

PROCURAÇÃO

PARTE OUTORGANTE:

Nome: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: COMÉRCIÁRIO,
RG nº 9023046 SDS/PE, CPF/MF nº 307.942.264-18, com
endereço residencial na RUA COR DA GAMELEIRA, Nº 625
JARDIM JORDÃO / PRAZERES JABOATÃO PE CEP
54320-325 _____ x _____
_____ x _____

PARTE OUTORGADA:

GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS, SÉRGIO PORTO ESTEVES e BRUNA VITALINO DA CONCEIÇÃO, brasileiros, sendo os primeiros advogados, devidamente inscritos na OAB/PE sob os nºs 17.828, 16.236, e a última estudante de direito, todos com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Recife – PE, onde recebem as intimações legais.

PODERES:

Para representar a PARTE OUTORGANTE em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com poderes incluídos nas cláusulas “ad judícia” e “ad judícia et extra”, podendo propor ações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, transigir, recorrer, desistir, renunciar a crédito, receber valores e dar quitação, levantar quantias em depósito judicial através de Alvará, firmar compromissos, substabelecer no todo ou em parte, bem como todos os poderes permitidos em direito sempre no interesse do outorgante.

Recife, 13 de junho de 2020.

Leonardo de Oliveira Silva
outorgante.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 9023046 SOS/PE,
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 107.942.264-18, residente
na RUA COR DA GAMELEIRA, Nº 625, JARDIM
JORDÃO / PRAZERES JABOATÃO PE CEP 54320-
325 ————— x ————— x —————

declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei de Assistência Judiciária nº 1.060/50 e demais legislações aplicáveis à espécie, e sob minha própria responsabilidade, que não tenho condições financeiras de pagar custas do processo, despesas com publicações e/ou outras despesas concernentes, sem prejuízos próprios.

Recife, 13 de junho de 2020

Leonardo de Oliveira Silva
Declarante



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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-93



CELPE
www.celpe.com.br

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

DADOS DO CLIENTE JOSE PEDRO DA SILVA PX. TERMINAL ONIBUS CORREGO DA GAME CPF: 026.858.854-01	DATA DE VENCIMENTO 11/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 27/06/2019	CONTA CONTRATO 000219340028
	TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 04/07/2019	Nº DO CLIENTE 2002687054
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA COR DA GAMELEIRA 625 JARDIM JORDAO/PAZERES 54320-325 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO EEFC.B107.5122.1ABA.E1AA.455B.3BA0.EABF			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)		0,55465468	0,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
000000003130678792	CAT	04/06/2019 12.775,00	26/06/2019 12.775,00	22	1,00000	0,00	0,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIM	METAS ANUAL
abr/2019					
DIC-Node horas sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
FIC-Node vezes sem Energia		0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	0,00	0,00	0,00
DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! Eduarda Joaquina de Oliveira - r paes de andrade 289 7 / manoel messias de oliveira - r tulipas Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL). Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 2.º, do RICMS-PE. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table>	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		MÍNIMO MÁXIMO	220	202 231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)						
	MÍNIMO MÁXIMO						
220	202 231						

CONTA CONTRATO 000219340028	MÊS/ANO 06/2019	TOTAL A PAGAR(R\$) 0,00	VENCIMENTO 11/07/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	--

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0109007272**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2019** às **16:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **30/8/2019** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DA BATALHA 1 ATE 1001, 1 - Bairro: PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / EM FRENTE A COMPESA , (PORTA LARGA)**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ PEDRO DA SILVA (OUTRO)
LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA**

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

LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA Pai: JOSÉ PEDRO DA SILVA Data de Nascimento: 24/12/1994 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9023046/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: COMERCIAL
Endereço Residencial: **RUA TIAGO MENDES CAVALCANTI, 625 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM JORDAO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDX2893 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**



Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO, VINHA CONDUZINDO MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUANDO COLIDIU COM UM CICLISTA QUE ATRAVESSAVA A RUA, ONDE APÓS COLIDIR PERDEU O CONTROLE DA MOTO, BATENDO NO MEIO FIO E CAINDO EM SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA.

