

PROCURAÇÃO

PARTE OUTORGANTE:

Nome: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: COMECIARIO,
RG nº 9093046 SNS/PE, CPF/MF nº 307.942.264-18, com
endereço residencial na RUA COR DA GAMELEIRA, N° 625
JARDIM JORDÃO / PRAZERES JABOTICABA PE CEP
54320-325

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 judicia” e “ad judicia 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 janeiro 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 SDS/PE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 307.949.264-18, residente na RUA COR DA GAMELEIRA, Nº 625, JARDIM JORDÃO / PRAZERES JABONATÔ PE CEP 54320-325.

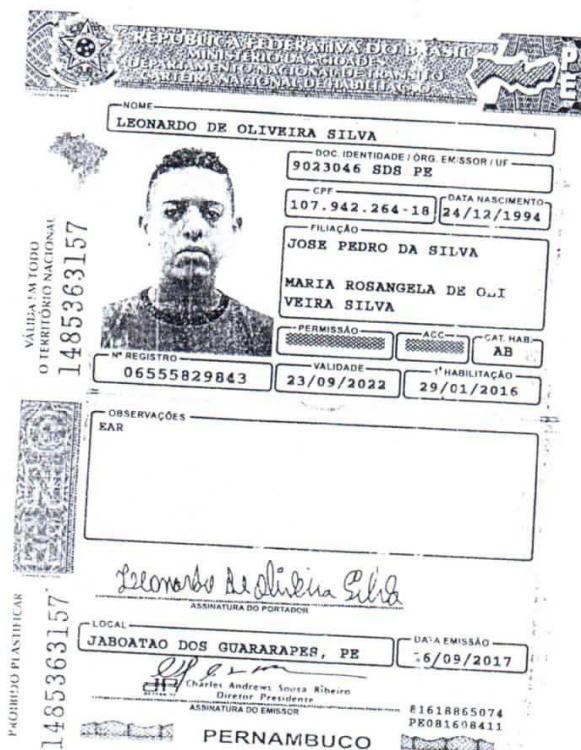
declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei de Assistência Judiciária nº 1.060/50 e demais legislações aplicáveis à espécie, e sob minha própria responsabilidade, que não tenho condições financeiras de pagar custas do processo, despesas com publicações e/ou outras despesas concernentes, sem prejuízos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

Recife, 13 de janeiro de 2020

Leonardo de Oliveira Silva

Declarante





47

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

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



CELPE

www.celpe.com.br

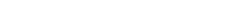
Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 I PRONTIDAO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Grátis de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Grátis de Telefones Fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
JOSE PEDRO DA SILVA PX. TERMINAL ONIBUS CORREGO DA GAME CPF: 025.858.654-01	11/07/2019	27/06/2019	000219340028
ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
RUA COR DA GAMELEIRA 625 JARDIM JORDAO/PRAZERES 54320-325 JABOTACABA DOS GUARARAPES PE	0,00	04/07/2019	2002587054
CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
RESERVADO AO FISCO	EEFC.B107.5122.1ABA.E1AA.455B.3BA0.EABF		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.eletrobras.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES								
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh	DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL		
		DATA	LEITURA											DATA	LEITURA
000000003130678792	CAT	04/06/2019	12.778,00	26/06/2019	12.778,00	22	1,00000	0,00	0,00	abr/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	
							DIC-No de horas sem Energia				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
							FIC-No de vezes sem Energia				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
							DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
							DICRI-Duração de Interrupção em dia crítico								Límite DICRI: 0,00
							EUSE-Valor do Encargo de Uso = R\$ 0,00								
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 04/07/2019							Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.								

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

ESTAQUE AQU

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! eduarda joaquina de oliveira-: r paes de andrade 289 ? / 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 no nível de fiação de fornecimento.

Pagto. em atraso gera multa 2% (Res14/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.

Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVII, a, 2, do ICMS-PE.

