

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Thiago Antonio Campelo

inscrito (a) no CPF/CNPJ

035356674 / 88

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

inscrito (a) no CPF sob o Nº 770490674 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura

INVÁLIDEZ

da Vítima

JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

inscrito (a) no CPF sob o Nº

770490674 / 15

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua Oton Brandão

Bairro:

JOVENS

Cidade:

Recife

Número:

74

Complemento:

CASA

Estado:

PE

CEP:

50640-470

E-mail:

TACASSESSORIA@GMAIL.COM

Tel.(DDD):

8199284-2507

Local e Data:

Recife 20 de março de 2019

Thiago Antonio Campelo

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Thiago Antonio Campelo

inscrito (a) no CPF/CNPJ

035356674 / 88

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

inscrito (a) no CPF sob o Nº 770490674 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura

INVÁLIDEZ

da Vítima

JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

inscrito (a) no CPF sob o Nº

770490674 / 15

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

Rua Oton Brando

Bairro:

JOVENS

Cidade:

Recife

Número:

74

Complemento:

CASA

Estado:

PE

CEP:

50640-470

E-mail:

TACASSESSORIA@GMAIL.COM

Tel.(DDD):

8199284-2507

Local e Data:

Recife 20 de março de 2019

Thiago Antonio Campelo

Assinatura do Declarante



1. Identificação

Nome: José Nivaldo da Cruz 62 anos
CNS: 40716088 50951897 Data Nascimento: 09/03/1957 Sexo: () M () F
End: R. Amélia José Santos N° 350
Bairro: Santa Elvilde Cidade: Abreão UF: _____
Procedência: _____

2. Queixa principal e História da doença atual:

3. Antecedentes Pessoais:

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

4. Uso de Medicamentos

☐ Sim ☐ Não

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

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

5.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência)

☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso
☐ Desorientado ☐ Orientado ☐ Seminarcose

Pupilas:

☐ Fotorreagentes ☐ Anisocoria: _____
☐ Isocoria ☐ Miose
☐ Midriase

Escala de Coma de Glasgow: _____ pontos.

Abertura ocular _____ Resposta verbal _____ Resposta motora _____

5.3 Sistema Respiratório: FR _____ ipm

☐ Eupnéico ☐ Dispnéico ☐ Máscara ☐ TOT ☐ Traqueostomia
O₂ suplementar _____ 1/min. ☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulização

Expansibilidade Torácica Conservada: ☐ Sim ☐ Não Local: _____

Murmúrios Vesiculares: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local: _____

Ruídos Adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepítantes Local: _____

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

5.4 Sistema Cardiovascular:

FC _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg

Ritmo Cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta: _____

Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio

Uso de drogas vasoativas: ☐ Não ☐ Sim: _____

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ NPT

5.5 Sistema Gastrointestinal:

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

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Normais ☐ Flatos

☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Êmese ☐ Presente ☐ Ausente

Aspecto: _____

5.6 Sistema Geniturinário:

Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA
☐ Cistostomia ☐ Dispositivo Urinário

Aspecto: _____

☐ Hemodiálise ☐ Diálise peritoneal

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva

Movimentos Conservados: ☐ Sim ☐ Não

Goteira: ☐ Sim ☐ Não Membro: _____

Força motora: Conservada ☐ Sim ☐ Não Local: _____

5.8 Necessidades Psicossociais:

Atitudes: ☐ Cooperativo ☐ Não Cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro
☐ Calmo ☐ Ansioso

5.9 Curativo

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

Aspecto de curativo: ☐ Limpo ☐ Gange Local: _____

Aspecto exudato: ☐ Seroso ☐ Purulento ☐ Sanguinolento

☐ Serosanguinolento ☐ Piosanguinolento

Estado Geral: ☐ Grave ☐ Regular ☐ Bom

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 MAR 2019

HUMANIZASUS

EMERGÊNCIA

AMARELO URGENTE

ATENDIMENTO IMEDIATO

ATENDIMENTO RÁPIDO

Horário de Atendimento: 06 : 55 hs.

Enfermeiro / COREN

6.0 Atendimento Médico

Horário de Atendimento: _____ : _____ hs.

6.1 Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

CELESTA ÚLTIMA DE ATENDIMENTO
MUNDO POR MUNDO. DA ENTÃO
TRABALHO DA AMBULÂNCIA, DO
DOL INTERIORE EM MEMBROS

6.2 Diagnóstico Inicial: INTERIORE APÓS

FRATURA EXPOSTA DE MÃO
INTERIORE DE MÃO E DO
DEFORMIDADE E IMAGENS DE

6.3 Conduta: MOVIMENTO EM MÃO

FEMORAL (E). SEM TCE.

NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA

RES. ADD EVANTICO, COMADO

HIDRATADO, HIPOTENSO.

PA. ALV. SP. ECG 15.

DA 100/60 ML 89 ML.

SATOL 98%.

HD. FRATURA EXPOSTA TÓRAX

FRATURA FEMORAL E

FEMUR (E)?

ADM. — 5359310.

continua!

CD. (1) ST 919: — 1000 (2)

(2) TRANS/1000 + 1000 ST 919 (3)

(3) IMPED. + MOBILIZ. NIP,
MOBILIZ. NIE.

(4) ST 919 + 1000

Dr. Diego Alves Leite
Médico
CRM-PE 25541

(5) TRANS/1000 + 1000 ST 919 (6)
07:45

Dr. Diego Alves Leite
Médico
CRM-PE 25541

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

RA: 86189621 - JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ 60 anos 11 meses 17 dias Sexo : M
Dr.(a): 17726 - IJACIEL SOARES
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000005 - INTERNADOS Prontuário: 102359 Cód.SUS: Local de Entrega:
CM-CLINICA MEDICA
Coleta: 15/02/2018 08:55:00

Data de Nascimento: 02/03/1957

CREATININA

Resultado
0,64 mg/dL

Valor de Referência:
Homens: 0,72 a 1,25 mg/dL
Mulheres: 0,57 a 1,11 mg/dL

Material: SORO

Método: PICRATO ALCALINO CINETICO

Data Assinatura: 15/02/2018 09:51:14

GLICEMIA

Resultado
102 mg/dL

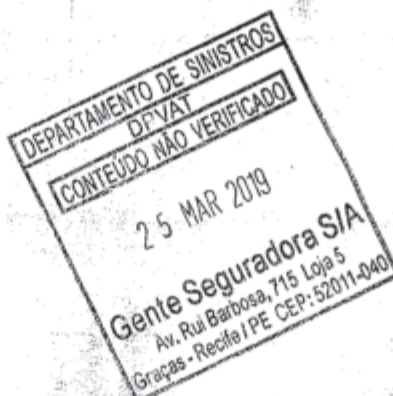
Valor de Referência:
70 a 99 mg/dL

Material: SORO - PLASMA

Método: HEXOQUINASE / G-6-PDH

DRA. CLARISSA MOREIRA CARVALHO
BIOMÉDICA
CRBM: 4000

Data Assinatura: 15/02/2018 09:51:14



Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Pelxinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da Impressão: 19/02/2018 08:31:07 Página: 1/2

RA: 86189621 - JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ 60 anos 11 meses 17 dias Sexo: M
Dr.(a): 17726 - IJACIEL SOARES
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000005 - INTERNADOS Prontuário: 102359 Cód.SUS: Local de Entrega:
CM-CLINICA MEDICA
Coleta: 15/02/2018 08:55:00