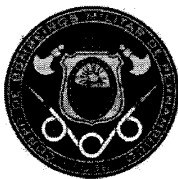
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Leonardo de Oliveira Silva

**LEONARDO OLIVEIRA DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **GERALDO MOTA DE ARAÚJO JÚNIOR** - Matrícula: **3847721**





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001015 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA, 24 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9023046 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 107.942.264-18, residente à RUA THIAGO MENDES CAVALCANTI, nº 625, , JD JORDAO, JABOATAO DOS GUARARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 30/08/2019, por volta das 15:35 hs, no endereço: ESTRADA DA BATALHA, S/N, PRAZERES JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLCETA HONDA TITAN VERMELHA PDX2893-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA, inscrito sob o CPF nº 107.942.264-18 e Registro Geral ° 9023046, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710268-2 INOSOJA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 119772. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 05/10/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site

<http://www.cbm.pe.gov.br/> , consultar protocolo nº 2019APH001015

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 519700

Data e Hora do Atendimento: 30/08/2019 22:26

Usuário do Atendimento: JACIANEBO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Prontuário: 119772

Nome da Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA

Nome do Pai: JOSE PEDRO DA SILVA

Data do Nascimento: 24/12/1994

Idade: 24 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 9023046

SDS PE Data Emissão:

CPF: 10794226418

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 709501647687970

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA TIAGO MENDES CAVALCANTE 625

JARDIM JORDAO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54315297

Fone: 982323941

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 01

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, 30/08/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: 02/09/2019

Hora: 12:00h

Dr. Igor Abreu

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Hospital Dom Helder Camara
02/09/2019

H - Hospital Dom Helder Camara
Solenge Lyra
Faturamento / SAME
05 SET. 2019



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LEONARDO OLIVEIRA SILVA

REGISTRO: 119772

IDADE: 24

DATA ADMISSÃO: 30/08/2019

DATA ALTA: 02/09/2019

6) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA

7) Conduta/ Procedimentos Realizados:

TEOSSINTESE COM HASTE INTRAMEDULAR

8) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

9) Informações Complementares

ANTER MEMBROS ELEVADOS DURANTE REPOUSO

FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO

INICIAR FISIOTERAPIA APÓS 15 DIAS

RECEBER DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANA

Prescrição Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: __/__/2019

Não ()

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SEEST/PE
Médico Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rua BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abulrab
Médico Ortopedista
02 SET 2019



DOM HELDER CAMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 519669

Senha da Classificação:

Data e Hora: 30/08/2019 16:54

Paciente: 119772 LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 24/12/1994 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA Nome do Pai: JOSE PEDRO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: XISTO PESSOA DE LUNA NETO

CRM: 16635

Endereço: RUA TIAGO MENDES CAVALC

625

Bairro: JARDIM JORDAO

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade): 9023046

SDS PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 10794226418

Fone: 982323941

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Pcte vítima de acidente motociclistico, lesões na
de construção do membro superior direito por impacto
na zona.

Exame Físico

Inspeção, palpatores, ausculta is.
ulceras presentes.
pulso diminuído.
membros presentes.

Diagnóstico

Luxação na zona.

Conduta Terapêutica

at/ta de C.F.

Prescrição Médica

ATENDIDO 1/2 amp EV 16x45 Rapaça
ATENDIDO 1- SFE 5L 100ml 1 amp 1ml (60) 8x100
2L 2x 8x100 1 amp 1ml

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



21:30 - em geral -

Vitima de acidente motociclista
há ± 6 horas. No momento não
vamos ou desmoro. Nega dor articular

EF/EG, corado, hidratado

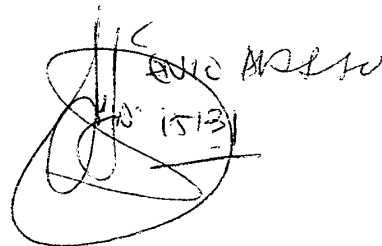
MDS/R K 2 BNR

Skidell anquile

K → Pide tibia/fibra.

Op. Rta da cirurgia geral

• POS LAI OLOS da ORTOPEDIA



#Ortopedia#

21h Paciente refuz acidente motociclista há 10 horas

com trauma em pé E.

Nega perda de consciência ou vômitos.

Exame: Edema 2+/4+ em pé E + deformidade.

Neurovascular preservado.

