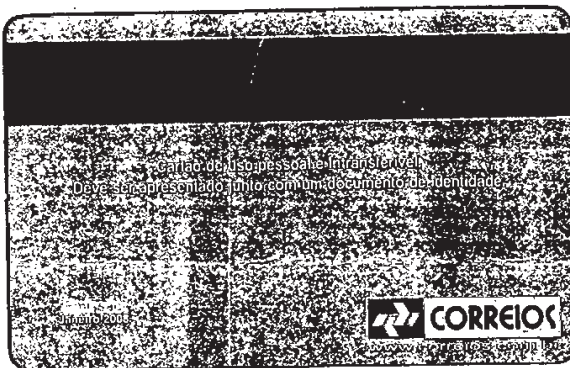




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	8.520.349
DATA DE EXPEDIÇÃO	16/04/2008
NOME	<< LUIZ FERNANDO CRUZ >>
FILIAÇÃO	<< >>
NATURALIDADE	CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE
DATA DE NASCIMENTO	19/07/1990
LOC ORIGEM	<< CN.69046 L. A60-F.33 CART. DO CABO-PE 28.02.2000 >>
CPF	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 116 DE 2008/33	
F-29 36.531 - 3022	



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1382545647

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0305943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 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 tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE
MARIA DE FATIMA DOS ANJOS

DATA DE VENCIMENTO
20/02/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL

13/02/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

13/02/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

050471521

CONTA CONTRATO
7017960690

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO
RUA MARIA JOSE DOS SANTOS 139 --A
- QD- 31 LT- 07 -NOVA
CIDADE/ESCADA -55500-000 ESCADA
PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 60,01

PERÍODO CONSUMO

15/01/2019 a 13/02/2019

CONSUMO

78

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 14,32

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

7017960690

MÊS/ANO

02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 60,01

VENCIMENTO

20/02/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

838000000009 600100110078 017960690101 137794983532



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAR 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE/CONTRATANTE: Luiz Fernando Cruz
brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: Sacristão
portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 8.520.349 - SPS-PE, inscrito no
CPF/MF sob o n.º 092.902.234 - 30, residente e domiciliado
Rua Maria José dos Santos, n.º 140,
bairro: Nova Escada na Cidade de Escada,
Estado de Pernambuco.

OUTORGADO/CONTRATADO: **ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO**,
brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 39.668, com endereço profissional na
Rua Arquiteto Luiz Nunes, 741, Imbiribeira, Recife-PE.

PODERES

O outorgante outorga ao outorgado amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicium et extra*, especialmente visando defender direitos do outorgante, podendo ainda propor ação, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, **negociar e transigir**, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber e levantar e quitar alvará judicial, firmar compromisso, produzir provas, enfim, todos os atos necessários que visem à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes. Ratifica ainda a procuração anteriormente outorgada e já juntada aos autos.

Luiz Fernando Cruz
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS

A **OUTORGANTE/CONTRATANTE** pagará, a título de honorários advocatícios contratados, ao outorgado/contratado 30% (trinta por cento) do valor bruto em real (R\$) que receberá em decorrência do processo distribuído e patrocinado pelo contratado, seja em caso de condenação, seja em caso de acordo. O outorgante/contratante autoriza ainda que a secretaria do Juízo retenha em favor do outorgado/contratado os 30% (trinta por cento) acordado, quantia esta que poderá ser liberada através de alvará em favor do outorgado. Os honorários aqui contratados independem dos honorários de sucumbências.

Recife, 02 de SETEMBRO de 19.

Luiz Fernando Cruz
CONTRATANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Luiz Fernando Cruz, brasileiro, solteiro,
portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 8.520.349 - SDS-PE inscrito no
CPF/MF sob o n.º 092.902.234 - 30, residente e domiciliado
Rua Maria José dos Santos, n.º 140, no Bairro de
Nova Escada, na Cidade de Escada, Estado de
PE, DECLARO, nos termos da Lei n.º 1.060/50, para
todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção
jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes
à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família,
necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife/PE, 02 de SETEMBRO de 19.