Data de Nascimento: 02/03/1957

HEMOGRAMA

Resultado Atual			Resultados Anteriores			Valor de Referência		
			Laudo Evolutivo					
ERITROGRAMA						Homens	Mulheres	
Hemácias	3,77	10 ⁶ /μL	---	---	---	4,4 - 5,9	4,0 - 5,4	10 ⁶ /μL
Hemoglobina	12,7	g/dL	---	---	---	13,0 - 18,0	12,0 - 16,0	g/dL
Hematócrito	37,0	%	---	---	---	40 - 52	35 - 47	%
VCM	98,1	fL	---	---	---	80 - 100	80 - 100	fL
HCM	33,7	pg	---	---	---	27 - 32	27 - 32	pg
CHCM	34,3	g/dL	---	---	---	32 - 37	32 - 37	g/dL
RDW	18,0	%	---	---	---	Até 15	Até 15	%
DISCRETA MACROCITOSE ; DISCRETA ANISOCITOSE ;								
LEUCOGRAMA								
Leucócitos	100	%	12200	/uL	---	100	%	3500 - 11000 /uL
Neutrófilos	54,1	%	6600	/uL	---	50 - 70	%	2500 - 7000 /uL
Eosinófilos	12,3	%	1501	/uL	---	1 - 6	%	100 - 600 /uL
Basófilos	2,4	%	293	/uL	---	0 - 2	%	0 - 200 /uL
Linfócitos	18,9	%	2306	/uL	---	20 - 30	%	1000 - 3000 /uL
Monócitos	12,3	%	1501	/uL	---	2 - 12	%	100 - 800 /uL
Plaquetas	153.000	/μL	---	---	---	150.000 - 450.000/μL		

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes, estão presentes em até 5 a 10% dos hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Cientificallab do grupo DASA que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Material: SANGUE

Método: AUTOMAÇÃO

Data Assinatura: 15/02/2018 09:42:49

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

Tempo

Atividade de Protrombina

INR

11,5 seg.

100 %

0,92

Valor de Referência:

De 10,4 a 12,6 seg.

Atividade: Superior a 70%

INR: Até 1,2

Material: PLASMA

Método: AUTOMAÇÃO - COAGULOMÉTRICO

DRA. CLARISSA MOREIRA CARVALHO
BIOMÉDICA
CRM: 4000

Data Assinatura: 15/02/2018 09:51:14

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DFVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Cidade Recife PE CEP: 52011-040

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua. Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da Impressão: 19/02/2018 08:31:07 Página: 2/2

HOSPITAL METROPOLITANO SUL – DOM HÉLDER CÂMARA
SERVIÇO SOCIAL

Cabo de Santo Agostinho, 10 de Fevereiro e 2018

DO: Serviço Social

AO: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

Encaminhamento

Prezados (as),

Venho por meio de este encaminhar caso do usuário **José Nivaldo da Cruz, 60anos**, registro hospitalar 102359, o qual deu entrada neste hospital sobre demanda de ortopedia.

Em atendimento ao leito para preenchimento de ficha social, usuário repassou residir sozinho na **Rua José Maria dos Santos, nº01, Escada**. Relatou não ter filhos e vínculos familiares com irmão são fragilizados. Atualmente encontra-se desempregado e não está inserido em benefício sócioassistencial. Ao orientar sobre o serviço desejou encaminhamento.

Diante disto encaminhamos o caso para orientações e maiores intervenções, visto que, conforme princípio da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) a Assistência Social rege-se pela *divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão*.

Colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida e esclarecimento.

Atenciosamente,



Thallita Gondim
Assistente Social
CRESS-PE 7620
Thallita Gondim
HBH- Hospital Dom Helder Câmara
Thallita Gondim C. Santos
Assistente Social

Km 28 – Cabo de Santo Agostinho – PE CEP: 54.510-000 Fone: 81.3183-0080

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 94 8572

Nome: José Nivaldo Real da Cruz

Foi atendido às 14:23 hs. do dia 30 / 03 / 18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motorciclístico de + 50 km/h, cursando el. fratura de ângulo mandibular @ e corpo mandibular @

* Medicação de 30 dias de repouso domiciliar

Tratamento Realizado: Cirurgia realizada dia 02/04/18 por Dr. Belmiro, Dra. Jassá, Dra. Kelyne e Dra. Ros. por aceno submandibular @ e instalação de 2 placas 2.0 mm em ângulo/ramo mandibular @ e aceno vestibular mandibular @ e instalação de 2 placas 2.0 mm em corpo mandibular.

Observação: Retornar ao ambulatório BNF (Dr. Caubi) 3ª feira às 14:00. após alta hospitalar.

Cópia de: Alta BNF 04/04/18

Dra. Priscila Sarmiento
Médico CRM N
Bucco-Maxilo-Facial
CRO-PE 384/2018

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atestado Médico

Paciente: JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 09/02/2018.

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

Cabo de Santo Agostinho, 21 de fevereiro de 2018.

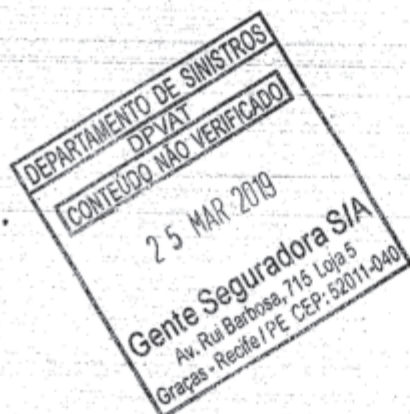
Dr. Luciano L. Lima Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 25.608

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

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

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

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas



Resumo de Alta Hospitalar

u-3

PACIENTE: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ			
REGISTRO: 102359	IDADE: [Status]	DATA ADMISSÃO: 09/02/2018	DATA ALTA: 21/02/2018

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA TRANSTROCANTÉRICA FEMUR ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DISTAL DIREITA

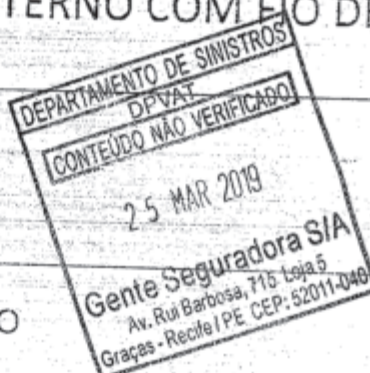
6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM PFN + FIXADOR EXTERNO COM FIO DE KIRSCHINER

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO, QUADRIL E TORNOZELO
- 3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE ANDADOR (CARGA PARCIAL SOBRE O MEMBRO OPERADO)
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS



Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Não () Data da Consulta: 08/03/2018

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS DESTA UNIDADE

05 08:00

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

Dr. Luciano L. Cunha Jr.
 Ortopedia/Traumatologia
 CRM/PE 25.608



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

09:00



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 10/01/2019 13:00Hr
Serviço.....: BUCO MAXILO FACIAL
Médico.....: 390 - ANTONIO DE FIGUEIREDO CAUBI
Agenda.....: 45294

OK

Informações do Paciente

Paciente.....: 1626992
Nome.....: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 88285224 / Celular: () -
Endereço.....: RUA AMSTERDAM, 505 - IMBIRIBEIRA - RECIFE - PE - Cep: 51180190
Cidade.....: RECIFE

Same.....: 860904

Nasc.....: 02/03/1957

Agendado por: RANIELLERASN

Alta BMF
(retornar se quiser)

Dr. Rosa Lima
Residente em Clínica e
Tecnologia Boco Maxilo Facial HR/UFPE
12/05/2019





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 948572/2018.