CD: Internamento

Vinicius S. Couto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 5.593-PE

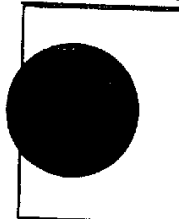


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 30/08/2019 16:30



Nome Paciente: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/12/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24 anos
Senha: 0045
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 30/08/2019 16:47 - 30/08/2019 16:49

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHA

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PCT TRAZIDO PELO BOMBEIRO, COM QUADRO DE DOR EM MIE, APOS QUEDA DE MOTO. PASSOU DIRETO PRA SALA VERMELHA

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Exatograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 30/08/2019 16:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 31/01/2020 15:50:07

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20013115500734000000056310935>

Número do documento: 20013115500734000000056310935

Num. 57247604 - Pág. 6

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Leonardo de Oliveira Registro: 158774 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: solteiro Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

/

História da Doença Atual:

Paciente refere anamnese motobulbar com
trauma cervical e, hoje.

Interrogatório Sintomatológica:

Não.



Exame Físico: Edema ++/++ + deformidade na
perna E.

Neuromas em perna E.

Antecedentes Pessoais: /

Medicações em Uso /

Antecedentes Familiares: /

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura de ossos da perna E

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: /

Plano Terapêutico: Interno.

Cabo de Santo Agostinho, 30/08/19

Vinicius S. Couto
Ortopedia/Traumatologia
CRM 25.693-PE
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

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Leonardo de Oliveira Silveira Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: 405 Leito: 04

Data/Hora	Descrição
30/08/19	* Serviço Social *
12:05h	Redigido encaminhamento social a esposa do pct. Se refere que o mesmo ainda tem em mãos algumas ações por meio da Atenção Básica de Saúde. Prestadas orientações das normas e rotinas do hospital e direitos do paciente do SUS e Seguro DPVAT.
	Assistente Social: <u>Solange Lyra</u> Faturamento / SAME Em: _____
02/09/19	Psicologia
15:30h	Pct visitado no momento o encontramos alerta, orientado, receptivo, sem queixas. Redigido elaborado protocolo de possível alta hospitalar.
	Psicóloga: <u>Márcia Guerra</u> Psicóloga / CRP: 11044 Faturamento / SAME Em: _____

CÓD. 38251



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 31/8/2019 10:02

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME: LEONARDO OLICEIRA		
	ENFERMARIA/ LEITO 405-4	119625

405-4

EVOLUÇÃO CLINICA

EVOLUÇÃO

HD: FRATURA FEMUR

OSSOS DA PERNA. EM BOM ESTADO GERAL., AGUARDA TTO CIRURGICO

CONDUTA AGUARDA CIRURGIA

31 AGO 2019





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 2/9/2019 12:30

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

NOME	LEONARDO OLIVEIRA SILVA	119772

**EVOLUÇÃO CLINICA
ALTA ORTOPEDIA**

HD: FRATURA DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA

CD: FIXAÇÃO COM HASTE PFN

PCT EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRURGICO. NO MOMENTO EM BOM ESTADO GERAL, FERIMENTO SEM SAIDA DE SECREÇÃO PURULENTA. SEM SINAIS INFECCIOSOS

EXAME FISICO:

1)EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NERVOVASCULAR (+)

ALTA SOB ORIENTAÇÃO DR BRUNO

- **CONDUTA**
- **ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA**
- **ORIENTAÇÕES AO PCTE E FAMILIA SOBRE CUIDADOS, RISCOS E RETORNO**
- **MEDICAÇÃO PARA CASA**
- **RETORNO AMBULATORIAL**
- **ATESTADO**
-

Dr. Igor Abutrab
Médico / CRM-BE-27778
02 SET. 2019





TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 31/08/19

Paciente: Leonardo de Oliveira Silva

Registro: 119772

Peso Atual: 88

Peso Habitual:

Altura: 1,86

Idade: 24

Leito: 405.4

Parte 1 – Triagem Inicial	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?	25,4	X
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		X
Houve Redução na Ingesta de alimentos na última semana?		X
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		X

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

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

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

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional	
Estado Nutricional	Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)
Ausente (Pontuação 0)	Ausente (Pontuação 0)
Leve (Pontuação 1)	Leve (Pontuação 1)
Moderado (Pontuação 2)	Moderado (Pontuação 2)
Grave (Pontuação 3)	Grave (Pontuação 3)

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 0 ou 1 ou 2 ou 3

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 proteica 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 proteica 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 proteica está substancialmente aumentada e não pode ser recuperada somente pelo uso de suplementos orais / dieta enteral

[Assinatura]
Nutricionista
CRN 56340

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.

