



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE.**

HÉRCULES JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA, brasileiro, solteiro, desempregado, portador da cédula de identidade nº 10.051.776, inscrito no CPF sob o nº 140.884.354-43, residente e domiciliado na Rua Mangueira, 50, Atalaia, no município de **Escada/PE**, 55.500-000, vem, por intermédio de seus advogados, devidamente habilitados nos termos do instrumento procuratório em anexo, com endereço profissional localizado na Avenida Senador Salgado Filho, s/n, Sala 114, Centro, Paulista/PE, CEP 53401-440, telefone: (081) 3010-0660, local onde recebe intimações e correspondências de praxe, à ilustre presença deste juízo, propor a presente...

AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)

Em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGUROS DPVAT**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, com endereço localizado na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-201, na pessoa de seu representante legal em razão dos fatos e fundamentos a seguir expostos:

Avenida Senador Salgado Filho, s/n, Sala 114
Centro | Paulista/PE | CEP: 53401-440 | +55 81 3010.0660

sales@salesadvocacia.com
www.salesadvocacia.com





PRELIMINARMENTE

DOS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA

Inicialmente, requer a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, com fundamento no que estabelece a Lei nº 1.060 de 5.2.50, vez que não têm condições de arcar com o pagamento das custas e despesas judiciais do processo em tela, sem prejuízo próprio e de sua família, **tendo em vista que encontra-se desempregado.**

Assim, em consonância com o estabelecido no art. 4º da Lei nº 1.060/50, acredita ter cumprido exigência legal que lhe autoriza gozar dos benefícios da assistência judiciária.

DO FORO DA DISTRIBUIÇÃO

Inicialmente cumpre destacar a que **a demandada possui agência nesta comarca**, razão pela qual, por ser sede da demandada, propicia ao exercício de defesa da mesma, bem como se torna mais acessível ao autor, conseguindo se deslocar para os atos processuais para exercer o seu Direito.

Deste modo, requer desde já que seja desconsiderada a cláusula de eleição de foro, posto que esta inviabiliza o exercício de direito da autora, conforme descrito acima, ao passo que a presente comarca, que é o da sede da demandada, favorece aos dois polos da demanda.

Art. 53. É competente o foro:

III - do lugar:

...





b) onde se acha agência ou sucursal, quanto às obrigações que a pessoa jurídica contraiu;

Isto posto, requer que o presente feito seja processado e julgado nesta comarca, conforme artigo 53, III, b) do Código de Processo Civil.

DA AUSÊNCIA DE INTERESSE NA AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO

Tendo em vista o grande número de ações em que a demandada não apresenta qualquer tipo de fórmula para composição, vem a parte autora informar a este juízo que não tem interesse na audiência de conciliação.

ISTO POSTO, requer que a demandada seja citada para apresentar defesa no prazo legal, bem como que seja determinada a realização de perícia médica na parte autora.

1. DOS FATOS

No dia **06/07/2019** a parte autora sofreu um acidente de trânsito, vindo a ficar com sequelas permanentes, quais sejam, **FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA (CID 10: S 82.1) e FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO**, conforme **declaração e atestados médicos**, em anexo.

Mister se faz necessário frisar que a parte autora foi socorrido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e encaminhado ao Hospital Dom Hélder Câmara, onde fez tratamento médico e cirurgia, haja vista a gravidade das sequelas.

Avenida Senador Salgado Filho, s/n, Sala 114
Centro | Paulista/PE | CEP: 53401-440 | +55 81 3010.0660

sales@salesadvocacia.com
www.salesadvocacia.com





Não menos importante destacar desde já que a parte autora **ficou com sequelas definitivas, quais sejam, perda severa dos movimentos em tal membro, em especial, no joelho esquerdo.**

Mesmo realizados os tratamentos mencionados, é de fácil constatação a debilidade permanente da parte autora, em razão de acidente de trânsito, faz jus o mesmo ao recebimento da quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), corrigida desde a data do evento, sendo tal valor corresponde a quantia máxima da indenização.

A indenização deve atingir o valor máximo em razão das condições sócio-econômicas do autor: pessoa de baixa escolaridade, de modo que a incapacidade parcial deve ser considerada como total.

2. DO DIREITO

2.1 SEGURO DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE. DIREITO À INDENIZAÇÃO

A demanda ora posta à apreciação do Poder Judiciário há muito já se encontra pacificada, notadamente no âmbito do Superior Tribunal de Justiça – STJ.

A pretensão autoral encontra-se amparada pela Lei nº 6.194/74 e art. 7º da Lei 8.441/92 e Lei 11.482/2007. A partir da Lei 11.945/2009, passou-se a utilizar a tabela contida em seu anexo para quantificar o valor da indenização





devida, conforme o grau de invalidez apresentado. Contudo, isto não retira do julgador a possibilidade de interpretar o laudo, de modo que uma suposta incapacidade parcial pode ser considerada como total.

Portanto, tem o autor o direito ao recebimento da quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil novecentos e quinhentos reais) em razão da debilidade apresentada, acrescido de correção monetária e juros de mora desde a época do evento danoso.

2.2 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA APLICAÇÃO DA TABELA MÓRBIDA (ANEXO À LEI 11.945/2009).

A partir dos acidentes ocorridos em 16/12/2008, está em vigor a tabela constante no anexo à Lei 11.945/2009, que dispõe acerca do percentual da invalidez apresentada pela pessoa vitimada. Conforme a sequela apresentada, o valor da indenização pode chegar a até R\$ 13.500,00.