NOME: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ.

Foi atendido às 14h23 do dia 20.03.2018.

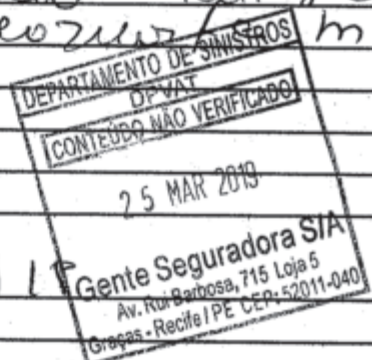
Diagnóstico provável: Fratura com fratura de mão de
mão direita

(cicatrizado e tratado)

Tratamento realizado: chumbo + redução com fio
de fixação e imobilização com gesso
de mão direita

TAC de per

Obs. alta em 04/04/18



As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 04102119.



Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 948572/2018.

NOME: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ.

Foi atendido às 14h23 do dia 20.03.2018.

Diagnóstico provável: *Fratura com fratura da mandíbula bilateral*

Tratamento realizado: *Clareamento + Realização cirurgia de fixação osseas + Realização de lateral de mandíbula*

TAC de *per*

Obs. *alta em 04/04/18*

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em *04/02/19.*

SE
Dr. Carlos Paiva
Médico de SAME
CRM: 9946

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 439201

Data e Hora do Atendimento: 05/06/2018 16:23

Usuário do Atendimento: JACICLEIDEBOS

Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Nome do Paciente: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Prontuário: 102359

Nome da Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 02/03/1957

Idade: 61 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 898002952186334

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA ANTONIO CARDOSO DA FONTE 63

IMBIRIBEIRA

Cidade: RECIFE

PE

CEP: 51170620

Fone: 86222163

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERMELHA

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, 05/06/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: *lula ed*

Diagnóstico: *fratura exposta do fêmur (pêlo em um fraco)*

Procedimento: *Redução e fixação com placa e parafusos*

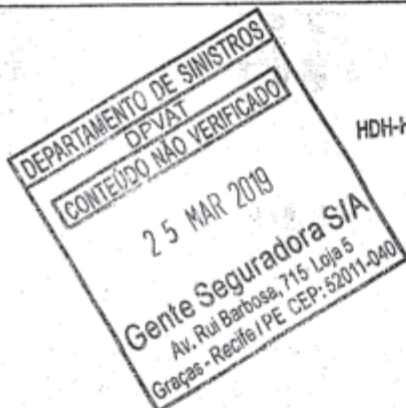
Alta em: *8/6*

Hora: *10h*

Médico e C.R.M.: *Dr. Ijaciel Soares de Oliveira*

Responsável pela retirada do paciente - Nome: *Moanna Kelly*

Assinatura e R.G.: _____



HDH-Hospital Dom Helder Câmara
Moanna Kelly
Arquiteta
SAMF/Faturamento

Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAMF
12 JUN. 2018

150618

Atendimento: 439190

Senha da Classificação:

Data e Hora: 05/06/2018 14:38

Paciente: 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 02/03/1957 Idade: 61 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA ANTONIO CARDOSO DA

Bairro: IMBIRIBEIRA

Cidade/UF: RECIFE PE

Usuário Atendimento: JOCILENEOML

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86222163

artão SUS: 898002952186334

Data de Emissão CRN:

TRATAMENTO

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Doença crônica da Colômbia
com dor no osso do joelho

Exame Físico

Articulação do joelho
com dor no osso do joelho
com dor no osso do joelho
com dor no osso do joelho

Hipótese Diagnóstico

Articulação do joelho

Conduta Terapêutica

Articulação do joelho

Prescrição Médica

Hospital Dom Helder Câmara
Mendelsohn L. L. da Silva de Mello Martins
CRM 14418
Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE DE INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Jose Nivaldo Lora Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: ABRU Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: carreirista

Queixa Principal e Duração:

Pt volta ao sono após
aproximadamente 1 hora de
em repouso.

História da Doença Atual:

Pt retorna ao sono onde
estava em tratamento em ferida aberta
do lado da cabeça e mesmo assim
apresenta sintomas de febre
com temperatura elevada
os ferimentos.

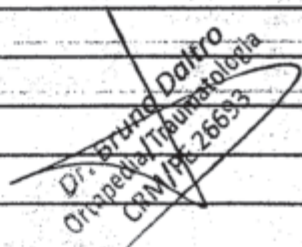
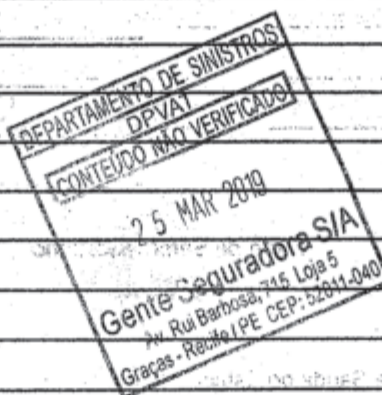
① 662 1000 1000

② 1000000000

③ 1000000000

PRO Ferida em
febre D.

Interrogatório Sintomatológica:



Ficha de Cirurgia Descritiva

visão de Cirurgia : 36534 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ Atendimento : 439201
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 647 BL-3 B Idade : 61 Anos
Dt. Início : Dt. Fim : 05/06/2018 18:58
1 Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
1 Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 14861 REINALDO MENDES DE CARVALHO
ANESTESISTA 5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO : FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA (PACIENTE COM FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA HA 05 MESES)

CD : TRATAMENTO CIRURGICO

DESCRIÇÃO :

1. DHD, ANESTESIADO, RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA
2. INCISÃO CIRURGICA A NIVEL DO FOCO DE EXPOSIÇÃO DA FRATURA
3. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO
4. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA E INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO BIPLANAR
5. SUTURA, CURATIVO

PACIENTE EM TRATAMENTO COM FIXADOR EXTERNO PARA FRATURA DE DIAFISE DISTAL DE TIBIA, SEM SINAIS DE SOLIDAÇÃO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM : 14861

Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 12 JUN 2018

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

050618

Paciente: JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ

Sexo

M

Cor

Pd

Idade

61

Risco

II

Nome do Anestesiista: GRACA COUTO

Nome do Cirurgião: REINALDO

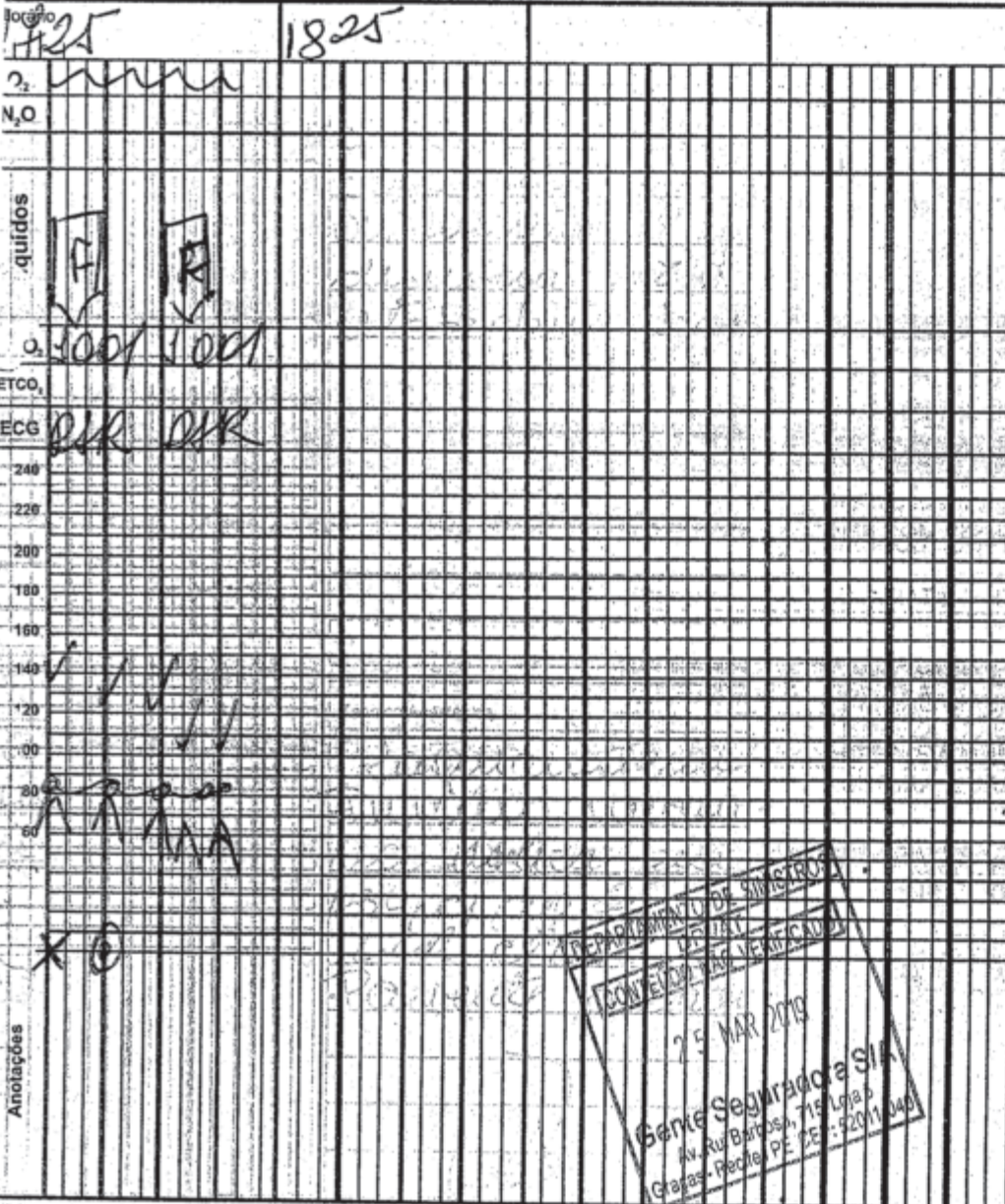
Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☐ SIM

Cirurgia: Trat cirurgico de fratura exposta da tibia



Drogas Usadas

Quantidade

bupi 0,5/peso 15mg
diuror 80mg
cefazolima 2 ps
indometrona 8mg
dipirona 2 ps
feto profeno 300mg

Técnica Anestésica

Rapinaustesia
Punção medula
na t6/t7 com
L3/L4 ap 25.
LCR clavo
Paciente sedado.

Monitorização

- ☒ Cardioscópico
- ☒ Oxímetro
- ☒ PNI
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Estet. Pré-Cordial
- ☐ Outros
- ☐ BIS
- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado
☐ Sonolento
☐ Intubado

Destino

☒ SRPA
☒ Apart/Enf.
☐ UTI
☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

Paciente c/ febre incom-
pleta

Dr. Graca Couto
Anestesiologista
CRM: 5083

Assinatura do Anestesiologista

Sonuga Lyra
Faturamento / SAME
Em: 12 JUN. 2018

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Jose Nivaldo de Al Data: 5/6/18 Registro: 202359
 Convênio: SUS Leito: - Hora: 17:10

2. Equipe médica:

Cirurgião: D. Renaldo 1º auxiliar: -
 Anestesista: Dr. Soares Instrumentador: Verdjan
 Circulante: Quint

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
1 hapi 1 capote 1 Punho	HDH OME black EAC 01.06.18 02 ↑ STEAM ↓ 08.06.182317	
1 mo tra 1 basico MMII 1 tubo atubo	HDH OME black IFG 02.06.18 01 ↑ STEAM ↓ 02.09.182233	
2 feixe crepe 10 2 feixe crepe vs.	HDH OME black PLO 22.05.18 01 ↑ STEAM ↓ 22.05.182233	
	HDH OME black PLO 05.06.18 01 ↑ STEAM ↓ 05.06.182233	
	HDH OME black MSA 02.06.18 01 ↑ STEAM ↓ 09.06.182236	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 25 MAR 2019
 Gente Seguradora SIA
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Joaquim Almeida de Almeida			DATA:	5-6-18		
CIRURGIÃO:	Dr. Almeida			RG:	102359		
ANESTESISTA:	Dr. Almeida			AUXILIAR:			
CIRURGIA:	++: Cirurgia de transplante de rim			ANESTESIA:	Razina + Sedação		
ESTRUMENTADOR:	Adriano			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Razina		
CIRCULANTE:	Adriano			COREN:			
ENFERMEIRA:	Rafaela			HORARIO INICIAL:	14:30		
				HORARIO FINAL:			

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS

13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS

CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	

CANULAS

TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			

CATETER

NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	

LIMPADORES

CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
----------	----------	----------	----------

CURATIVOS

ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
---------	--------	---------	-------------

EQUIPOS

BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO-MACRO
-------	------------	----------	--------------

EXTENSORES

20CM	40CM	60CM	120CM
------	------	------	-------

LAMINAS

BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	

LUVAS

LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
----------	----------	----------	----------

SERINGAS

1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	

AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRÓDOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS

KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS

ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20

FIOS CIRÚRGICOS

ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 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	ACO 1	ACO 4	ACO 6

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: João Vinícius de Azevedo Data: 5-6-18 Hora: 17:10 Registro: 102359
Convênio: SUS Leito: - Peç.: - Altura: -

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: D. Vinícius Anestesiologista: D. Grace Camelo
Auxiliar: - 2º Auxiliar: - Instrumentador: haddam

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: TT - Cing. hanting Exposto tub. Início: 17:50 Término: 18:20
Anestesia: Rafin + Sedac Início: 17:15 Término: 17:20

4 - PRÉ-OPERATORIO:

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

5 - TRANS-OPERATORIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (☒)	Monitor Cardíaco (☒)	PNI (☒)	Bomba CEC ()	Aspirador ()
Colchão Térmico ()	Bisturi Ultrasônico ()	Artroscópio ()	Microscópio ()	Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico ()	Local da Placa ()			
Carro de Anestesia (☒)	Dilufusor ()	Intensificador ()		
Ap. Vídeo ()	Bomba de Infusão ()		Nº ()	
Oxigênio (☒)	Início ()	Término ()		
Protóxido ()	Início ()	Término ()		
Gás Carbônico ()	Início ()	Término ()		
Outros: ()				

