSU

GESTÃO  
**IMIP**

### Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA		SENHA <u>5564226</u>
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )		

IDENTIFICAÇÃO		Idade: <u>37</u>
Nome do Paciente: <u>Adriano</u>	ac. ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE	
Sexo: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Profissão: <u>Motorista</u>	Fone: _____
Endereço Residencial: <u>Alameda 1000</u>	Id. <u>1027352</u>	Bairro: _____
Cidade: <u>Almeni e Lima</u>		

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( ) Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( ) Automóvel (Colisão); Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S( ) N( ) Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( ) Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( ) Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: _____ Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( ) Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( ) Quada: ( ) Altura Aproximada _____ Metros ( ) Queda da Própria Altura Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo _____ ( ) Arma Branca/Tipo: _____ Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: _____ Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento	

CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Queda de moto caiu com dor</u>	<u>em costela em cima de</u>
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura 1/3 DÍSTAL CLAVÍCULA</u> (F)	

AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P. A.: _____ X	
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )	
Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/ Estridor: S( ) N( )	
Disturbio Fala/Choro: S( ) N( )	
Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )	
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada( ) Bulhas Cardiacas: Normofónéticas ( ) Hipofónéticas ( )	
Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )	
Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )	
Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100



### EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

#### Escala de Coma de Glasgow (ECG)

##### ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4  
Abertura Ocular a Voz 3  
Abertura Ocular a dor 2  
Sem abertura ocular 1

##### RESPOSTA VERBAL

Orientado 5  
Confuso 4  
Resposta Inapropriada 3  
Sons Incompreensíveis 2  
Sem resposta Verbal 1

##### RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6  
Localiza Estímulo Doloroso 5  
Retirada ao Estímulo Doloroso 4  
Descorticização 3  
Descerebração 2  
Sem resposta motora 1

**TOTAL DE PONTOS ECG:** \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )  
Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocôricas ( ) Anisocôricas ( ) Midriase ( ) Miosese ( )

Classificação TCE pela ECG  
ECG 3-8: TCE Grave  
ECG 9-13: TCE Moderado  
ECG 14-15: TCE Leve

### NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S ( ) N ( )

Lesões Intra-Torácica : S( ) N( ) Fratura Pélvis: S( ) N( )

Lesões Infra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em Osso Longo: Fechada( ) Aberta( )

### USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação( ) Alteração no Humor( )

Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros( )

Loló( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína ( ) Crack( ) Lança-perfume( ) Anfetaminas( ) Extase( )

### CONDUTA CLINICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

RX: S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S ( ) N ( )

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Intercorrências: \_\_\_\_\_

Ventilação Mecânica: Modalidade: \_\_\_\_\_

FiO2: \_\_\_\_\_

### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

+ + o Crânio/ce

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Medico Regulador: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Igarassu, 25/11/18  
Local e data

Dr. Gustavo Pezzi  
Ortopedista  
CRM/PE 23316  
TEC/16198  
Médico Assistente

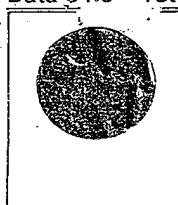


# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora: retirada da senha: 30/11/2018 09:01



Nome Paciente: ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE  
Cód. Paciente: 120681  
Data de Nascimento: 10/08/1981  
Sexo: Masculino  
Idade: 37  
Senha: 0007  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 455233  
SAME: 107619

Período: 30/11/2018 09:52 - 30/11/2018 09:56

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: QUEDA DE MOTOCICLETA . HD: FRATURA 1/3 DISTAL DE CLAVICULA ESQUERDA.

Observação: PROCEDENTE DA UPA DE IGARASSU COM SENHA: 5564226. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

rograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:  
- FREQUENCIA CARDIACA: 97.00 BPM  
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG  
- P.A.DISTOLICA: 100.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

**REVISADO**  
**NEOLUMA**

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Local: Lesão de Pele  
Sim ( )  
Não ( )  
Local: Lesão de Pele  
Enfermeiro: **REVISADO NEOLUMA**

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/11/2018 09:56

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211632900000048823981>  
Número do documento: 19082109211632900000048823981

Num. 49592195 - Pág. 6

Atendimento: 455233

Senha da Classificação:

0007

Hora: 30/11/2018 09:05

Paciente: 120681 ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/08/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE

Nome do Pai: ALCIDES ANTONIO DE ALBUQUERQUE

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA TUPAN

1030

Bairro: JARDIM CAETES

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

"acuda de moto" Paciente vítima de acidente de moto há 7 dias com quatro de dor e edema em ombro esquerdo. Radiografia evidencia fratura de 1/3 distal de clavícula. Nega alergias, nega comorbidades