O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Em caso de suspensão do fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidaad no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MAXÍMOS
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

ESTAQUE AQUA

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

ATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

//autoatendimento.celpe.com.br/NDP_DOSRUCES_D~home...&a=3&indBanco=&grupo=B&numcontacontrato=000219340028

16/12/19 21:29
Página 1 de 1

Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 31/01/2020 15:50:07
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2001311550072140000056310930>
Número do documento: 2001311550072140000056310930

Num. 57247599 Pág. 4



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 - Culposo (Consumado) 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 (VITIMA)

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: **COMERCIARIO**
 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

Assinatura de Leonardo 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**

C E R T I D Ã O

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 MOTOCICLETA 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 nº 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



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 519700

Usuário do Atendimento: JACIANEBO

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

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA

Prontuário: 11972

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, anestesias, 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:

mei Horas

Diagnóstico:

FRAZ - DIFUSAS FIMAS

Procedimento:

COTGCCRM 6X C1 HMG RETIMA

Alta em: 02/09/2019

Hora:

12:00h

Dr. Igor Andrade

Médico CRM-PE 17726

Médico e C.R.M:

02 SET 2019

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

04 - Hospital Dom Helder Camara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
05 SET 2019

02/09/2019
Hospital Dom Helder Camara
02/09/2019



Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

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:

ATURA 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

RETORNO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPÉDIA EM 2 SEMANA

Programação Após Alta:

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

Natura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE.
Médico: Professor Martiniano Ferrandes - IMIP Hospitalar
Endereço: Rodovia Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
km 95, CEP 54 510-000
e Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Igor Abuturab
Médico FCAJ/PE 2774
02 SET 2019



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

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

Número do documento: 20013115500734000000056310935

Num. 57247604 - Pág. 3

21:30 - em geral -

Vitais de ordem de procedimentos
há t. 6 horas. No momento nenhuma
variações ou desmora. Nega dor articular

em tob., cotov., radiotato

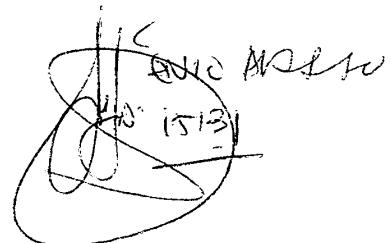
Mais nenhuma dor at. em

Abdome, ancas etc

K + Rx de fibra/febre.

Q. Ria da cirurgia geral

• pos caídos da ORTOPEDIA



DR. GISELE VALENCA DE MEDEIROS
CRM 15131

#Ortopediat#

41h Paciente refira acidente motociclistico há 10 horas
com trauma em gen. E.

Nega perda de consciência em momentos.

Exame: Elera 2+ / 4+ em gen. E + deformidade.
Nervos vasculares preservados.

C.D: Internamento



Víncius S. Couto
Ortopedia/traumatologia
CRM 25.593-PE

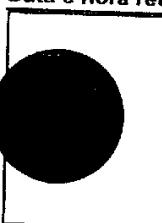


HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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:

EMERGÊNCIA 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

Exograma 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.tje.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: 1597704º Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: Silva Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: _____

História da Doença Atual:

Paciente refere acidente motociclistico com
trauma craniano e, hoje.

Interrogatório Sintomatológico:

Sor



Exame Físico: Edema +14+ + deformidade em
perna E.

Nervosaisculor preservado

7

Antecedentes Pessoais: Ø

1

Medicações em Uso Ø

✓

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal: Fratura de ossos da perna E

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

✓

Plano Terapêutico: Intervenç.

✓

Cabo de Santo Agostinho, 30/08/18

Vinicius S. Couto
Ortopediatra/traumatologista
CRM 15.693-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 Siqueira Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: 405 Leito: 04

Data/Hora	Atividade
30/08/19 12:05h	At. Serviços Sociais & Realizados enunciados sociais a esposa do pt. Se repre. Se o mesmo reind. com ela em gabetas, areg. possui Atend. Bélice de Sãoch. Prestadas orientações das normas e direitos do hospital e direitos do paciente do SUS e Seguro DPVAT.
	Assistente Social 030-3111-5115
	Enfermagem / SAME
	Enfermagem / SAME
02/09/19 15:30h	Psicologia- Pt visitado no momento o enunciado alerta orientado, receptivo, sem queixas. Realizadas elaborações positivas de possível alta hospitalar.
	Ma. Cessilia Guerra psicóloga / CRP: 11044
	Enfermagem / SAME
	Enfermagem / SAME

CÓD. 38251



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 31/8/2019 10:02

EVOLUÇÃO ENFERMARIAORTOPEDIA 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

*Dr. JOSÉ ALBERTO
VALÉRCIO GOMES
31 AGO. 2019*





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) NERUOVASCULAR (+)

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/PE-22778
02 SET. 2019





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Leonardo de Oliveira Silva Registro: 19772

Clinica: _____ Enfermaria: 405 Leito: 02

CÓD. 38251



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: 84

Leito: 405.4
Parte 1 – Triagem Inicial

	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>
Paciente Apresenta IMC < 20,5?	<u>25,4</u>	<input checked="" type="checkbox"/>
Houve Perda de Peso nos Últimos 3 meses?		<input checked="" type="checkbox"/>
Houve Redução na Ingestão de alimentos na última semana?		<input checked="" type="checkbox"/>
Paciente apresenta doença grave, está em mau estado geral ou UTI?		<input checked="" type="checkbox"/>

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, reavale 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 Crâniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE >10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 0 DAU Primário

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.