Contudo, diante da situação sócio-cultural em que está inserida a parte demandante (**auxiliar de serviços gerais, baixo grau de instrução**), e pela incapacidade apresentada pelo mesmo **diante de suas graves sequelas**, forçoso se faz reconhecer a sua incapacidade total para o trabalho antes desenvolvido.

Sendo assim, calha a aplicação, aqui, do disposto no art. 479 do NCPC, para que se reconheça a incapacidade parcial do demandante como sendo total:





Art. 479. O juiz apreciará a prova pericial de acordo com o disposto no art. 371, indicando na sentença os motivos que o levaram a considerar ou a deixar de considerar as conclusões do laudo, levando em conta o método utilizado pelo perito.

Portanto, requer a V. Exa. que se digne em considerar a situação fática do demandante (idade, escolaridade, profissão), a fim de aplicar o percentual de invalidez total ou mais favorável ao mesmo.

3. DOS PEDIDOS

PELO EXPOSTO, requer a V. Exa.:

a) os benefícios da justiça gratuita por não ter condições de arcar com as despesas do processo sem prejuízo do próprio sustento ou da família na forma da lei 1060/50;

b) citação da ré no endereço mencionado para, querendo, responder à presente pretensão no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, **haja vista ausência de interesse na audiência de conciliação pelos motivos já expostos:**

c) a produção de **prova pericial**, a fim de constatar a debilidade permanente ocasionada em razão do acidente de trânsito aqui narrado, bem como a juntada de documentos e depoimento de testemunhas;

d) condenar a ré ao pagamento da diferença restante da indenização do seguro DPVAT, correspondendo ao valor integral no montante de R\$ 13.500,00





(treze mil e quinhentos reais), valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso;

e) a condenação da ré na verba honorária de sucumbência;

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento!

Recife/PE, 16 de Agosto de 2019.

HUGO SALES DA SILVA
OAB/PE 31.713

HILTON SALES DA SILVA JÚNIOR
OAB/PE 29447





PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: Hércules José dos Santos Bezerra
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Desembargador
RG: 10.051.746 CPF: 140.884.354-43 CEP: 55.500-000
ENDEREÇO: Rua Mangueira, nº 50
BAIRRO: Atalaia CIDADE: Exada UF: PE

Pelo presente instrumento de procuração nomeia e constitui seus bastantes procuradores a sociedade de advogados SALES ADVOCACIA, inscrita na OAB/PE sob nº. 1.586 e CNPJ nº. 19.180.375/0001-09, sediada na Avenida Senador Salgado Filho, 21, Sala 114, Centro, Paulista/PE, CEP 53401-440, neste ato representada por seus titulares **HILTON SALES DA SILVA JUNIOR**, inscrito na OAB/PE sob o nº 29.447, e **HUGO SALES DA SILVA**, inscrito na OAB/PE sob o nº 31.713.

PODERES: O(s) **OUTORGANTE(S)** confere(m) aos **OUTORGADOS** amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium et extra", para representá-lo em repartições públicas federais, estaduais e municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, bem como instituições bancárias, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, assinar termo, agindo tudo em conjunto ou separadamente, autorizado o substabelecimento total ou parcial a outrem.

PODERES ESPECÍFICOS: confere(m) aos **OUTORGADOS** acima dos descritos, poderes para receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, contas judiciais, precatórios, RPV deduzindo e compensando os seus créditos por despesa de verba honorária contratual, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, requerer justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros expressamente constante nesse mandato (art. 105 do NCPC).

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950 e artigo 98 e seguintes do NCPC.

Exada/PE, 15 de Agosto de 2019.

x Hércules José dos S. Bezerra
OUTORGANTE









NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005043-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DOS SANTOS

CPF 976 271 274-91

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

RUA MANGUEIRA 50

ATALAIA/ESCADA
ESCADA, PE
55500-000

CONTRA CONTRATO

2759274019 06/2019

19/06/2019 12/07/2019

53 38

1050359

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	62,00000000	0,74193678	46,00
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,48
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,70
ICMS Subvenção-CDE-NF 054170034- 15/03/19			0,38
ICMS Subvenção-CDE-NF 056043408- 12/04/19			0,39
Multa por atraso-NF 061763586- 14/05/19			1,18
Multa por atraso-NF 056043408- 12/04/19			0,84
Juros por atraso-NF 061763586- 14/05/19			6,41
Juros por atraso-NF 056043408- 12/04/19			0,37
Atualização IGPM-NF 061763586- 14/05/19			0,18
Atualização IGPM-NF 056043408- 12/04/19			0,35

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
93454512	CAT	14/05/2019	9.796,00	12/06/2019	9.860,00	29	1,00000		62,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mes/Año kWh	Consumo
JUN 19	62
MAY 19	75
ABR 19	61
MAR 19	68
FEV 19	72
JAN 19	102
DEZ 18	73
NOV 18	77
OUT 18	63
SET 18	57
AGO 18	99
JUL 18	92
JUN 18	64

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR (R\$)
	46,48	25,00	
	46,48	0,17	
	46,48	0,79	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

de Energia	R\$	15,57	33,50%
missão	R\$	1,81	3,89%
ção (Cetpe)	R\$	11,00	23,87%
de Energia	R\$	3,46	7,44%
Setoriais	R\$	2,59	5,57%
a	R\$	12,05	25,93%
	R\$	46,48	100%