Exame Físico

REG, LORE, eupnéico, normocárdico, normocorado  
TEG <25, Sem lesões venosas, com tipóia, sem sinais de exposição óssea

Hipótese Diagnóstico

Fratura de terço distal da clavícula esquerda

Prescrição Médica

1) Solicito Radiografias  
2) Interno + solicito exames

of

+ Dr Fagner

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE			6 - Nº Prontuário	120681
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça Cor	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
700808971960180	10/08/1981	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	
11 - Nome da Mãe	TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE			12 - Telefone de Contato	8198274456
13 - Nome Responsável	TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA TUPAN, 1030 - JARDIM CAETES			17 - IBGE	18 - UF
16 - Município	ABREU E LIMA			260005	19 - CEP
				PE	53560240

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
 PRINCIPAL SINTOMA: FRATURA DE 1/3 DISTAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA  
 JUSTIFICATIVA: VENDEU A UPA DE IGARASSU POR  
 A DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE CLAVÍCULA ESQ  
 DIAZ POR QUEDA DE MOTO. PACIENTE NEGA ALERGIA, NEGA COMORBIDADES  
 AO EXAME: REG, LOTE, EUPNÉICO, NORMOCARDICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM LESÃO NEUROVASCULAR

21 - Condições que justificam a internação  
 AS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
 RAIOS X + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA CLAVÍCULA	S420	V299	05090001

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR			28 - Código do Procedimento	0408010185
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	1	(X) CNS ( ) CPF	980016000814998		
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação			35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	30/11/2018			Dr. Hudson Oliveira Rocha Ortopedia / Traumatologia	16863

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado	( ) Empregador	( ) Autônomo	( ) Desempregado	( ) Aposentado	( ) Não Segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar
	E260000001	

48 - Documento 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

( ) CNS	( ) CPF
---------	---------

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
	Dr. Fagner Athayde Médico Ortopedista CRM-16863 - TEC 12551

AIH  
261810296994-4

Código do Laudo: 455233





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE REG:120581

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ DATA DA ADMISSÃO 30/11/2018 DATA DA ALTA 9/12/18

DIAGNÓSTICO:

*frat- otomac*

TRATAMENTO REALIZADO:

*transfuso m*

*3476 Trm*

ORIENTAÇÃO:

\_\_\_\_\_

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM( ) NÃO( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

*Dr. Faúzier Alhayde  
Médico Ortopedista  
CRM 16863 - TEC 12554*

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



## FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
 Jaguaribe - Paulista - PE  
 CEP. : 53.400 - 000

**Cód. Atendimento: 455366**

**Usuário: ANDERSONSC**

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: <b>ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE</b>	Prontuário: 120681	
Idade: 37a 3m 22d	Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 10/08/1981
Profissão:	Escolaridade:	
R.G.: 6330394	C.P.F.: 04239150450	Telefone: 987532912
Endereço: RUA TUPAN		, 1030 - JARDIM CAETÉS
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA		CEP 53560240
Convênio: SUS - INTERNACAO		- ABREU E LIMA - PE
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-13
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA		

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil :

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: <u>01/12/18</u>	Hora da Alta: <u>10:00</u>
Motivo: <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input checked="" type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: <u>Boas</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>Fract. Chronicus</u>	
Diagnóstico Secundário01.: <u>REVISADO</u>	
Diagnóstico Secundário02.: <u>CIH-HMF</u>	
Procedimento.....: <u>Transferência</u>	
<i>Dr. Roger Athayde Médico Ortopedista 66683-7071254</i>	
<b>Médico e CRM:</b>	
<b>Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG</b>	

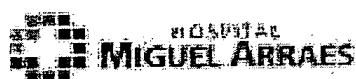
### TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE REG: 120581

CLÍNICA: \_\_\_\_\_ ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
30/11/2018	<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>
	<b># ADMISSÃO</b>
11H	<b>PACIENTE VEM ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSU POR CONTA DE FRATURA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA ESQ</b>
	<b>HÁ 7 DIAS POR QUEDA DE MOTO. PACIENTE NEGA ALER-</b>
	<b>GIA, NEGA COMORBIDADES</b>
	<b>AO EXAME: REG, LOTE, EUPNÉICO, NORMOCARDICO</b>
	<b>NORMOCORADO, HIDRATADO, SEM LESÃO NEUROVASCUL</b>
	<b>RADIOGRAFIA: FRATURA DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA E</b>
	<b>HD: FX DE 1/3 DISTAL DE CLAVICULA ESQUERDA</b>
	<b>CONDUTA: INTERNO + SOLICITO EXAMES SOB ORIENTA-</b>
	<b>ÇÕES DE DR FAGNER ATHAYDE</b>
	Dr. Hudysen Oliveira Rocha Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 26.720
	<i>HD: fx de 1/3 distal de clavícula E paciente segue estável, sem queixas, sem intercorrências ao exame: REG, LOTE, eupnéico, normocardico TEC &lt;25, sem lesão nervosa conduta: Aguardando Cirurgia</i>
	Dr. Hudysen Oliveira Rocha Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 26.720