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: / CIRURGIA: /

6 - OBSERVAÇÕES:

Seja em anexo a ficha de
anestesia na prontuário

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (☒) Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (☒) S. IntensivA () LICOR () UTI () Aptº () Residência ()

Data: 5-6-18 Hora: 19:20 Enfermeira: Rafaela Circulante: Duska

512922



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA:

02

Nome: José Miguel do Amaral data: 05/06/18 Hora: 18:55 Registro: 102359

Leito de origem: 407-04

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fix. cirúrg. de fratura exposta da tíbia D
Tipo de anestesia: Raqui + sedação
Equipe: Dra. Reinaldo Anestesista: Dra. Graciele

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () JSVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 140x96 mmHg FR: — p/min FC: 82 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
Horário	19:10	19:25	19:55	20:25	20:55	
PA	95x47	104x55	97x56	115x45	123x60	
FR	—	—	—	—	—	
FC	59	67	66	67	61	
SaPO2	100%	100%	97%	98%	98%	
Glasgow	—	—	—	—	—	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 05/06 Horário: 21h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: P. Silva



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: 102359

Nome: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

End.: RUA ANTONIO CARDOSO DA FONTE

Enferm.: LEITO 01

Atendimento: 439201

Leito: 218

Dt.Cad: 09/02/2018

Dt. Nasc: 02/03/1957

Bairro: IMBIRIBEIRA

Cidade: RECIFE

CNS: 898002952186334

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

O paciente tem alguma alergia?

- ☐ Não
- ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

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

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

☒ Antecipação de eventos críticos:

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

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

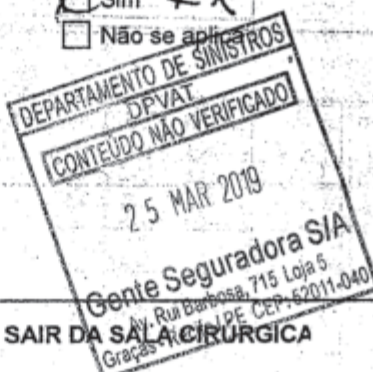
☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *sim*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim *RX*
- ☐ Não se aplica



ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

Rafaela
Rafaela Henrique
Enfermeira
COREN-PE 345.127



**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



**GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

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

Data/Hora 6/6/18	Henrique
Urgência	Paciente em uso de fixador externo Grupo sanguíneo de parte dele Apendicite crônica Aguardando de ATB
S. S. Almeida Araújo	Dra. Mariana S. de Almeida Araújo Médica CREMEPE 26413 - CRM-PB 10287
7/6/18 - 10:23	

TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 06 / 06 / 18

Paciente: José Nivaldo Beal da Cruz

Registro: 402359

Peso Atual: _____

Peso Habitual: _____

Altura: 1,75

Idade: 61

Leito: 407.4

Parte 1 – Triagem Inicial		CP = 31	SIM	NÃO
Paciente Apresenta IMC < 20,5?				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		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Estado Nutricional			
Ausente (Pontuação 0)	Estado Nutricional Normal	Ausente (Pontuação 0)	Necessidades Nutricionais Normais
Leve (Pontuação 1)	Perda de peso > 5% em 3 meses ou; Ingestão alimentar abaixo de 50-75% da necessidade normal na semana anterior.	Leve (Pontuação 1)	Fratura de Quadril; Pacientes crônicos com complicações agudas: Cirrose, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), Diabetes, Câncer, Hemodiálise crônica.
Moderado (Pontuação 2)	Perda de peso > 5% em 2 meses ou; IMC 18,5-20,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 25-60% da necessidade normal na semana anterior.	Moderado (Pontuação 2)	Cirurgia abdominal de grande porte; Acidente vascular cerebral (AVC); Pneumonia grave; Doenças malignas hematológicas (leucemias e linfomas).
Grave (Pontuação 3)	Perda de peso > 5% em 1 mês (> 15% em 3 meses) ou IMC < 18,5 + condição geral comprometida ou; Ingestão alimentar entre 0-25% da necessidade normal na semana anterior.	Grave (Pontuação 3)	Trauma Craniano; Transplante de medula óssea; Pacientes em cuidados intensivos (APACHE > 10).

Pontuação (Estado nutricional) + Pontuação (gravidade da doença) = Escore total = 02 Non Secundária

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.

Fernanda Almeida
Nutricionista

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

*Kondrup J, Allison SP, Ellis 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.

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 433486 Data e Hora do Atendimento: 03/05/2018 16:59
Jsuário do Atendimento: JULIANAMC Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ Prontuário: 102359
Nome da Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ Nome do Pai:
Data do Nascimento: 02/03/1957 Idade: 61 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO RG: Data Emissão:
CPF: Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO
Carteira Nacional SUS: 898002952186334 Ocupação Habitual: OUTROS
Endereço: RUA BARAO DE SUASSUNA CENTRO
Cidade: ESCADA PE CEP: 55500970 Fone: 86222163

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA Leito: LEITO 03

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 exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 03/05/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CORRETO NAO FUNDADO
25 MAR 2018
Gente Seguradora SIA
Rua Barbosa, 715, 1015
Graciosa Recife PE CEP: 52011-040

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Meu
Diagnostico: osteomielite
Procedimento: Desbridamento e colocação de Soro e Antibiótico
Alta em: 16 / 05 / 18 Hora: 12:00
Médico e C.R.M.:
Responsável pela retirada do paciente - Nome:
Assinatura e R.G.:

DR. Bruno Daltro
Ortopedia Traumatologia
CRM/PE 26553

23/05/18

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Melo
Faturamento/SAME
Data: 27/05/2018



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 433482

Data e Hora: 03/05/2018 15:12

Senha da Classificação: [REDACTED]

Paciente: 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 02/03/1957 Idade: 61 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA BARAO DE SUASSUNA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: LAZARONI

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86222163

Cartão SUS: 898002952186334

Data de Emissão CRN:

WDH - Hospital Dom Helder Câmara
Evidência de Emissão
17 MAR 2018

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores no tornozelo em parte da
ponta com região muscular nodul.
na base do fêmur externo
apresenta edema e dor

Exame Físico

1) ECR AD LOTE

2) Glauco AS

3) Peroneos

Hipótese Diagnóstica

Infecção

Conduta Terapêutica

Tratamento

Prescrição Médica

Dr. Bruno Castro
Ortopedia/Tratamento
CRM 26693

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Carimbo/Médico

UNIDADE: [REDACTED]
NOME DO PACIENTE: [REDACTED]

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/05/2018 15:10



Nome Paciente: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Cód. Paciente: 102359
Data de Nascimento: 02/03/1957
Sexo: Masculino
Idade: 61
Senha: 0034
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 433482
SAME: 102359



Período: 03/05/2018 15:17 - 03/05/2018 15:22

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

Prioridade:

DO URGENTE VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PCT VEIO POR DEMANDA ESPONTANEA, COM QUEIXA DE DOR EM MID, APOS TRAUMA HA + OU - 2 MESES (SIC)

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA
FC: 92 BPM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

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

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- PAD: 55.00 MMHG
- PAS: 114.00 MMHG
- SAT02: 99.00 %



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

Data Impressão: 03/05/2018 15:22

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Jose Manoel Leal da C. Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: 60 Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: Calcedor Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Dor @ Edema @ Sarcosin gumbus

História da Doença Atual:

Do com 20 dias com gumbus
de dor @ Edema com região malcolada
onde tem um bato do fuso
extremo também apresentando sarcosin.