YARFAS APLEADAS

(Consumo Atro(KWh))

REFORMADO AO FISCO

AFF2 94B5 FAC9 0886 B1DD A7F0 C38C ED36

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pequeno porte mais perto de você! Formas de pagamento: 25 parcelas em 25 meses, 25 parcelas em 25 meses, 25 parcelas em 25 meses. Lista completa em www.celso.com.br e www.celso.com.br. Verifique a validade da documentação em www.anatel.gov.br. Cobrança R\$ 499,00 sobre subvencão CDE, conforme Decreto Estadual nº 458/13. Cobrança R\$ 499,00 sobre subvencão CDE, conforme Decreto Estadual nº 458/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento. Pague, em até 90 dias, multa de R\$ 414,00 (Art. 17, Lei nº 11.488/07) e atualização monetária no pro. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para o padrão de atendimento comercial.

As condições gerais de
fornecimento (FOTOCOPIAR
4563010) todas, produtos,
serviços prestados e tributos se
encontram à disposição, para
consulta, em todas as unidades de
atendimento e no site
www.celap.com.br

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

	CONJUNTO	VALOR APROBADO MAR/2019	LÍMITE MENSUAL	LÍMITE TRIMESTRAL	LÍMITE ANUAL
ENQ		2,73	5,91	11,82	23,64
ENQ		3,00	3,38	6,72	13,45
ENQ		1,63	3,46	0,00	0,00

NÍVELS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 509839

Data e Hora do Atendimento: 06/07/2019 10:40

Usuário do Atendimento: MICHELLINESM

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: HERCULES JOSE DOS SANTOS BEZERRA

Prontuário: 118095

Nome da Mãe: DILENE MARIA DOS SANTOS

Nome do Pai: ANTONIO JOSE DE SOUZA BEZERRA

Data do Nascimento: 16/05/2001

Idade: 18 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 10051776

SDS PE Data Emissão: 02/10/2014

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS: 898001928279394

Ocupação Habitual: ESTUDANTE

Endereço: RUA DA MANGUEIRA

50 CENTRO

Cidade: ESCADA

PE

CEP: 55500000

Fone: 985081954

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM ESCADA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 17

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 06/07/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Data em: 09/07/2019

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

CCIH
Hospital Dom Helder Câmara
Data: 12.07.2019
Assinatura: Solange Lyra
Faturamento / SAME
12 JUL 2019





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



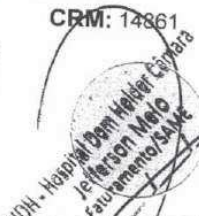
Atendimento: 509795

Data e Hora: 06/07/2019 10:13

Senha da Classificação:

0012

Paciente: 118095 HERCULES JOSE DOS SANTOS BEZERRA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 16/05/2001 Idade: 18 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: DILENE MARIA DOS SANTOS Nome do Pai: ANTONIO JOSE DE SOUZA BEZERRA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO CRM: 14861
Endereço: RUA DA MANGUEIRA 50 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ESCADA PE Usuário Atendimento: THAYANECCS
RG (Identidade): 10051776 SDS PE Data de Emissão: 02/10/2014 Fone: 985081954
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Data de Emissão CRN:
Cartão SUS: 898001928279394



RESUMO DE TRATAMENTO

Pe: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Queixa de dor de cabeça no
tempo, lateral e posterior (E)

Exame Fisico

HA 10/8
Sobito RX 3

Hipotese Diagnostico

Polifarmacia

Conduta Terapeutica

Prescrição Médica

Dr. Leonardo Cândido
Osteopatia - Traumatologia
CRM 18788-1/PR 11/19
Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:



RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE
06/07/19	RAIO-X / PERNA / FEMUR	06
	JOELHO	

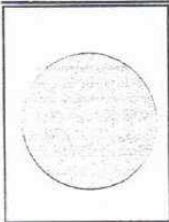


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 06/07/2019 10:03



Nome Paciente: HERCULES JOSE DOS SANTOS BEZERRA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/05/2001
Sexo: Masculino
Idade: 18
Senha: 0012
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 06/07/2019 10:08 - 06/07/2019 10:09

EMANUELA LIMA DE LUCENA - COREN: 007628 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PCT VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO DOR E EDEMA EM MIE

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EMANUELA LIMA DE LUCENA - COREN: 007628 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/07/2019 10:10

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 16/08/2019 13:01:37

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081613013698900000048635604>

Número do documento: 19081613013698900000048635604

Num. 49400194 - Pág. 7



**HOSPITAL REGIONAL
DR. BENÉVOLO WANDERLEY
DO AMARAL**

Ficha para realização de transferência

Data da solicitação: 06/07/19 Horário: _____ Senha: 5721 305

Hospital de destino: Dom Helader

Especialidade: Traumatismo/Ortopedia Idade: 18 anos

Nome do paciente: Hércules José Santos Bezerra

Quadro Clínico:

Quadro Clínico 12 horas apresentando dor, edema M.I.E.
Após acidente de motocicleta.
não está realizando Rk na Unidade

Exame físico / Sinais vitais

EG BEG, Hidratado, C.A.A., Empiúrico T: _____ °C

AVC: BRNF 2T A/A FC: _____ bpm PA: 140x80 mmHg

AR: MV (+) H.A.T. FR: _____ ipm Sat O₂: 98 %

Abd: _____

3N: _____ Glasgow: 15/15

Outros: M.I.E. c/ edema

Hipótese Diagnóstica

Fratura M.I.E. 7

Prescrição realizada:

S.F.C. 9% 500ml - E.V. / Profenid 100 mg - E.V. / Diprofona 1gr - O.Jamp
E.V. / Dicadron 4mg - O.Jamp IM.