Luiz Fernando Cruz
DECLARANTE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA -
DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0132002183**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/12/2018** às
10:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **23/12/2018** às **14:16**

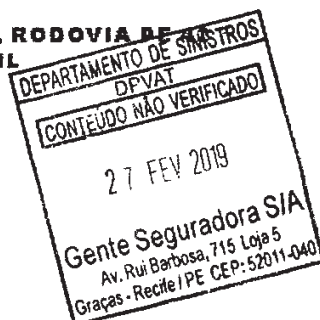
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL, 1, RODOVIA DE**
Bairro: **ZONA RURAL - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
LUIZ FERNANDO CRUZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
LUIZ FERNANDO CRUZ



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

LUIZ FERNANDO CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO Data de Nascimento: **18/7/1988** Naturalidade: **NÃO**
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **AVENIDA ZENOBIO LINS, 61, 10 TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro:**
RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA HONDA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ FERNANDO**
CRUZ

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXU7351** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



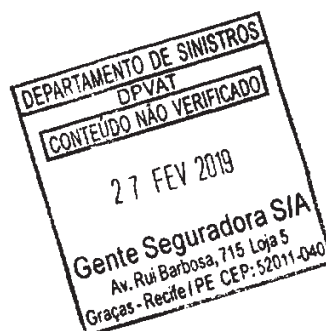
Complemento / Observação

A VITIMA AFIRMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA NA PE 42 NAS PROXIMIDADES DAS PEDREIRAS QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEICULO E CAIU, SOFRENDO LESÃO NA CAVICOLA ESQUERDA; QUE A VITIMA RECEBEU ATENDIMENTO NA UPA DE IPOJUCA E NO HOSPITAL DOM HELDER CAMARA.

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

+ *Luiz Fernando Cruz*
LUIZ FERNANDO CRUZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **OZIEL ANTONIO DE SOBRAL** - Matrícula: **2731193**





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 474664

Senha da Classificação:

0035

Data e Hora: 23/12/2018 16:30

Paciente: 37846 LUIZ FERNANDO CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 19/07/1990 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA LUZINETE CRUZ DO NASCIMENT Nome do Pai: NAO DECLARADO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: DOUTOR MANOEL CLEMENTI --

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: CABO

PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 8188856631

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

PROFISSAO ARRUMADOR

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

vístima de acidente com moto há 2 horas, referindo dores no ombro (E)

Exame Físico

deformida lateral na clavícula (E)

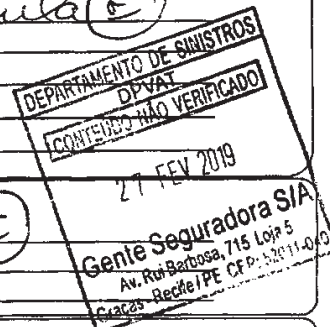
Hipótese Diagnóstico

Fract. lateral da clavícula (E)

Conduta Terapêutica

Internamento

Prescrição Médica



EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE

LEITO DO PACIENTE

Carimbo/Médico



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/12/2018 16:18



Nome Paciente: LUIZ FERNANDO CRUZ
Cód. Paciente: ..
Data de Nascimento: 19/07/1990
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: 0035
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 23/12/2018 16:24 - 23/12/2018 16:27

POLLYANA LIMA MOURATO - COREN: 123882 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, VEM TRANSFERIDO DE OUTRO SERVIÇO, CONSCIENTE E ORIENTADO, GLASGOW 15, APRESENTA HISTÓRIA DE TRAUMA EM OMBRO E. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS.

Observação:

SENHA 5583115

Tluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: POLLYANA LIMA MOURATO - COREN: 123882 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/12/2018 16:27

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Willy Fernando Cruz Data: 24/12/18 Registro: 37846
Convênio: SUS Leito: Sala 03 Hora: 15:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Julio 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Romi de Instrumentador: Lucia
Circulante: Adriana