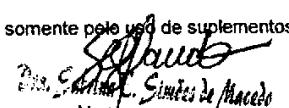
Escore total > ou igual a 3: O paciente está em risco nutricional e a TN deve ser iniciada.

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


Nutricionista
CRN 6370

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 : Dt. Fim : 01/09/2019 15:39

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 TAMPÃO
LIMPEZA CIRURGICA
SUTURA COM NYLON E VICRYL

achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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

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

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Leonardo de Oliveira Síntese
Data: 01/09/19 Hora: 12:00 Registro: 119772
Convênio: JUS Leito: _____
Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Andreiam Anestesista: Dr. Army
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Tra. por fratura de tibia (L) Início: 12:50 Término: 13:22
Anestesia: Ketamina + sedação Início: 12:25 Término: 13:22

4 - PRE-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sonolento
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Traqueostomizado
Tricotomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	

Chegou no CC em uso de:

Lâminas de enfermagem

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler	<input type="checkbox"/>	Lateral	<input type="checkbox"/>	Dorsal	<input checked="" type="checkbox"/>	Ventral	<input type="checkbox"/>	Ginecológica	<input type="checkbox"/>
Banco de Sangue	<input type="checkbox"/>			Laboratório	<input type="checkbox"/>	Radiologia	<input type="checkbox"/>	Peça Cirúrgica: Sim	<input type="checkbox"/>

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco	<input checked="" type="checkbox"/>	PNI	<input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC	<input type="checkbox"/>	Aspirador	<input type="checkbox"/>
Colchão Térmico	<input type="checkbox"/>	Bisturi Ultrasônico	<input checked="" type="checkbox"/>	Artroscópio	<input type="checkbox"/>	Microscópio	<input type="checkbox"/>	Capnógrafo	<input type="checkbox"/>
Bisturi Elétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	Local da Placa	<input checked="" type="checkbox"/>						
Carro de Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/>	Diprofusor	<input type="checkbox"/>	Intensificador	<input checked="" type="checkbox"/>				
Ap. Video	<input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/>						
Oxigênio	<input type="checkbox"/>	Inicio	<input type="checkbox"/>	Término	<input type="checkbox"/>				
Protóxido	<input type="checkbox"/>	Inicio	<input type="checkbox"/>	Término	<input type="checkbox"/>				
Gás Carbônico	<input type="checkbox"/>	Inicio	<input type="checkbox"/>	Término	<input type="checkbox"/>				
Outros:									

1 - PROCEDIMENTOS:

Cámla Orotraqueal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		Punção Venosa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Sonda Vesical de Demora:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		Sonda Gástrica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Drenagem (Tipo e Local):	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não				
Curativo (Tipo e Local):	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não				

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Anestesia ao peritonite CIRURGIA: Anestesia ao peritonite

6 - OBSERVAÇÕES: Sem uso de gesso.

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente:	<input type="checkbox"/> Acordado	<input type="checkbox"/> Narcose	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Traqueostomizado		
Encaminhado para:	<input checked="" type="checkbox"/> SRPA	<input type="checkbox"/> S. Intensiva	<input type="checkbox"/> LICOR	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Aptº	<input type="checkbox"/> Residência

Data: 01/09/19 Hora: 15:35 Enfermeira: Danielle Circulante: Regina Sampaio
COREME 979.550

CÓD. 38607



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMP HOSPITALAR	
Nome: Leonardo da Silveira Júnior Procedimento cirúrgico: Abordagem Fisiol. Fibro		Registro: 109772 Data: 01/09/2018 Leito: 09 Hora: 09:45		
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 checked="" 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 <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 type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: (✓) Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica (✓) Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros		
3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado				
4. Dor (✓) Local: _____ <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input 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 04/120 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 04 h <input type="checkbox"/> Outros		
6. Sangramento (✓) Local: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> 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 ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> outros	
9. Êmese () Náusea ()	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de ___ / ___ h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37ºC <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada 15 / 15 min. <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input checked="" type="checkbox"/> 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 ()	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: FOA/VO <input type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações (/ dor; /) Calor; (/) Rubor; (/) Edema. <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> 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
 Sexo: M Peso de admissão: — Kg Peso Atual: — Kg
 Leito: 01