Patricia F. Alves
CRM-PE 27816

Assinatura do médico



TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 07/07/19

Paciente: Hércules José dos Santos Bizarra Registro: 18099
Peso Atual: 60 Peso Habitual: 60 Altura: 1,80 Idade: 48 anos Leito: Verde - cardiologia

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

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

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

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

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

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

Não Prezado

Para calcular o escore total: A. Encontre o escore (de 0 a 3) para o estado nutricional e para a gravidade da doença (escolher apenas a variável de maior gravidade); B. Some os dois escores para obter o escore total; C. Se o paciente apresentar idade > ou igual a 70 anos, adicione 1 ponto ao escore total para ajustar a fragilidade dos idosos.

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

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

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

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

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

Fabrizio Aparecido
Nutricionista
CRN6 7556

Nutricionista

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

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

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação:

Nome: Henrique dos Santos Registro: _____ N° Atendimento: _____

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

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: _____

Do Lumbago

História da Doença Atual: _____

Ref. com 20 anos em dor
em região: joelho (D). sem trauma
do muito súbito. dor em

Interrogatório Sintomatológica: _____

Do Lumbago



Exame Físico: _____

Antecedentes Pessoais: _____

Medicações em Uso _____

Antecedentes Familiares: _____

Hipótese Diagnóstica Principal: _____

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: _____

Plano Terapêutico: _____

Cabo de Santo Agostinho, 06/07/17

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo
Ortopedia e Traumatologia
Nº 26693

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Herculano José da Silva Santos Bezerra DATA NASC: 16/05/2001
REGISTRO: 418095 DATA: 08/07/19 HORA: _____
SETOR DE ORIGEM: SARA SETOR DE DESTINO: _____

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>FGR, Consciente, Orientado</u> HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central ☒ Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: ☒ Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: ☒ Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: ☒ Coletado () Não Coletado Qual: <u>Hb, Ht.</u> Exames de Imagem: ☒ Realizado <u>RX</u> () Pendente _____ Curativo: () Não ☒ Sim Local: _____ Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____
Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: HERCULES JOSE DOS SANTOS Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

[illegible]

CÓD. 38251



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Hercules José dos Santos Registro: 118095

Clínica: _____ Enfermaria: Bloco Leito: 20

Data/Hora	# Serviço Social #
08/07/19	Realizado atendimento social a genitora. Preenchida entrevista social e prescricoes orientacoes quanto ao fluxo e rotina do NDI e direitos dos usuarios no SUS.
08/10/2019	# Serviço Social # Sobre a rotina orientacoes quanto aos fluxos hospitalares.

CÓD. 38251



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 42028 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 118095 HERCULES JOSE DOS SANTOS BEZERRA Atendimento : 509839
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 618 LEITO 17 Idade : 18 Anos
Dt. Início : 08/07/2019 09:34 Dt. Fim : 08/07/2019 10:34
Cid Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

HD: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
CD: OSTEOSSÍNTESE PERCUTÂNEA COM PARAFUSO CANULADO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA DO MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÕES LATERAIS NO 1/3 PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA
5. DISSECÇÃO POR PLANOS
6. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA NA FRATURA COM 3 PARAFUSOS CANULADOS E 3 ARRUELAS
7. CONTROLE RADIOSCÓPICO
8. SUTURA DO FERIMENTO NYLON 2.0
9. CURATIVO COMPRESSIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar


DR(A) : IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA
CRM : 17726


Solange Lyra
Faturamento / SAME
11 JUL 2019

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE
817119	fecho. e	2





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

08/07/19

Paciente

HERCULES JOSÉ DOS SANTOS 11.80.95

Sexo

M

Cor

PO

Idade

18

Risco

I

CRM

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

22933

JULIA LIMA

J. JACIEN

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☒ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

TTO Cirurgia por via pleural esquerda

Horário

09:45

10:45

O₂

N₂O

Idos

100

SaO₂

100

ECG

120

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

1) Bupivacaína

15mg

2) Morfina ESP

100mg

3) Midazolam

2.5mg

4) Fentanil

50mcg

5) Cloridrato

2g

6) Dexametasona

10mg

7) Cetoprofeno

100mg

8) Dipirona

2g

9) Naloxônio

0mg

Técnica Anestésica

sedação EV + Roqui
anestesia: Anestesia
anestesia, Puncão
23-24 mediana
única, com agulha
25 de Quincke, len
Clove injeção de
de 1 intubação

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☐ Acordado

☒ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

Descrever:

Observações:

Sufim OK! Mallopati II

Negar alergia; Negar comorbidades

Dra. Julia Lima
Anestesiologista

Assinatura de Anestesiista

CRM 22933



Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 16/08/2019 13:01:37

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081613013713900000048636575

Número do documento: 19081613013713900000048636575

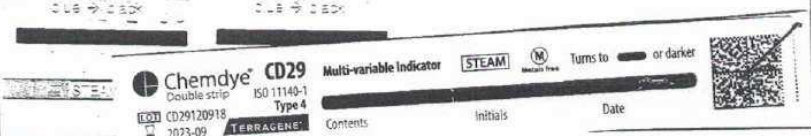
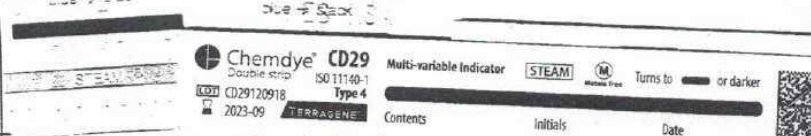
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Hercules José dos Santos Bezerra Data: 08/07/19 Registro: 118095
Convênio: Quo Leito: _____ Hora: 07:00h

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dz. Jozuel Soares 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. J. J. J. Instrumentador: Thaísa Freitas
Circulante: Thaísa

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<u>Bócio MMII</u>		
<u>Lapio</u>		
<u>Capoto</u>		
<u>Funho do Fow.</u>		
<u>Motor Styrer & Laminado 7.0 (Crimed)</u>		
		
		



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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Herculio José dos Santos Pereira Data: 08/07/19 Hora: 09:42 Registro: 118095
Convênio: _____ Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Jaciel Seares Anestesista: Dr. Jairo
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Flávia Feitosa

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: ptc. laparoscopia em de placa total Início: 09:57 Término: 18:28
Anestesia: Rápid + Sedação Início: 09:42 Término: 18:28

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (X) Monitor Cardíaco (X) PNI (X) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artroscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa _____
Carro de Anestesia () Diprofusor () Intensificador (X) N° ()
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não (X) Punção Venosa: Sim () Não (X)
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (X) Sonda Gástrica: Sim () Não (X)
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não (X)
Curativo (Tipo e Local): Sim (X) Não () MA P

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: segui anexo as prescrições na ficha de anestesista CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 08/07/19 Hora: 10:45 Enfermeira: Carina Circulante: Maís

CÓD. 38607



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Heireules José dos Santos Oliveira	DATA:	08/07/19
CIRURGIÃO:	Dr. J. J. J.	RG:	118095
ANESTESISTA:	Dr. J. J. J.	AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	Dr. J. J. J.	ANESTESIA:	Raqui + Sedação
ESTRUMENTADOR:	Mauro	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Plano
CIRCULANTE:	Mauro	COREN:	
ENFERMEIRA:	Carina	HORÁRIO INICIAL:	09:30
		HORÁRIO FINAL:	10:28

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 03

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
CESSADA 10CM	CESSADA 15CM	CESSADA 20CM	
CANULAS			
QUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 03

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDÍACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSE	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

CÓD. 38407



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDEUTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDEUTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BACITRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1 ML	
BUPIVACAÍNA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAÍNA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (UI.TIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIO PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICÉRIDOS CADEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILON 4G C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

L-1



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: Hercule Fei dos Santos data: 8/7/19 Hora: 15:50 Registro: 118095
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Proctomia em plano tibial E
Tipo de anestesia: _____
Equipe: Dr. Gabriel Anestesista: Dr. Julia

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 119x67 mmHg FR: _____ p/min FC: 72 p/min SaPO2: 98%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	115x67	108x63	103x58	101x58	104x58	
FR	-	-	-	-	-	
FC	70	68	60	61	67	
SaPO2	100%	100%	100%	100%	100%	
Glasgow			-	-		

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dra. Julia Lima
Anestesiologista
CRM- PE 22.933

CÓD. 38398





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 118095

Atendimento: 509839

Dt. Cad: 06/07/2019

Nome: HERCULES JOSE DOS SANTOS BEZERRA

Dt. Nasc: 16/05/2001

Mãe: DILENE MARIA DOS SANTOS

Bairro: CENTRO

End.: RUA DA MANGUEIRA

Cidade: ESCADA

Enferm.: LEITO 17

Leito: 618

CNS: 898001928279394

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
- ☐ Sim _____

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

- ☒ Antecipação de eventos críticos:
 - Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *± 2hrs. Sim*

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim *RX*
- ☐ Não se aplica

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
Não. Sem problemas

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Fract. plato Tibial F.*
- ☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica) *Sim*
- ☒ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *Sim*
- ☒ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *Não*
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Sim*

Erick Maia de O. Maia
COREN-PE 000529903 - ENF



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Hercules Jose dos Santos Bezerra</u>		Registro: <u>418095</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: _____		Data: <u>08/07/19</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade ☒		☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros _____			
2. Ventilação prejudicada ☒		☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☒ Instalar ☒ Manter ☒ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros _____			
3. Padrão de eliminação urinária ☒ Diminuído ☐ Aumentado		☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☒ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☒ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☒ Registrar se: ☒ Dor ao urinar ☒ Abaulamento em região suprapúbica ☒ Ausência de diurese espontânea ☐ outros _____			
4. Dor ☒ Local: <u>FO</u> ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severa		☐ Verificar qual posição adequada do paciente ☐ avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ outros _____			
5. Integridade tissular prejudicada ☒		☐ Descrever características da lesão ☐ Realizar curativo a cada ____/____h ☐ Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros _____			
6. Sangramento ☒ Local: <u>FO</u> ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Severo		☐ Aferir pressão arterial de ____/____min ☐ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros _____			
7. Imobilidade no leito prejudicada ☐		☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____			