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
cup / cupote /	24.12.18 01 ↑ STEAM ↓ 31.12.183303	DISPOSITIVO C/CHAVE HDH UNIPSTER LOTE: 03.000.634 EST: 21/12/2018 VAL: 21/12/2019 PLASMA P.H RESP TECNICO RICARDO LEITE COREN: 342.739
Ameta de bisturi / Punho de tolo /	24.12.18 02 ↑ STEAM ↓ 31.12.184082	CLASS 4 CHEMICAL INDICATOR Medstér EN ISO 11140-1:2014 STEAM Black Processed 2551 US Patent 6149963 ISO11140 Class 4 Accept if indicator is same as ref or darker.
Pinça 2.0 / Atadura 10 cm /	24.12.18 02 ↑ STEAM ↓ 31.12.184082	
Pinça de unha / Punho de unss /	24.12.18 02 ↑ STEAM ↓ 31.12.184082	
	24.12.18 02 ↑ STEAM ↓ 31.12.184082	
	24.12.18 02 ↑ STEAM ↓ 31.12.184082	
	24.12.18 02 ↑ STEAM ↓ 31.12.184082	
	24.12.18 02 ↑ STEAM ↓ 31.12.184082	



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 24/12/2018
Hora.....: 16:37

Aviso de Cirurgia : 39255

Paciente : 37846

Convênio Atend. : 1

Leito : 639

Dt. Início : 24/12/2018 15:46 Dt. Fim : 24/12/2018 16:46

Sala : 0003

SALA 03

LUIZ FERNANDO CRUZ

SUS - INTERNACAO

LEITO 6

Atendimento : 474672

Carteira :

Idade : 28 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408010150

Convênio: 001

Anestesia: 39

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

QUIRURGIAO
ANESTESISTA

13722 JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA
11671 DANIELLA GOUVEIA DE MELO

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA DE PLEXO + GERAL
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MSE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS MSE
4. REDUÇÃO DA FRATURA
5. FIXAÇÃO PERCUTÂNEA COM 02 FIOS KIRSCHNER 2MM
6. CURATIVO;
7. HEMIJOTA

DDH - Hospital Dom Helder Camara
Evângela C. Dias de Souza

18 DEZ 2018

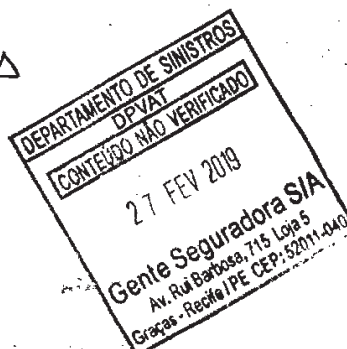
Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Julio Tadeu Arraes
Ortopedia/Traumatologia
CRM 13722 - RBO 10.000

DR(A) : JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA
CRM : 13722

Local: Simob. MJ MSE
Data: 24.12.18 21:30
Assinatura: Elvise



HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA







**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

[illegible]



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

24/12/18

ENF

Paciente

Amir, Francisco, Pina 37 846

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

Y

28

I-

CRM

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

11671 DANIELA MELO

SILVEIRA

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

TTO RAR FRAT DE CLAVICULA

Horário

19h

10h

N.O

Liq. os

SaO₂

TCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Xylo. el v.

20ml

ND

30ml

Propofol

20

Propofol

50ml

Propofol

30ml

Técnica Anestésica

Blog. Plexo +

Axilar

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 FEV 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 15 - Jd. S. S. - Recife - PE - CEP: 51100-000

Gracias - Recife - PE - CEP: 51100-000

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardioscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

Dra. Daniela Melo
Anestesiologista
CRM 11671

Assinatura do Anestesiista



Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 02/09/2019 21:57:16

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090221571616500000049419394

Número do documento: 19090221571616500000049419394



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 2

Nome: Louiz Fernando data: 24/12/19 Hora: 16:55 Registro: 37846
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: re. Fratura de clavícula
Tipo de anestesia: Bloqueio
Equipe: Dr. Julio Arras Anestesista: Dr. Daniela

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (☒) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (☒) Sim Onde: MSD
Acesso Venoso Central: (☒) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (☒) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 140 x 78 mmHg FR: - p/min FC: 65 p/min SaPO2: 98%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>120 x 67</u>	<u>111 x 58</u>	<u>123 x 70</u>	<u>118 x 73</u>	<u>134 x 95</u>	
FR	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	
FC	<u>65</u>	<u>67</u>	<u>59</u>	<u>70</u>	<u>74</u>	
SaPO2	<u>97%</u>	<u>96%</u>	<u>95%</u>	<u>97%</u>	<u>99%</u>	
Glasgow	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	