① 306 / AAA / Lota / 16/10/2010

② Glaxo 15

③ Mocovosels (+)

Interrogatório Sintomatológica:

① Glaxo 15
② Mocovosels

Dr. Paulo Roberto
Medicina Interna
CRP 10.000

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOSE NUNES Registro: 102359 Clínica: Tico
Enfermaria: 404 Leito: 03 Diagnóstico: 12390 desbridamento

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

RE POSICIONAMENTO FÍLADA

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Cirurgias Anteriores Quais: _____

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

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

5. INTEGRIDADE DA PELE

(☒) Normocorado () Hipocorado () Acianótico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: (☒) Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Miídiase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (☒) Cooperativo () Chorooso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

(☒) Afebril () Febril T. AXILAR= _____ °C FR _____ IPM Sat O2= _____ () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
PA: _____ X _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local: _____
() Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (☒) VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Mena () Odor fétido () Odor Característico () ÊMESE Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: (☒) Presente Aspecto: _____ () Ausente (☒) Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOSQUELÉTICO

MOBILIDADE: (☒) Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____
() AMPUTADA Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

Aviso de Cirurgia : 36121 Sala : 0005 SALA 05
Paciente : 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 433486
Leito : 648 BL-4 C Carteira :
Dt. Início : 04/05/2018 12:40 Dt. Fim : 04/05/2018 14:00 Idade : 61 Anos
d Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
d Pós-Operatório : M640 DEFEITO DE CONSOLIDACAO DA FRATURA

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Procedimento: 0408060352 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Procedimento: 0408060360 RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 15820 BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
ANESTESISTA 5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA
1º AUXILIAR 25593 VINICIUS SILVA COUTO

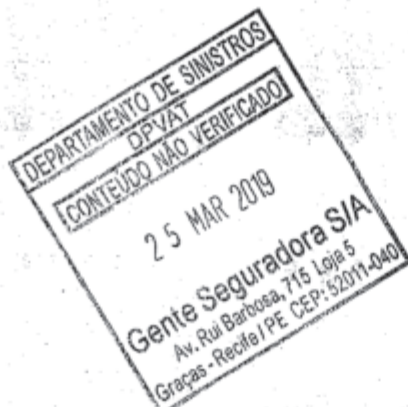
Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE E FIXADOR EXTERNO
5. INCISÃO EM REGIÃO ANTERIOR DA PERNA DIREITA, COM EXPOSIÇÃO DO FOCO DE FRATURA. FEITA OSTEOTOMIA EM LOCAL DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E RETIRADA TECIDOS FIBRÓTICOS, COM CRUENTIZAÇÃO DOS FRAGMENTOS, SENDO FEITA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO
6. IPEZA COM SF
7. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL E NYLON.
8. CURATIVO
9. RX CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



DR(A) : BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
CRM 15820

04/05/18

Paciente

MOSI NIVALDO LEAL DA CRUZ

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

td

61

II

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

0083 GRAÇA COUTO

BRUNO LIRA

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

Int. cirurgico de osteomielite do tornozelo + retiro da do fixador externo.

Horário

12h00

13h00

14h00

2

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

N.O

Drogas Usadas

Quantidade

bupivacaína pesada 17mg

diurético 80mg

cefazolin 2g

gentamicina 80mg

clonitazepam 100mg

mida zolam 3mg

Técnica Anestésica

Raqui anestesia

Punção medula

na linha em

L3/L4 a ag 25

1cc claro

securado

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia, IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

☐ Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

Dra Graça Couto
Anestesiologista
CRM: 508

Assinatura do Anestesiologista

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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Paulo Roberto de Aguiar Data: 01/05/18 Hora: 11:30 Registro: 102359
Convênio: SUS Leito: _____ Peço: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Paulo Anestesista: Dr. Guilherme
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Proctotomia + ressecção de tumor Início: 12:30 Término: 14:00
Anestesia: raquiana + sedação Início: 12:10 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso ()	Monitor Cardíaco ()	PNL ()	Bomba CEC ()	Aspirador ()
Colchete Térmico ()	Bisturi Ultrassônico ()	Artroscópio ()	Microscópio ()	Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico ()	Local da Peça: <u>DOVO</u>			
Carrinho de Anestésia ()	Difusor ()	Intensificador ()		
Ap. Vídeo ()	Bomba de Infusão ()	Nº ()		
Oxigênio ()	Início ()	Término ()		
Protóxido ()	Início ()	Término ()		
Gás Carbônico ()	Início ()	Término ()		
Outros: _____				

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: raquiana + sedação CIRURGIA: proctotomia

6 - OBSERVAÇÕES:

paciente 12.10
traqueostomia 14.00

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 01/05/18 Hora: _____ Enfermeira: _____ Circulante: _____

HISTÓRICO		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Dr. Ronaldo de A. P.</u>		Registro: <u>0239</u>		Leito: <u>118</u>	
Procedimento cirúrgico: <u>1-DPO</u>		Data: <u>15/11/8</u>		Hora: <u>15h</u>	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS			
1. Ansiedade ()	☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros				
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☐ Instalar ☐ Manter ☐ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros				
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros				
4. Dor ()	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☐ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☐ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ Outros	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DP-VAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 MAR 2018 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 745 Loja 5 Graciosa - RJ CEP: 52011-040			
5. Integridade tissular prejudicada ()	☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>24</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☐ Manter curativo oclusivo por ____h ☐ Outros				
6. Sangramento ()	☐ Aferir pressão arterial de ____/____min ☐ Manter elevado: ____ ☐ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros				
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: ____				



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 46

Nome: João Nivaldo data: 3.15.18 Hora: 14.20 Registro: 102359
Leito de origem:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Sect Cíng. Osteomielite femoral
Tipo de anestesia: Reg + Sedat
Equipe: Bruno Lin Anestesista: Sérgio Cardoso

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave°
Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde:
Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde:
Drenos: () não () sim Onde:
Sinais vitais: PA: 120 x 90 mmHg FR: p/min FC: p/min SaPO2: 100%
Glasgow:

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	14:35	15:20	15:20	16:30	17:20	
FR	120 x 20	123 x 91	123 x 91	120 x 20	120 x 20	
FC	90	98	90	90		
SaPO2	97%	100%	100%	98%	98%	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 4/5/18 Horário: 1830h Responsável pelo encaminhamento:

Alta da SRPA pelo médico:

Dr. Pereira C. Silva
Anestesiologista
CPF: 110.204.024-53
CRM-1019 / CRO-2234041

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

DATA: 09/05/19	
ACIENTE: M ^o Fernando	RG: 102224
QUIRURGIÃO: Dr. Fernando	ANESTESIA: M ^o Henrique
ANESTESISTA: M ^o Carlos	QUIRURGIÃO: M ^o Henrique
QUIRURGIÃO: M ^o Dr. Fernando	COORDENAÇÃO DO BLOCO: Anna
ESTRUMENTADOR: M ^o Dr. Fernando	COREN: Anna
CIRCULANTE: M ^o Dr. Fernando	HORARIO INICIAL: 12:30
ENFERMEIRA: M ^o Dr. Fernando	HORARIO FINAL: 14:00