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: [Assunto]  
CLÍNICA:

REG: [Categoria]

ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
<b># SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>	
08/12/18	<b># ADMISSÃO</b>
7:50	Apresenta evolução favorável com gesso marron de 30 dias no membro. Refira queira de dor no lado temporal interno. Paciente: EBC 187000000101 M. P. Dors a mobilizar S. A. Explora a ferida para projeção compreendendo as unguetas interiores O exame projeção negativo Dr. Felipe Guedes Médico Residente CRM-PE 28.689
09/12/18	<b># T# HD: Assento</b> prestava evolução estável no dito 7:00 m. queiro marron no membro Paciente: EBC 187000000101 M. S. F. T. 90/100 Ed. 30 O hospital da conciliação
	Dr. Felipe Guedes Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 28.689



Atendimento: 455366

Dt Atendimento: 01/12/2018 - 09:05

Dt Alta: 09/12/2018 - 09:30

Paciente: 120681 ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 689 VERD2-13 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 44 TRANSFERENCIA EXTERNA Usuário: ANDERSONSC

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

PACIENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE SANTO AMARO

ANDERSON DOS SANTOS CORSINO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211632900000048823981>  
Número do documento: 19082109211632900000048823981

Num. 49592195 - Pág. 13



## Protocolo de Encaminhamento

**TIPO DE OCORRÊNCIA**

**TIPO DE OCORRÊNCIA**  
Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( ) **SENHA** 5564226

Nome do Paciente: ANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE Idade: 37  
Sexo: M  F  Profissão: 1027552 Fone: \_\_\_\_\_  
Endereço Residêncial: TERESA ALICE DE ALBUQUERQUE Bairro: \_\_\_\_\_  
End. 11

**CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)**

**CUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)**

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Automóvel (Colisão); Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S( ) N( )  
Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )  
Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )  
Intoxicação: Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_  
Exposição: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )  
Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )  
Quada: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura  
Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_  
Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_  
Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

História Clínica Atual: **CAUSAS CLÍNICAS** *Queda de moto caiu com da e impacto na em 2015*

Hipótese Diagnóstica: Fratura 1/3 DISTAL CLAVÍCULA (F)

## AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispnéia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )  
 Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/ Estridor: S( ) N( )  
 Disturbio Fala/Choro: S( ) N( )  
 Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )  
 Perfusion Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardiacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )  
 Coloração da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )  
 Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

FR: RN 35-50  
< 1 ano 30-50  
Crianças 20-30  
Adulto 12-30

FC: RN 120-160  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100



### EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

#### Escala de Coma de Glasgow (ECG)

##### ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4  
Abertura Ocular a Voz 3  
Abertura Ocular a dor 2  
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL  
Orientado 5  
Confuso 4  
Resposta Inapropriada 3  
Sons Incompreensíveis 2  
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA  
Obedece ao comando 6  
Localiza Estímulo Doloroso 5  
Retirada ao Estímulo Doloroso 4  
Descorticação 3  
Descerebração 2  
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )

Dificuldade na fala ( )

Avaliação Pupilar: Isocôricas ( ) Anisocôricas ( ) Midriase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG  
ECG 3-8: TCE Grave  
ECG 9-13: TCE Moderado  
ECG 14-15: TCE Leve

#### NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S ( ) N ( )

Lesões Intra-Torácica : S( ) N( ) Fratura Pélvis: S( ) N( )

Lesões Infra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em Osso Longo: Fechada( ) Aberta( )

#### USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação( ) Alteração no Humor( )

Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Vítima( ) Outros( )

Loló( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína ( ) Crack( ) Lança-perfume( ) Anfetaminas( ) Êxtase( )

#### CONDUTA CLINICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

RX: S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S ( ) N ( )

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Intercorrências: \_\_\_\_\_

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FiO2: \_\_\_\_\_

#### MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

4-10 Cirúrgico

#### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Medico Regulador: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( ) X

Dr. Gustavo Pezzi

Ortopedista

CRM/PE 23316

TEOT 18198

Médico Assistente

Local e data  
Igarassu, 25/11/18





## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE**, prontuário nº **1155189**, admitido neste hospital em 09/12/2018 com diagnóstico de Fratura de clavícula esquerda, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 12/12/2018.