5. Intercorrências/observações:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
27 FEV 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 155 - Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-900

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 24/12/19 Horário: 19h Responsável pelo encerramento: Dr. Graça Couto
Anestesiologista: CRM-5883

Alta da SRPA pelo médico: _____

CÓD. 38398





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

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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 37846

Atendimento: 474672

Dt. Cad: 28/08/2012

Nome: LUIZ FERNANDO CRUZ

Dt. Nasc: 19/07/1990

Mãe: MARIA LUZINETE CRUZ DO NASCIMENTO

Bairro: CENTRO

End.: DOUTOR MANOEL CLEMENTINO

Cidade: CABO

Enferm.: LEITO 6

Leito: 639

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
- Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NAO**
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± 1h**

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? **NAO**

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim **Rx**

☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

Rafaela Henrique
Enfermeira
127



Secretaria de Saúde

PROCTOLOGIA

do H04

Proctologia (5583114)

WIZ FERNANDO CWS

28 ans

Queda de moto no 014
trouso no cinto (E).

Rx: Procturo clonidino (E)
Tubo d'água.

- 23/12/18
Data

Dr. Pedro Paulo M. de Lima
Ortopedia e Traumatologia
CREMÉRBE 24609

Assinatura - CA. 1



Exame Físico: dor + edema + limitação no
ombro

Antecedentes Pessoais: -

Medicações em Uso -

Antecedentes Familiares: -

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura do 1/3 distal da clavícula (E)

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Cabo de Santo Agostinho, 23/12/18

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo

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



Exame Físico:

dp + edema + limitação no
ombro

ADILDO AIROPORE

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Fratura do 1/3 distal da clavícula (E)

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

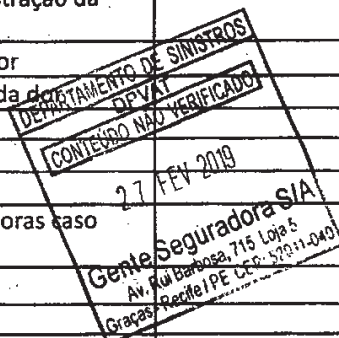
Cabo de Santo Agostinho, 23/12/18

Assinatura e Carimbo

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



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Rui Fernando Cruz</u>		Registro: <u>37846</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: <u>POI Ho. uron. Enat.</u>		Data: <u>24/12/18</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO <u>elavícula</u>		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()		☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros _____			
2. Ventilação prejudicada (✓)		☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR ☒ Instalar ☒ Manter ☒ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros _____			
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ outros _____			
4. Dor (✓) Local: _____ () Leve () Moderada () Severa		☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ outros _____			
5. Integridade tissular prejudicada (✓)		☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>24/24h</u> ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☐ Manter curativo oclusivo por ____h ☐ Outros _____			
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderada () Severo		☐ Aferir pressão arterial de ____/____ min. ☐ Manter elevado: _____ ☐ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros _____			
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____			



CÓD. 38605



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 15/15 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: AVP	
	() Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

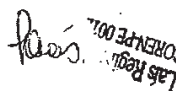
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Rafaela Henrique Enfermeira COREN-PE 345.127 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	 TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
--	----------------------------	---------------------------------	--

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



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 15/15 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: AVP () Examinar F.O. e registrar alterações () dor; () Calor; () Rubor; () Edema. () Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

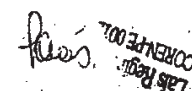
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Rafaela Henrique Enfermeira COREN-PE 345.127 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	 Rafaela Henrique Enfermeira COREN-PE 345.127 TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	



PACIENTE:	Mário Fernando do Nascimento			DATA:	24/12
CIRURGIÃO:	Dr. Júlio			RG:	37846
ANESTESISTA:	Dr. Amélia			AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	Dr. Lúcia			ANESTESIA:	Proquiro
ESTRUMENTADOR:	Mariana			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Mariana
CIRCULANTE:	Andréia			COREN:	
ENFERMEIRA:	Delfeila			HORARIO INICIAL:	16:00
				HORARIO FINAL:	16:20

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
SADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 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			
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 CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSE	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