CÓD. 38605



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	() Outros	
	() Aferir temperatura de ____/____ h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37° C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
11. Choque Hipovolêmico ()	() Outros	
	() Aferir sinais vitais a cada ____/____ min.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência	
12. Risco de Infecção ()	Outros	
	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos Local: Fo AVP	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Erika Maria de O. Maia COREN-PE 000529903 - ENF	ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
---	---------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



**CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM
AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM**

Nome: Arquiles José da Silva Registro: 118095
Clínica: GT Enfermaria: Bloco Leito: _____
Sexo: M Peso de admissão: _____ Kg Peso Atual: _____ Kg
Hipótese Diagnóstica: _____

HORA: 09:30 PLANTÃO DIURNO: For DATA: 8.7.19
Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradigineico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: _____
Curativo: (☒) Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim (☒) Não Local: _____
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Aspecto: _____
Observações: paciente consciente orientado
leito fixado realizado medicação
em seguir aos cuidados de enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Dolores G. S. M.

HORA: _____ PLANTÃO NOTURNO: _____ DATA: ____/____/____
Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupneico () Taquipneico () Bradigineico
Acesso Venoso: () Periférico () Central Local: _____
Curativo: () Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim () Não Local: _____
Evacuações: () Presente () Ausente Aspecto: _____
Observações: _____

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável



SINAIS VITAIS										OXIGENIOTERAPIA				CONTROLE HÍDRICO								DEMAIS CONTROLES				
HORA	PA	T. INCUB	F.C. (bpm)	F. Resp	Sat / O2	Temp.	TP O2	FI O2	O2	Ar. Comp.	PEEP	GANHOS				PERDAS				Glicosúria	Cetonúria	Dextro	Dens. U	Asp. VAS		
												Oral	S. Gest.	NPT	Soro	Medic.	Dreno	Diurose	S. Gast.						Fezes	Vômitos
7																										
8																										
9																										
10																										
11																										
12																										
13																										
14																										
15																										
16																										
17																										
18																										
19																										
20																										
21																										
22																										
23																										
24																										
1																										
2																										
3																										
4																										
5																										
6																										
T																										



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Hercules Jose dos Santos Bezerra</u>		Registro: <u>418095</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: _____		Data: <u>08/07/19</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM			HORÁRIOS	
1. Ansiedade (X)	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros _____				
2. Ventilação prejudicada (X)	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☒ Instalar ☒ Manter ☒ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros _____				
3. Padrão de eliminação urinária (X) Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☒ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☒ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☒ Registrar se: (X) Dor ao urinar ☒ Abaulamento em região suprapúbica (X) Ausência de diurese espontânea ☐ outros _____				
4. Dor (X) Local: <u>FO</u> () Leve () Moderada () Severa	☐ Verificar qual posição adequada do paciente ☐ avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ outros _____				
5. Integridade tissular prejudicada (X)	☐ Descrever características da lesão ☐ Realizar curativo a cada ____/____h ☐ Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros _____				
6. Sangramento (X) Local: <u>FO</u> () Leve () Moderada () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ____/____min ☐ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros _____				
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____				

CÓD. 38605



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	() Aferir temperatura de ____/____h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37° C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	() Aferir sinais vitais a cada ____/____min.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência	
	Outros	
12. Risco de Infecção ()	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos Local: Fo AYP.	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 COREN/PE 000529903 - ENF	ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO		



Handwritten signature

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: HERCULES JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA

REGISTRO: 118095

DATA ADMISSÃO: 06/07/2019

DATA ALTA: 09/07/2019

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

PARAFUSOS CANULADOS

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) USAR MEDICAMENTOS PRESCRITO
- 2- RETORNO AO AMBULATÓRIO COM DUAS SEMANAS
- 3) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 4) NÃO PISAR
- 5) INICIAR FISIOTERAPIA
- 7) RETIRAR PONTOS COM DUA SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)

Não ()

RETORNO AO AMBULATÓRIO COM DUAS SEMANAS

Assinatura do Médico e Carimbo

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

Handwritten signature: Ilacieli Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM: 17726 / RQ1: 1693



(81) 3183 0149

**Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.**





Assinado eletronicamente por: HUGO SALES DA SILVA - 16/08/2019 13:01:37

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081613013743500000048637383>

Número do documento: 19081613013743500000048637383

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA	
CRM:	UF: PE Nº 18569
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara, Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000 Cabo de Santo Agostinho – PE	
Fone: (81) 3183.0000	

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

09/07/2019

Paciente: **HERCULES JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA**

Endereço:

Prescrição:

1) **CEFALEXINA 500MG** -----28COMP
01 COM 6/6H POR 7 DIAS

2) **Profiam 100mg**-----01 cx
01 com vo 12/12h por 5 dias

3) **Dipirona 01g – 01 caixa**

Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

4) **Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa**

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte


Ilacieli Soares
Osteopata Reguladora
CRM-AM 47267/RG-AM 1.693

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome.....	
Ident.....Órg.Emissor.....	
End.....	
Cidade.....UF.....	
Telefone.....	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA	
CRM:	UF: PE Nº 18569
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara, Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000 Cabo de Santo Agostinho – PE	
Fone: (81) 3183.0000	

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

09/07/2019

Paciente: **HERCULES JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA**

Endereço:

Prescrição:

1- **CEFALEXINA 500MG** -----28COMP

01 COM 6/6H POR 7 DIAS

2- **Profiam 100mg**-----01 cx

01 com vo 12/12h por 5 dias

3) **Dipirona 01g – 01 caixa**

Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) **Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa**

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte


Ilacieli Soares
Osteopata Reguladora
CRM-AM 47267/RG-AM 1.693

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome.....	
Ident.....Órg.Emissor.....	
End.....	
Cidade.....UF.....	
Telefone.....	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	

Handwritten signature

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: HERCULES JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA

REGISTRO: 118095

DATA ADMISSÃO: 06/07/2019

DATA ALTA: 09/07/2019

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

PARAFUSOS CANULADOS

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) USAR MEDICAMENTOS PRESCRITO
- 2- RETORNO AO AMBULATÓRIO COM DUAS SEMANAS
- 3) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 4) NÃO PISAR
- 5) INICIAR FISIOTERAPIA
- 7) RETIRAR PONTOS COM DUA SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

RETORNO AO AMBULATÓRIO COM DUAS SEMANAS

Assinatura do Médico e Carimbo

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

Handwritten signature: Ilaciel Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 17725 / RCL: 1693



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM. UF: PE Nº 18569
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara, Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000 Cabo de Santo Agostinho – PE
Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

09/07/2019

Paciente: **HERCULES JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA**
Endereço:

Prescrição:

1) CEFALEXINA 500MG -----28COMP
01 COM 6/6H POR 7 DIAS

2) Profiam 100mg-----01 cx
01 com vo 12/12h por 5 dias

3) Dipirona 01g – 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

4) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

Ilaciel Soares
Coordenadora de Farmácia
CAB - 12/05/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome.....	
Ident.....Órg. Emissor.....	
End.....	
Cidade.....UF.....	
Assinatura do Farmacêutico Data: / /	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: MAVINIER MENDES DE OLIVEIRA
CRM. UF: PE Nº 18569
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara, Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000 Cabo de Santo Agostinho – PE
Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

09/07/2019

Paciente: **HERCULES JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA**
Endereço:

Prescrição:

1- CEFALEXINA 500MG -----28COMP
01 COM 6/6H POR 7 DIAS

2-Profiam 100mg-----01 cx
01 com vo 12/12h por 5 dias

3) Dipirona 01g – 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

Ilaciel Soares
Coordenadora de Farmácia
CAB - 12/05/2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome.....	
Ident.....Órg. Emissor.....	
End.....	
Cidade.....UF.....	
Assinatura do Farmacêutico Data: / /	

Imobilização

Paciente: HERCULES JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA
Registro: 118095 **Data da Alta:** 09/07/2019

Solicito Imobilização: CURATIVO

Assinado eletronicamente por:
HUGO SALES DA SILVA
16/08/2019 13:01:37

Solicitação de Radiografia

Paciente: HERCULES JOSÉ DOS SANTOS BEZERRA
Registro: 118095 **Data da Alta:** 09/07/2019

SOLICITO RX:

JOELHO DIREITO AP/P

Motivo: Controle

Obs: Fazer radiografia no dia da consulta de retorno ambulatorial, SEM IMOBILIZAÇÃO.

Assinado eletronicamente por:
HUGO SALES DA SILVA
16/08/2019 13:01:37



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor(a)

Hericles Jose dos Santos Bezerra foi atendido (a) neste

serviço no dia: 22.07.19 CID: 582.3



Necessitado de 30 ^{trinta} dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros: _____

22 de 07 de 19 de 20

Dr. Francisco Rossi
Traumato - Ortopedista
CRMPE 23.368 TEOT 15961

Médico





Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atestado Médico

Paciente **HERCULES JOSÉ DOS SANTOS
BEZERRA**

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima
nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 06/07/2019.

Necessitando de 15 (QUINZE) dias de afastamento de suas
atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 9 de julho de 2019.

Haniel Soares
Otorrinolaringologista
CRM: 122.407/RG: 1493

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

"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado."





**Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. Hércules José dos Santos Bezerra, portador da Carteira de Identidade RG n. **10.051.776- SDS-PE-** e inscrito no CPF/MF sob o CPF nº 140.884.354-43, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência N° S **-650191**, no dia 05 julho de 2019, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – Base Descentralizada Escada - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão moto x carro (fratura de planalto tibial esquerdo), local do acidente, Rua Zenóbio Lins, Riacho do Navio, 18:50 hs, a vítima foi removida para o Hospital Dr. Benévolo Wanderlei do Amaral – Escada.

Escada, 06/08/2019.


Eliete Carvalho de Sousa
Coordenadora da Base SAMU – Escada.
COREN/PE – 382.910

Eliete Carvalho de Sousa
COREN-PE: 382.910-ENF.