Hipótese Diagnóstica:

HORA: <u>15:50</u>	PLANTÃO DIURNO:	DATA: <u>01/09/19</u>
Estado Geral : <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo		
Dieta : <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta Zero		
Padrão Respiratório : <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradígneico		
Acesso Venoso : <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central Local: <u>M5D</u>		
Curativo : <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local:		
Drenos : <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local:		
Evacuações : <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Aspecto:		
Observações : <u>Paciente E.G.R. admitido na S.R. às 15:50</u>		
<u>Paciente orientado, eupneico, hipocorado, pele intacta, comelicado conforme C.P.M., segue os cuidados da enfermagem.</u>		

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: Daniela 001120021

HORA:	PLANTÃO NOTURNO:	DATA: / /
Estado Geral : <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Gravíssimo		
Dieta : <input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SML <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> Dieta Zero		
Padrão Respiratório : <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Bradígneico		
Acesso Venoso : <input type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central Local:		
Curativo : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local:		
Drenos : <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local:		
Evacuações : <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente Aspecto:		
Observações :		
.....		
.....		
.....		

Auxiliar / Técnico de Enfermagem: _____

PREScrição DE ENFERMAGEM

Técnico de Enfermagem	Horário	Responsável
.....		
.....		
.....		
.....		





IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

1. Identificação **Silveira**
Nome: **Leonardo de Oliveira** Data: **01/09/19** Registro: **189772**
Convênio: **SUS** Leito: _____ Hora: **10:15**

2. Équipe médicale

Raquel Jodoy D. C. Lima
Técnica Enfermeira
COFEN-PE 975.550



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Leonardo de Oliveira Silveira			DATA:	01/09/19
CIRURGÃO:	Dr. Anderson			RG:	119732
ANESTESISTA:	Drs. Anna			AUXILIAR:	
CIRURGIA:	Trio: Drs. Fábio de Oliveira			ANESTESIA:	Raque + sedação
ESTRUMENTADOR:	Kátia			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Anna
CIRCULANTE:	Eduardo			COREN:	
ENFERMEIRA:	Danielle			HORARIO INICIAL:	11:50
				HORARIO FINAL:	
DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02				DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 02	
AGULHAS					
13X4,5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 3,2
ATADURAS					
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	BLAKER 19FR	BLAKER 24FR
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		TORAX 20	TORAX 26
CANULAS					
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5	TORAX 28	TORAX 30
RAQUEOST 9,0				TORAX 32	TORAX 36
CATETER					
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16	ENTERAL 10	ENTERAL 12
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0
LIMPADORES					
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16
CURATIVOS					
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
EQUIPOS					
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO	FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08
EXTENSORES					
20CM	40CM	60CM	120CM	FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16
LAMINAS					
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6		NASO 10	NASO 12
LUVAS					
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5	NASO 14	NASO 16
SERINGAS					
1ML	3ML	5ML	10ML	NASO 18	NASO 20
20ML	60ML	60ML CATETER		URETRAL 6	URETRAL 8
AVENTAL CIRUR.					
B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO	URETRAL 10	URETRAL 12	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	URETRAL 14	URETRAL 16	
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	URETRAL 18	URETRAL 20	
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS			
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO	FIOS CIRÚRGICOS	
				ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0
				CROMADO 0	CROMADO 1
				CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0
				SIMPLES 5-0	NYLON 2-0
				NYLON 5-0	NYLON 6-0
				NYLON 10-0	POLIESTER 2
				POLIESTER 4-0	POLIESTER 5
				PROLENE 2-0	PROLENE 3-0
				VICRYL 0	VICRYL 1
				VICRYL 4-0	CERA POSSO
				SEDA 2-0	SEDA 3-0
				SURGIGEL 5X75	AÇO 1
					AÇO 4
					AÇO 6

CÓD. 38407

Raquel Godoy D. C. Lima
Tec. Enfermagem
COPEN.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		ONDASSETRONA 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 MAGNESIO 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		TRIGUICERÍDEOS 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			
LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 119772