Aviso de Cirurgia : 42786
Paciente : 119772
Convênio Atend. : 1
Leito : 718
Dt. Início :

Sala : 0002 SALA 02
LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA
SUS - INTERNACAO
405 - 04 - LT TRAUMA
Dt. Fim : 01/09/2019 15:39

Atendimento : 519700
Carteira :
Idade : 24 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 86

RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIAO

17411 AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA

Descrição Cirúrgica :

DDH/ANTISEPSIA/ASSEPSIA/ANESTESIA
ACESSO ANTERIOR DE JOELHO PARA PATELAR

Risco Cirúrgico :

DDH/ANTISEPSIA/ASSEPSIA/ANESTESIA
ACESSO ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO
PARAPATELAR MEDIAL AO TENDAO PATELAR
APOSICAO DE HIM DE TIBIA 90/380
POSICIONAMENTO A MAO LIVRE DE PARAFUSOS DE BLOQUEIO 2 DISTAIS 1 PROXIMAL+ PARAFUSO TAMPAO
LIMPEZA CIRURGICA
SUTURA COM NYLON E VICRYL

Particularidades Cirúrgicas:

Descrição Complementar

DR(A) : AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA
CRM : 17411

Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
05 SET. 2019

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

01/09/19

Paciente

LEONARDO DE OLIVEIRA MIELHA SILVA

Sexo

M

Cor

P

Idade

24

Risco

FE

CRM

Nome do Anestesiista

Nome do Cirurgião

193714401 GABRIEL

AVILA

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Cirurgia

Abcunha + kbc E

Horário

14h 20

15h 30

O₂

N₂O

Idos

IO₂

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Fentanyl

100mcg

Midazolam

5mg

Necroscopia

1715

Dimor

2.00

Clotro

2g

Indarodol

2g

Doxorubicina

10g

Digoxina

2g

Carbamazepina

100mg

Clonidina

75mcg

Técnica Anestésica

Rapim L3 L4

Intubação orotraqueal,
sem uso de traqueostomia,
depois de ECG imp. do
bloq. efeto

Monitorização

- ☒ Cardioscópico
- ☒ Oxímetro
- ☒ PNI
- ☒ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Elet. 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

☐ SIM

Descrever:

Observações:

UTI - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 05 SET. 2019

Assinatura de Anestesiista



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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Leonardo de Oliveira Siqueira Data: 01/09/19 Hora: 12:00 Registro: 119772
Convênio: SUS Leito: _____ Paciente: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Anselmo Anestesista: Dr. Amory
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Pro. Exaturo de Tila Início: 12:30 Término: 15:22
Anestesia: Raqui + sedação Início: 12:25 Término: 15:22

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

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 (x)	Artroscópio ()	Microscópio	Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico (x)	Local da Placa (x)	Intensificador (x)		
Carro de Anestesia (x)	Difusor ()			
Ap. Vídeo ()	Bomba de Infusão ()			
Oxigênio ()	Início _____	Término _____		
Protóxido ()	Início _____	Término _____		
Gás Carbônico ()	Início _____	Término _____		
Outros: _____				

1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não (x)
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (x)
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não (x)
Curativo (Tipo e Local): Sim (x) Não ()

Punção Venosa: Sim () Não (x)
Sonda Gástrica: Sim () Não (x)

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Anestesia de ponta CIRURGIA: Anestesia de ponta
alco

6 - OBSERVAÇÕES:

Sem uso de garrote.

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO



Paciente: Acordado (x) - Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (x) S. Intensiva () LICOR () UTI () Ap* () Residência ()

Data: 01/09/19 Hora: 15:35 Enfermeira: Daniela Circulante: Raquel

COREN/PE 979.350

CÓD. 38607



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Leonardo de Oliveira Silva</u>		Registro: <u>319772</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: <u>Artroscopia do joelho direito</u>		Data: <u>01/09/2018</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade (/)		<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros _____			
2. Ventilação prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros _____			
3. Padrão de eliminação urinária (/) Diminuído () Aumentado		<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____ h <input checked="" type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input checked="" type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input checked="" type="checkbox"/> Registrar se: (/) Dor ao urinar <input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica (/) Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros _____			
4. Dor (/) Local: _____ (/) Leve () Moderada () Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input checked="" type="checkbox"/> outros _____			
5. Integridade tissular prejudicada (/)		<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>24/24</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ____/____ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h <input type="checkbox"/> Outros _____		09	
6. Sangramento (/) Local: _____ (/) Leve () Moderada () Severo		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros _____			
7. Imobilidade no leito prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (tracionado) <input type="checkbox"/> 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 15/30 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: F.O. A.V.	
	() 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