DESCRIÇÃO MATERIA USADO EM SALA			
FARMACIAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
ARDIGFLEGICA	STIMUPLEX	BAQUI 25	BAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 16CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 16CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAEOST 7,0	TRAEOST 7,5	TRAEOST 8,0	TRAEOST 8,5
TRAEOST 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	KERLOX	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			
BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UNIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TOBUEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,5	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 28
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
TUBOS			
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 08	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
FIOZ CIRCULARES			
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 FIOSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

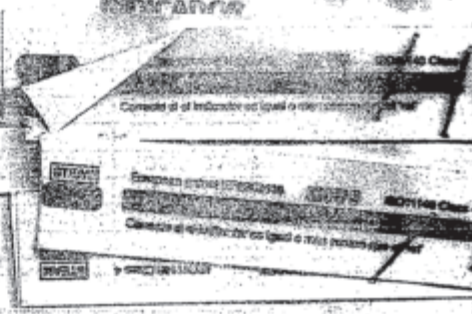


1. Identificação

Nome: Renata de Almeida Data: 01/05/18 Registro: 102359
Convênio: SUS Leito: — Hora: 11:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr.º Bellen 1º auxiliar: Dr.º Almeida
Anestesta: Dr.º Almeida Instrumentador: Dr.º Almeida
Circulante: Andressa

INSTRUMENTAL	VALIDADE	
LAP Laposte Pumpas de laco; Buxco H. A. S. S. Chuvei de Bole Motor Buxen	HDH ^{big} CME MYCO 01.05.18 01 STEAM 08.05.181979 966181-80-01 10-05-18 01 666181-80-01 CME 01.05.18 01	 
MOTOR BATERIA 229000 UNDACAO PROFESSOR MARTINIAMI BERNIA CME	LOTE: 240919 PLASMA EST: 03/05/2018 VAL: 03/05/2019	
003301916		
CAMILA FIGUEIREDO CQUEM/PE 146616		
WWW.FMIRGAEATOP.COM.BR		

Feine smarchen
amte de rischi
urdel
Luch: 4,5
Dfch
Bipet



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: 102369

Nome: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

End.: RUA BARAO DE SUASSUNA

Enferm.: LEITO 03

Atendimento: 433486

Leito: 216

DI.Cad: 09/02/2018

DI. Nasc: 02/03/1957

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

CNS: 898002952186334

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

☐ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *RMS*
- Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1:00 / Sim*

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☐ Sim

☒ Não

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☐ 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
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Desvio Tec. devido a
Retirada de fixadores T12 +
Colocação de fixador

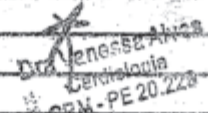
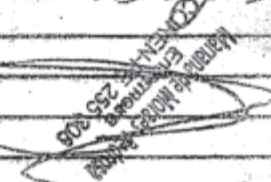
Thais Oliveira
Enfermeira
COREN-PE 477.852

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: José Nivaldo

Registro: _____

Clinica: _____ Enfermeira: _____ Leito: _____

Data/Hora	Evolução Clínica
	# CARDIO #
	Paciente 64 anos, sem comorbidades, admitido através da Ortopedia para intervenção cirúrgica devido a Osteomielite.
	Paciente usa gases cardiovasculares.
	Ap exame:
	ECG: condutiv. suprav.
	APC = 100 bpm em APC 1/1RA PA = 120x70
	ACV = ROR em RT. BNF
	ECG → Ritmo sinusal regular, sem alterações
	OD: Paciente agito do ponto de vista cardiovascular, pl. realizado do procedimento proposto com sucesso baixo.
	 Dra. Jenesse Alves Cardiologia CRM - PE 20.223
	SKPA
07/05/18 11h	Paciente em E-DPO de desidratação, supracardíaca de Eiquor em INTD, acuta febre, insuflado, Oxi Intada, AVD, ASD 109/103, supracardíaca, INTD realizada com sucesso, e sem alterações, segue em observação.
	 Marlene de Moraes Enfermeira CRM - PE 255.905
	Atendimento Nutricional Nutricionista Responsável: <u>Alire Polest</u> Nutricionista CRM 68.7956
	Paciente tratado e classificado em non secundário. Segue sob acompanhamento nutricional.

Endereço: 6
Data e Hora: 01/05/18 15:53

Senha da Classificação:

0035

Paciente: 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 02/03/1957 Idade: 61 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA BARAO DE SUASSUNA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: INGRIDYSPL

G (Identidade):

Data de Emissão:

PF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86222163

Carteão SUS: 898002952186334

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores em tornozelo (D) 02/05/18
Paciente de tratamento crônico com fratura
aberta

Exame Físico

OTOS, CORNICK, e outros

Suposição Diagnóstica

Fratura pilon tibial

Conduta Terapêutica

Re tornozelo (D) de repl. de esc.

Prescrição Médica

1) Tramal 0,2g @ 8h em 12h ATENDIDO 20/05/18
2) A/G

Reinaldo M. de Carvalho
Médico Ortopedia
CRM-14381-PE

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 01/05/2018 15:50

Nome Paciente: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Cód. Paciente: 102359
Data de Nascimento: 02/03/1957
Sexo: Masculino
Idade: 61
Senha: 0035
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 433056
SAME: 102359



Período: 01/05/2018 16:26 - 01/05/2018 16:26

NICOLLE FLAVIA FONSECA VASCONCELOS - COREN: 8910 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE DE DEMANDA ESPONTANEA, JA REALIZADO CIRURGIA ANTERIORMENTE NO SERVIÇO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO. APRESENTA PE D COM PRESENÇA DE HIPEREMIA + DOR.
NEGA HAS OU DM OU ALERGIAS.

FC: 93

PA: 120 X 80

SAO2:98

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: NICOLLE FLAVIA FONSECA VASCONCELOS - COREN: 8910 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 01/05/2018 16:26

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 432540

Data e Hora: 27/04/2018 10:06

Senha da Classificação:

0015

Paciente: 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 02/03/1957 Idade: 61 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: RUA BARAO DE SUASSUNA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: MARIANPG

RG (Identidade):

Data de Emissão:

NDH - Hospital Dom Helder Câmara

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86222163

Evangelina C. Dias de Souza

Cartão SUS: 898002952186334

Data de Emissão CRN:

30 ABR. 2018

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Orelha Principal

Presença de secreção em nariz
e/ou olhos no MTD.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019

Exame Físico

Em uso de fraldas externas.
Sinais de infecção, com febre
intermitente.

Gente Seguradora SIA
R. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Bela Vista Recife PE CEP: 52011-040

Suposição Diagnóstica

Fratura em torçao do 1º dedo
externo, ferimento infectado

Conduta Terapêutica

Limpeza e curativo
com antisséptico. Uso oral de antibiótico
e analgésico para dor.

Prescrição Médica

Assinatura

Bruno Henrique M. de Lira
Ortopedia
CRM-PE 15.829/2017

Carimbo Médico

Bruno Henrique M. de Lira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 15.829/2017

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/04/2018 10:01

Nome Paciente: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Cód. Paciente: 102359
Data de Nascimento: 02/03/1957
Sexo: Masculino
Idade: 61
Senha: 0015
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 432540
SAME: 102359



Período: 27/04/2018 10:14 - 27/04/2018 10:15

ILANA DE SOUZA FLORENCIO - COREN: 377337 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE REALIZOU CIRURGIA DIA 09/02/18, RETORNA AO SERVIÇO COM FIXADOR EXTERNO EM MID DIREITO, RELATA DOR EM CALCANEIO, COM SINAIS FLOGÍSTICOS. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, EM AR AMBIENTE.