Atendimento: 519700

Nome: LEONARDO DE OLIVEIRA SILVA
Mãe: MARIA ROSANGELA DE OLIVEIRA SILVA
End.: RUA TIAGO MENDES CAVALCANTE
Enferm.: 405 - 04 - LT TRAUMA

Leito: 718

Dt. Cad: 30/08/2019
Dt. Nasc: 24/12/1994
Bairro: JARDIM JORDAO
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES
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

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim RX
 Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *+ 1 h 45*

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

Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Jun*

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

Nome do procedimento realizado *990 Cirurgia - Fract. Tibia*

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

GEPEP PE: 000 400 297

Entrevista realizada em 01/01/2020

Documento assinado em 01/01/2020

Pos-OP/DRPA



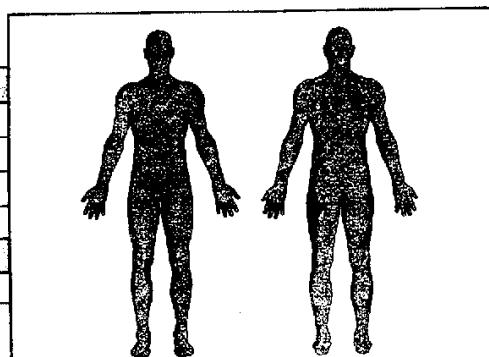


CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 31/08/19Hora: 06:00

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>Jeronimo Oliveira Silva</u>	
Data de Nascimento: <u>24/12/94</u>	Registro: <u>039772</u>
Setor: <u>TPO</u>	Leito: <u>405-04</u>

SINAIS VITAIS		
PA: <u>130x90</u>	T: <u>36,5</u>	HGT:
Observação:		



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

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

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE				
JEJUM:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	À partir do dia: <u>1/1/</u> às: <u>00:00</u>	Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Observação:	
TRICOTOMIA:	SIM (<input type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	Observação:	
RETRADO ADORNOS:	SIM (<input checked="" type="checkbox"/>)	NÃO (<input type="checkbox"/>)	RETRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM (<input type="checkbox"/>) NÃO (<input type="checkbox"/>)
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (<input type="checkbox"/>)	Quais/Datas: _____		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM (<input type="checkbox"/>)	Quais/Datas: _____		
NÃO (<input type="checkbox"/>)				
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (<input type="checkbox"/>)	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA:	SIM (<input type="checkbox"/>) Observação: _____
NÃO (<input type="checkbox"/>)			NÃO (<input type="checkbox"/>)	

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

CÓD. 38404

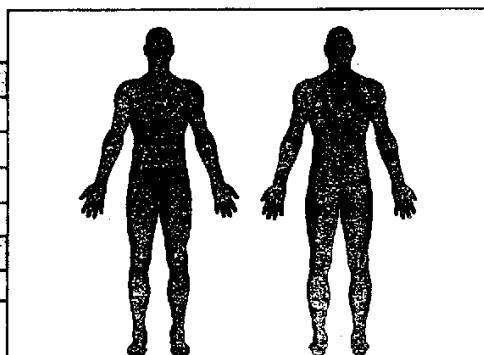


CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: _____

Hora: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: Leonardo de Oliveira Silva	
Data de Nascimento: 24/12/92	Registro: 119777
Setor: 520	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 ()	LABORATÓRIO: SIM ()	NÃO ()
	TAC s/ Contraste ()	RNM ()	CATE ()	Observação: _____	
PARECER CARDIOLÓGICO:		SIM ()	NÃO (X)	Risco Cirúrgico: _____	
RESERVA DE HEMODERIVADOS:		SIM ()	NÃO (X)	GRUPO SANGUÍNEO: _____	
RESERVA DE LEITO DE UTI:		SIM ()	NÃO (X)	Qual?: UTI: _____	LEITO: _____

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE					
JEJUM:	SIM (X)	NÃO ()	À partir do dia: 31/08/11 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 ()	NÃO (X)	Quais/Datas: _____		
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	NÃO (X)	Quais/Datas: _____		
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	NÃO (X)	Observação: _____	LATERALIDADE: DEMARCADA:	SIM () Observação: _____ NÃO () _____

Enfermeiro Responsável: Donata

CÓD. 38404

(Assinar e Carimbar)

CORREN-PB 389.777-ENT
Central de Documentos



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 () 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 Abreu
Médico / CRM-PE 2776
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 pagamento: Vítima, beneficiário, Correção, Valor Total

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