HOSPITAL REGIONAL
DR. BENÉVOLO WANDERLEY
DO AMARAL

Data: 05.07.19
Registro: 2938890
Atendimento:
(X) Geral
() Pediátrico
() Obstétrico

1. Identificação

Nome: Hércules José dos Santos Bezerra 18 A
CNS: R da Mangueira Data Nascimento: 50 Sexo: (X) M () F
End.: Alameda Cidade: Osasa UF: PE
Bairro: Alameda Procedência: Osasa

2. Queixa principal e História da doença atual:

3. Antecedentes Pessoais:

☐ Cardiopatias ☐ Doenças Degenerativas ☐ Tabagismo ☐ Obesidade
☐ DM ☐ Distúrbios Psiquiátricos ☐ Alcoolismo ☐ Alergias
☐ HAS ☐ Tuberculose ☐ Outras

4. Uso de Medicamentos ☐ Sim ☐ Não

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

☐ Hidratado ☐ Afebril ☐ Febril Temperatura: _____ °C
☐ Desidratado ☐ Normocorado ☐ Aclanótico ☐ Anictérico
☐ Anasarca ☐ Hipocorado ☐ Cianose ☐ Icterícia
☐ Hiperorado ☐ Palidez

5.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência)

☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso
☐ Desorientado ☐ Orientado ☐ Semirarcorose

Pupilas:

☐ Fotorreagentes ☐ Anisocoria:
☐ Isocoria ☐ Miose
☐ Midriase

Escala de Coma de Glasgow: _____ pontos.

Abertura ocular _____ Resposta verbal _____ Resposta motora _____

5.3 Sistema Respiratório: FR 87 ipm

☐ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Máscara ☐ TOT ☐ Traqueostomia
O₂ suplementar _____ l/min. ☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulização

Expansibilidade Torácica Conservada: ☐ Sim ☐ Não Local:

Murmúrios Vesiculares: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local:

Ruídos Adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepitações Local:

Tosse: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva Aspecto de secreção:

5.4 Sistema Cardiovascular:

FC 82 bpm PA: 140 x 70 mmHg

Ritmo cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta:

Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio

Uso de drogas vasoativas: ☐ Não ☐ Sim:

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ NPT

5.5 Sistema Gastrointestinal:

Abdome: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plano

☐ Globoso ☐ Ascítico

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Normais ☐ Flatos

☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Êmese ☐ Presente ☐ Ausente

Aspecto:

5.6 Sistema Geniturinário:

Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA

☐ Cistostomia ☐ Dispositivo Urinário

Aspecto:

☐ Hemodiálise ☐ Diálise peritoneal

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva

Movimentos Conservados: ☐ Sim ☐ Não

Goteira: ☐ Sim ☐ Não Membro:

Força motora: Conservada ☐ Sim ☐ Não Local:

5.8 Necessidades Psicossociais:

Atitudes: ☐ Cooperativo ☐ Não Cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro

☐ Calmo ☐ Ansioso

5.9 Curativo

Tipo de Curativo: ☐ FO ☐ Úlcera de Pressão ☐ Outros Local:

Aspecto de curativo: ☐ Limpo ☐ Sujo

Aspecto exudato: ☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento

☐ Serosanguinolento ☐ Piosanguinolento

Estado Geral: ☐ Grave ☐ Regular ☐ Bom



Horário de Atendimento: 19 26 hs.

Enfermeiro / COREN

6.0 Atendimento Médico

Horário de Atendimento: _____ hs.

6.1 Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

Acidente outono bilis

Nge TCE

Idade, nome, endereço

Estável

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

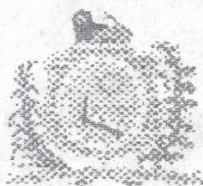
Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Inicial:



Jailson Lapenda L. da Silva
Comissário de Polícia
Mat. 350.755-6

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -
DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0153001437**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/08/2019** às
11:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **5/7/2019** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ZENOBIO LINS, 1 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR VAGENTE)
ANTONIO JOSE DE SOUSA BEZERRA (OUTRO)
DILENE MARIA DOS SANTOS (OUTRO)
HERCULES JOSE DOS SANTOS BEZERRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): ANTONIO JOSE DE SOUSA BEZERRA

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

ANTONIO JOSE DE SOUSA BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **JOSEFA EMILIA DE SOUSA** Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento:
17/7/1973 Naturalidade: **CUMARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4186075/SSP/PE**
(RG). 79428398420 (CPF) Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO**
Profissão: **MOTORISTA**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ESCADA, 59, RUA DA MANGUEIRA - CEP: 0 - Bairro:**
ATALAIA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

DILENE MARIA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

HERCULES JOSE DOS SANTOS BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **DILENE MARIA DOS SANTOS** Pai: **ANTONIO JOSE DE SOUSA BEZERRA**
Data de Nascimento: **16/5/2001** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES /**
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **10051776/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- 87886954



Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 50, RUA DA MANGUEIRA - CEP: 0 - Bairro: ATALAIA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DILENE MARIA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANTONIO JOSE DE SOUSA BEZERRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCR1411** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **103690417** Chassi: **9C2JC4120FR101754**

Ano.Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP HERCULES JOSE RELATANDO QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTO DE SEU PAI QUANDO O MESMO BATEU EM OUTRO VEICULO VINDO A CAIR. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU CONFORME DECLARAÇÃO DA ENFERMEIRA ELIETE CARVALHO COREN 382918 SENDO LEVADO AO HOSPITAL REGIONAL DE ESCADA E ATENDIDO PELA DOUTORA PATRICIA F. ALVES CRM 27816, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA COM PRONTUARIO 118095 ATENDIDO PELA ENFERMEIRA EMANUELA LIMA COREN 7628 E MEDICO IJACIEL SOARES CRM 17726. VITIMA COM FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO COM FIXAÇÃO DE 3 PARAFUSOS.

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

ANTONIO JOSE DE SOUSA BEZERRA
(OUTRO)

HERCULES JOSE DE SOUSA BEZERRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA** - Matrícula: **350755-6**