 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: Leonardo de Oliveira Silva Registro: 119772
Clínica: Ortopedia Enfermaria: S.R Leito: 01
Sexo: M Peso de admissão: - Kg Peso Atual: - Kg

Hipótese Diagnóstica:

HORA: 15:50 PLANTÃO DIURNO: DATA: 01/09/19

Estado Geral: (☒) Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: (☒) VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: (☒) Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
Acesso Venoso: (☒) Periférico () Central Local: MSD
Curativo: (☒) Sim () Não Local: _____
Drenos: () Sim (☒) Não Local: _____
Evacuações: (☒) Presente () Ausente Aspecto: _____

Observações: Paciente E.G.R., admitido na SR às 15:50
em estado Orientado, eupneico, hipocrático, pele íntegra,
medicado conforme C.P.M., segue aos cuidados da
Enfermagem.

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Camila 001120021

HORA: PLANTÃO NOTURNO: DATA: ____/____/____

Estado Geral: () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta: () VO () SNG () SNE () SML () SOG () Dieta Zero
Padrão Respiratório: () Eupneico () Taquipneico () Bradipneico
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



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Leonardo de Oliveira Data: 01/09/19 Registro: 119772
Convênio: SUG Leito: _____ Hora: 10:15

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Abraham 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Ajayk Instrumentador: _____
Circulante: Raquel

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INI
cap r	blue → black	SACO / BLOC
capot r	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
Punho de power	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
motor STAYK	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
sta dura	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
malha tubular	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
py lig	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
Basico MM 5	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
Basico menor	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
saco	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
laixa haste de Tibio 1/2	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
Caixa haste de Tibio 2/2	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date
Martelo	blue → black	Chemdyne CD29 Multi-variable Indicator Double strip ISO 11140-1 Type 4 LOT CD29120918 2023-09 Contents Initials Date

Raquel Jodoy D. C. Lima
Téc. Enfermagem
CPF: EN-PE 975.550

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Leonardo de Oliveira Silva	DATA:	01/09/19
CIRURGIÃO:	Dr. Azevedo	RG:	119732
ANESTESISTA:	Dr. Anny	AUXILIAR:	
CIRURGIA:	Pro. Cir. Fígado de João	ANESTESIA:	Raqui + Sedação
ESTRUMENTADOR:	Rafael	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Anny
CIRCULANTE:	Rafael	COREN:	
ENFERMEIRA:	Danielle	HORÁRIO INICIAL:	11:50
		HORÁRIO FINAL:	

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02

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			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
RAQUEOST 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	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 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 02

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 CIRURGICOS			
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

CÓD. 38407

Rafael Godoy D. C. Lima
Téc. Enfermagem
COREN-PF 975.550

MEDICAMENTOS DA SALA CIRURGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML		METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA 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 CARDIO PLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCEAMINA 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			
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 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: 119772

Atendimento: 519700

Dt. Cad: 30/08/2019

Nome: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Dt. Nasc: 24/12/1994

Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA

Bairro: JARDIM JORDAO

End.: RUA TIAGO MENDES CAVALCANTE

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

Enferm: 405 - 04 - LT TRAUMA

Leito: 718

CNS: 709501647687970

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? *41h40*

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim *Rx*
- ☐ Não se aplica

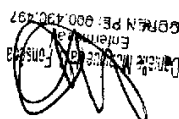
- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☒ 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 *990 Cirurg - Fract. 91bua*
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☒ 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 *Pós-OP / 5 RPA*



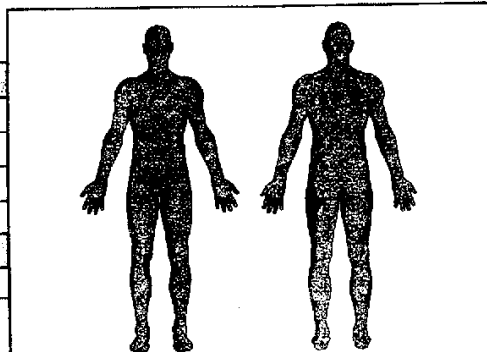
CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 30 / 08 / 19