Recife, 25 de Fevereiro de 2019.

**Drª Roberta Cavalcanti de Almeida**  
**Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro**

**Roberta C. de Almeida**  
**Diretora Técnica**  
**Hospital Santo Amaro**  
**CRM/PE - 13434**

**Santa Casa de Misericórdia do Recife**  
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800  
[www.santacasarecife.org.br](http://www.santacasarecife.org.br)



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211647400000048823982>  
Número do documento: 19082109211647400000048823982

Num. 49592196 - Pág. 1



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 616563 Prontuário: 1155189 Data de Nascimento: 10/08/81 Idade: 37 ANO(S)  
Nome do Paciente: **ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE  
CPF: 04239150450

Data: 11/12/2018

## BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura da clavícula esquerda  
Diagnóstico pós-operatório: o mesmo

Cirurgia: Neurolise do nervo supraclavicular + Ostectomia clavícula + Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula + Tenomiorrafia

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Junior

Anestesista: Mauro

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

### DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antisepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão longitudinal em topografia de clavícula esquerda. Dissecção por planos e hemostasia. Neurólise de nervo sensitivo supraclavicular. Identificado o foco de fratura. Ostectomia de fragmento ósseo e realizada redução da fratura e fixação com 02 fios de kirschner intramedular. Tenomiorrafia de trapézio e peitoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo
- 8) Tipóia

Recife, 11/12/2018-15:10

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 11/12/2018 15:14:10.

DR. OSVALDO COIMBRA JR  
Ortopedia / Traumatologia  
Clínica São Luís e Copacabana  
CRM-PE 16658 / TEC07 - 19954



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211647400000048823982>  
Número do documento: 19082109211647400000048823982

Num. 49592196 - Pág. 2



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 616563 Prontuário: 1155189 Data de Nascimento: 10/08/81 Idade: 37 ANO(S)  
Nome do Paciente: **ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE  
CPF: 04239150450

Data: 11/12/2018

---

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR  
CRM: 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 11/12/2018 15:14:10.

DR. OSVALDO MACEDO JR  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PE 16658 / TSGT 109561



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211647400000048823982>  
Número do documento: 19082109211647400000048823982

Num. 49592196 - Pág. 3



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: PABX 3412-3800 | Email: stc-casa@santacasarecife.org.br  
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 616563 Prontuário: 1155189 Data de Nascimento: 10/08/81 Idade: 37 ANO(S)  
Nome do Paciente: **ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: **TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE**  
CPF: 04239150450

Data: 11/12/2018

## SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):  
S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Clavícula Esquerda CÓDIGO:  
0408010150

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Clavícula Esquerda + Neurolise + Ostectomia de Clavícula + Tenomiorrafia CÓDIGO: 0408010150 / 0403020077 / 0408010100 / 0408060450

COD.	EQUIPE	NOME	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dr. Mauro Casado	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico, resultando em Fratura de Clavícula Esquerda. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.  
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 13/12/2018 09:26:28.



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211647400000048823982>  
Número do documento: 19082109211647400000048823982

Num. 49592196 - Pág. 4



Santa Casa de Misericórdia do Recife  
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE  
Fone: (81) 3412-3800 | Email: [sta-casa@santacasarecife.org.br](mailto:sta-casa@santacasarecife.org.br)  
Site: [www.santacasarecife.org.br](http://www.santacasarecife.org.br)

Registro: 616563 Prontuário: 1155189 Data de Nascimento: 10/08/81 Idade: 37 ANO(S)  
Nome do Paciente: **ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE** Sexo: Masculino  
Nome da Mãe: TEREZA ALICE DE ALBUQUERQUE  
CPF: 04239150450

Data: 11/12/2018

MOTIVO DA ALTA  
MELHORADO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA  
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 13/12/2018 09:26:28.



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 21/08/2019 09:21:16  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19082109211647400000048823982>  
Número do documento: 19082109211647400000048823982

Num. 49592196 - Pág. 5

## SINISTRO 3190360043 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE

**SEGURADORA S/A**

**BENEFICIÁRIO** ALEXANDRE ANTONIO DE ALBUQUERQUE

**CPF/CNPJ:** 04239150450

### Posição em 12-06-2019 11:52:46

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

13/06/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