DEPARTAMENTO DE MATERIAIS
OPVAT
CONTENIDO NÃO VERIFICADO
27 FEV 2019
Aradora S/A
Linha 5
111-0403

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)	
ATRACURIM 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/1ML	
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 (ULTIVA)	
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 CARDIOPLÉGICA 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)			



MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDEISTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDEISTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIM 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/1ML	
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/4ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
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	
DEXTROCEETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICERIDEOS 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			
GILCOSE 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)			



Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: Luiz Fernando Luiz Registro nº 37846
Idade: _____ Sexo: _____ Data da Admissão: 23/12/18 Data da Alta: 27/12/18

Diagnósticos Definidos: Paciente com trauma em ombro esquerdo
com fratura com suspeita (sic)
pt. fratura 1 lateral do clavículo
cm: 542

Conduta / Procedimentos Realizados: Tratamento cirúrgico: - redução aberta +
fixação com fio de K.

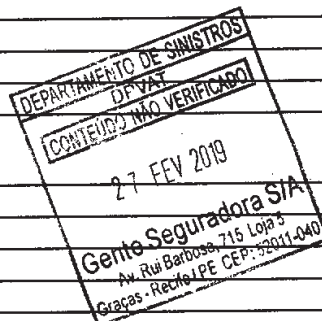
Prescrição para o Domicílio: - Analgesia
- curativos

Informações Complementares: do ambulatório

Programação após Alta Ambulatório de Egresso: SIM ☒ NÃO ☐ Data da Consulta: com 15 dias 25/12/18

Assinatura do Médico e Carimbo

Reinaldo M. de Carvalho
Médico Ortopedia
CRM - 14861-PE





SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

28 anos
Marta da Conceição
tec em mod. 01/2011

Nº REGISTRO 53 299	DATA E HORA DO NASCIMENTO 19-07-90	EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL
-----------------------	--	-------------------------------------

PACIENTE: Luiz Fernando Cruz	NASCIMENTO:	IDADE:	SEXO: (M)	COR:
ESTADO CIVIL:	PROFISSÃO:	NATURALIDADE:	NACIONALIDADE:	

Nº DE IDENTIDADE	FILIAÇÃO	PAI MÃE	COMPLEMENTO
ENDEREÇO: Rua da Palmeira		M. Luzinete S. do Nascimento	

BAIRRO: Camela	CIDADE: Ipojuca	UF: PE	TELEFONE: 9.9459.2671
ORIENTAÇÃO:			

PROCEDÊNCIA:	MEIO DE TRANSPORTE:
--------------	---------------------

CONSULTA DE ENFERMAGEM			
DATA: 23-12-18	HORA: 14:15	ENFERMEIRO:	COREN:
SITUAÇÃO QUEIXA:			

ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENÇÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO
☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:

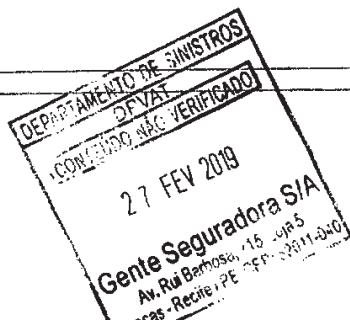
MEDICAÇÃO EM USO:

PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C
COG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐	PUPILAS ISOCÓRICAS ☐ ANISOCÓRICAS ☐
ESCORE	ESCORE	ESCORE		

DIAGNÓSTICO:	☐ SIM ☐ NÃO	SUDORESE:	☐ SIM ☐ NÃO	PALIDEZ:	☐ SIM ☐ NÃO
--------------	---	-----------	---	----------	---

EXAME FÍSICO:
Borda do notão br com
traço no arto E.

DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:
Rx: notão br com traço no arto E.



ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma:

Perda de Consciência: ☐ Sim ☐ Não Episódio Emético: ☐ Sim ☐ Não Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não
 Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____
 Colisão: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Motorista: ☐ Passageiro: ☐
 Atropelamento: ☐ Sim ☐ Não Local do Impacto: _____
 Vítima de Ferimento: ☐ Sim ☐ Não Tipo: _____ Sofreu Queda: ☐ Não ☐ Sim Altura: _____
 Queimadura: ☐ Sim ☐ Não Por: _____ Transporte realizado por: _____

Condições de Imobilização Adequada: ☐ Sim ☐ Não Por Que: _____

EXAMES FÍSICOS:

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

DIAGNÓSTICO:

EXAMES ESPECIALIZADOS: ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ☐ ANGIOGRAFIA
☐ ENDOSCOPIA ☐ RX ☐ ULTRASSONOGRAFIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA: DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

① TIPOLOGIA M5E
 ② DO H2H TTD 1122/10

Dr. Pedro Paulo Piva de Lima
 CRM-MG 24609

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: ☐ SIM ☐ NÃO

CLASSIFICAÇÃO RESERVA: ☐

DEFINIÇÃO DO CASO

INTERNAMENTO ☐ CIRURGIA ☐ ÓBITO ☐ TERMO DE ALTA PEDIDO ☐ EVADIU-SE ☐

TRANSFERIDO PARA: _____

INTERNADO NA CLÍNICA: _____

INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

CONFIRMAÇÃO DO NOME: _____

CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO: _____

PROVIDÊNCIAS: ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐

OBSERVAÇÕES: _____

AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAMENTO/TRANSFERÊNCIA:

ENFERMEIRA: _____ COREN: _____ MÉDICO: _____ CRM: _____ DATA: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO:

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Assinatura: _____ Nome completo: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possa advir.

Assinatura: _____ Nome completo: _____





Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

NO HCH

Trançunologia (5583114)

União Francisco Cruz

23 Cruz

Queda de moto no dia 01/12
Trançunologia Cruz.

At: Fratura do crânio. Cruz
Trançunologia Cruz.

23/12/18
Data

2

D. Pedro Paulo Pinheiro de Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24609

Assinatura - CRM



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013934337960
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 237321572 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
ROSINETE FELIX DE LIMA

RIBEIRAO-PE

CPF / CNPJ 715.968.954-20 PLACA NXU7351

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2JC4110AR67D626

ESPÉCIE TIPO **PAS / MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL **GASOLINA**

MARCA / MODELO **HONDA/CG 125 FAN KS** ANO FAB. 2010 ANO MOD. 2010

CAP / POT / CIL 2P/124CL CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **PRETA**

COTA ÚNICA **IPVA 2018 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA 1º *****
 2º *****
 3º *****

FAIXA I.P.V.A. 1 PARCELAMENTO / COTAS *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **SEGURO PAGO** IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

RIBEIRAO LOCAL **25/02/18** DATA

Charles Andrews Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente DETRAN/PE

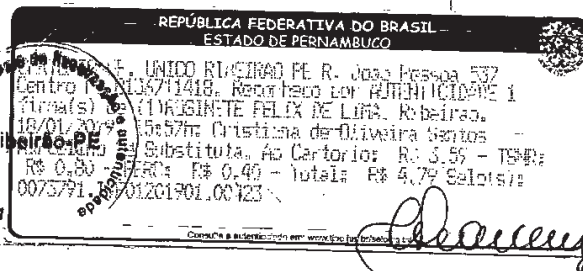
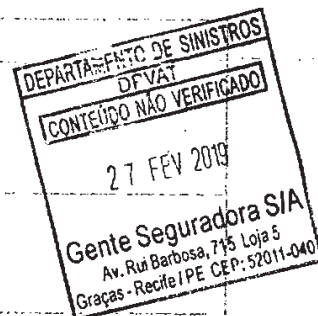


Declaração do proprietário do veículo

Eu Rosinete Felix de Lima
RG nº 4.100.248 Data de expedição 01/10/2014
Órgão SDS-PE portador do CPF nº 715.968.954-20
Com o domicílio na cidade de Ribeirão
No estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida) Rua João
Epifânio dos Santos nº 127 Bairro: Bondeirante
Declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a
vítima, Luiz Fernando Cruz
Cujo condutor era Luiz Fernando Cruz

Veículo: motocicleta modelo: Honda 160 125 FAN KS
Ano: 2010 Placa: NXU 7351
Chassi: 912JE4110AR670626 Data do Acidente: 23/12/2018

Local e Data: Ribeirão 18/01/2019



Assinatura do Declarante do Veículo (Reconhecer firma por autenticidade)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante da sinistro)