Hora: 06:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Leonardo Oliveira Silva
Data de Nascimento:	24/12/94
Registro:	839772
Sector:	TPO
Leito:	405-04

SINAIS VITAIS		
PA:	120 x 90	T: 36,5
HGT:		
Observação:		



ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	MEDICAÇÃO EM USO:	
DIABÉTICO:	SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	MEDICAÇÃO EM USO:	
HÁBITOS:	TABAGISTA:	SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Há quantos anos: Qtd/dia:
	ETILISTA:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO ()	Há quantos anos: Qtd/dia:

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	RX (<input checked="" type="checkbox"/>)	TAC c/ Contraste ()	USG () ECO ()
	TAC s/ Contraste ()	RNM ()	CATE ()
LABORATORIAL:	SIM () NÃO ()	Observação:	
PARECER CARDIOLÓGICO:	SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Risco Cirúrgico:	
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	GRUPO SANGÜINEO:	
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	Qual?: UTI:	LEITO:

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM ()	QUAL:	SNE ()	SNG ()
NÃO (<input checked="" type="checkbox"/>)	OBSERVAÇÃO:	SVD ()	
		Outra:	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO	
SIM ()	QUAL:	SIM ()	NÃO ()
NÃO ()	OBSERVAÇÃO:	Qual:	
SIM ()	QUAL:	Local:	
NÃO ()	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:		

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEJUM:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO ()	À partir do dia: / / às : Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO ()	Observação:
TRICOTOMIA:	SIM ()	NÃO ()	Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ()	Quais/Datas:	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas:	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	Observação:	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO ()

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

CÓD. 38404



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

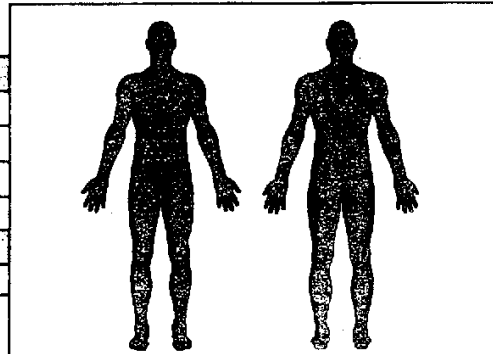
Data: ____/____/____ Hora: ____:____

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Leonardo de Oliveira Silva
Data de Nascimento:	24/12/97
Registro:	119777
Setor:	MD
Leito:	405-4

SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		



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

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

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM () QUAL:		SNE () SNG ()	
NÃO (X) OBSERVAÇÃO:		SVD ()	
		Outra:	
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO		DRENO	
SIM () QUAL:		SIM () NÃO ()	
NÃO (X) OBSERVAÇÃO:		Qual:	
		Local:	
SIM () QUAL:			
NÃO (X) HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO:			

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM (X) NÃO ()	À partir do dia: 31/08/19 às 08h	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X) NÃO ()	Observação:	
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO (X)	Observação:	
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X) NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ()	Quais/Datas:	
	NÃO (X)		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas:	
	NÃO (X)		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	Observação:	
	NÃO (X)		
		LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM ()
			NÃO ()

Enfermeiro Responsável: [Assinatura]

(Assinar e Carimbar)

Carimbo: Lais Correia Santos
COREN-PE 389.777-ENF

CÓD. 38404



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: LEONARDO OLIVEIRA SILVA

REGISTRO: 119772

IDADE: 24

DATA ADMISSÃO: 30/08/2019

DATA ALTA: 02/09/2019

6) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DIAFISE DE TIBIA ESQUERDA

7) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM HASTE INTRAMEDULAR

8) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

9) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBROS ELEVADOS DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO
- 3) INICIAR FISIOTERAPIA APÓS 15 DIAS
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANA

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: __/__/2019
Não ()

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abutuab
Médico CRM-PE 2774
02 SET. 2019



SINISTRO 3190679426 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE
SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA**CPF/CNPJ:** 10794226418**Posição em 13-01-2020 12:35:14**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Fornecedor Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

- 16/12/2019	- R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
--------------	----------------	----------	--------------