Observação: NEGA HAS/DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Fluxograma sintoma: REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es): - REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ILANA DE SOUZA FLORENCIO - COREN: 377337 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/04/2018 10:15



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: José Nivaldo Registro: 1023 SQ

Clínica: _____ Enfermaria: Neurologia Leito: _____

[illegible]

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 419392

Data e Hora do Atendimento: 09/02/2018 09:05

Usuário do Atendimento: THAYANECCS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Prontuário: 102359

Nome da Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 02/03/1957

Idade: 60 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 898002952186334

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA BARAO DE SUASSUNA

CENTRO

Cidade: ESCADA

22163

PE

CEP: 55500970

Fone: 86222163

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM ESCADA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: LEITO 7

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, 09/02/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico: *Fratura de fêmur direito com lesão de vasos e nervos*

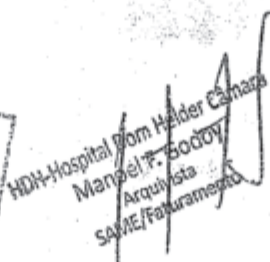
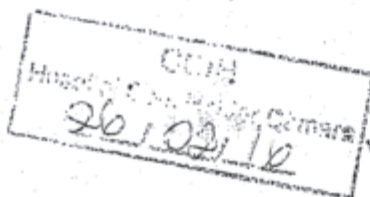
Procedimento: *Fixação com placa e parafusos*

Alta em: 26/02/18 Dr. Hora: 10:00

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 09/02/2018 08:51

Nome Paciente: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Cód. Paciente: 102359
Data de Nascimento: 02/03/1957
Sexo: Masculino
Idade: 60
Senha: 0012
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 419355
SAME:



Período: 09/02/2018 08:59 - 09/02/2018 09:00

ALBANI ANDREZA DA CUNHA SILVA - COREN: 435776 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PCT ENCAMINHADO DE ESCADA, SENHA:5359310. PARA ORTOPEDIA. VITIMA DE TROPELAMENTO. SANGRAMENTO ATIVO EM MID E FRATURA EM MIE. ESCORIAÇÕES EM FACE E MMSS

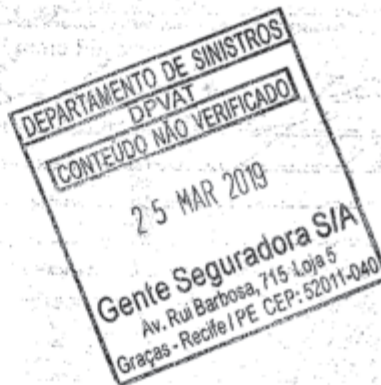
Observação: FC: 98 BPM
HAS (-)
DM (-)
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - PAD: 46.00 MMHG
- PAS: 105.00 MMHG



Raiana Santos
Enfermeira
COREN - PE 481.289

Acolhido(a) por: ALBANI ANDREZA DA CUNHA SILVA - COREN: 435776 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/02/2018 09:00

Ficha de Cirurgia Descritiva

visão de Cirurgia : 35070 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ Atendimento : 419392
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 713 404 - 03 - LT TRAUMA Idade : 60 Anos
Dt. Início : 19/02/2018 11:05 Dt. Fim : 19/02/2018 11:57
Pré-Operatório :
Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050616 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 15463 CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN
ANESTESISTA 11671 DANIELLA GOUVEIA DE MELO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRURGICA

1. ASSEPSIA E ANTISSEPESIA
2. APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRURGICOS
3. INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL AO QUADRIL DIREITO
4. ABERTURA POR PLANOS (SUB-CUTÂNEO, FÁSCIA)
5. COAGULAÇÃO DE VASOS COM ELETROCAUTÉRIO
6. EXPOSIÇÃO DE REGIÃO TROCANTÉRICA ESQUERDO
7. INTRODUÇÃO DO GUIA PUNÇÃO INICIAL
8. INTRODUÇÃO DO GUIA INTRAMEDULAR
9. INTRODUÇÃO DA HASTE PFN 11 X 340MM
10. PASSAGEM FIO GUIA TRANSCERVICAL COM AUXÍLIO DO APARELHO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
11. INTRODUÇÃO DO PARAFUSO DESLIZANTE 95MM
12. BLOQUEIO DISTAL DA HASTE COM DOIS PARAFUSOS CORTICAIS 45MM
13. COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO
14. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL 1 E NYLON 3.0 E 2.0
15. CURATIVO.

Achados Cirúrgicos

Descrição Complementar

Dr. Máviner Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18369

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
Solange Lyra
Faturamento / SAME
20 FEB 2018

Ficha de Cirurgia Descritiva

visão de Cirurgia : 35028
Paciente : 102359

Sala : 0002 SALA 02

Convênio Atend. : 1

JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Atendimento : 419392

Leito : 29

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Dt. Início : 15/02/2018 18:50

404 - 03 - LT CMEDICA

Idade : 60 Anos

Dt. Fim : 15/02/2018 19:16

Pré-Operatório :

Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRICAÇÃO CIRURGICA

HD: FERIMENTO INFECTADO EM TNZ DIREITO + FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

1. PACIENTE EM DDH EM MESA CIRURGICA SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTEREIS
4. ABERTURA DE SUTURA EM TNZ DIREITO E LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. APROXIMAÇÃO DE BORDOS DO FERIMENTO COM NYLON 2.0
6. PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL ESQUERDA
7. CURATIVO LOCAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Mavinier Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 18569

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
CRM : 13526

HJ - Hospital Dom Helder Camara
Sofange Lyra
Faturamento SAME
Em: 26/FEV 2018

Ficha de Cirurgia Descritiva

so de Cirurgia : 34935 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ Atendimento : 419392
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 640 LEITO 7 Idade : 60 Anos
Dt. Início : 09/02/2018 14:00 Dt. Fim : 09/02/2018 14:17
Pré-Operatório :
Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 43 GERAL INALATORIA

Equipe Médica

QUIRURGIO 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
ESTESISTA 5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSOS DA PERNA DIREITA (DIÁFISE E TERÇO DISTAL DA TÍBIA)
CD: LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXADOR EXTERNO + FIOS K

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. LIMPEZA COPIOSA DE SF 0,9% DE LESÃO EXTENSA E COM COMINUIÇÃO ÓSSEA EM TORNOZELO DIREITO
5. FIXAÇÃO DE FRAGMENTOS COM FIOS K NO TORNOZELO DIREITO
6. SUTURA DE PELE COM NYLON 2.0
6. FIXAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNOZELO DIREITO
7. CURATIVO
8. RAIO X DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Vinicius S. Couto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15584-PE

DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM : 16548

Hospital Metropolitano Dom Helder Camara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Emi 26 FEV. 2018

19.02.18

ENF

ante

JOSE NIVALDO

Reg

102359

Sexo
M

Cor

Idade
60

Risco
I

Nome do Anestesista
DANIELLA HELO

Nome do Cirurgião

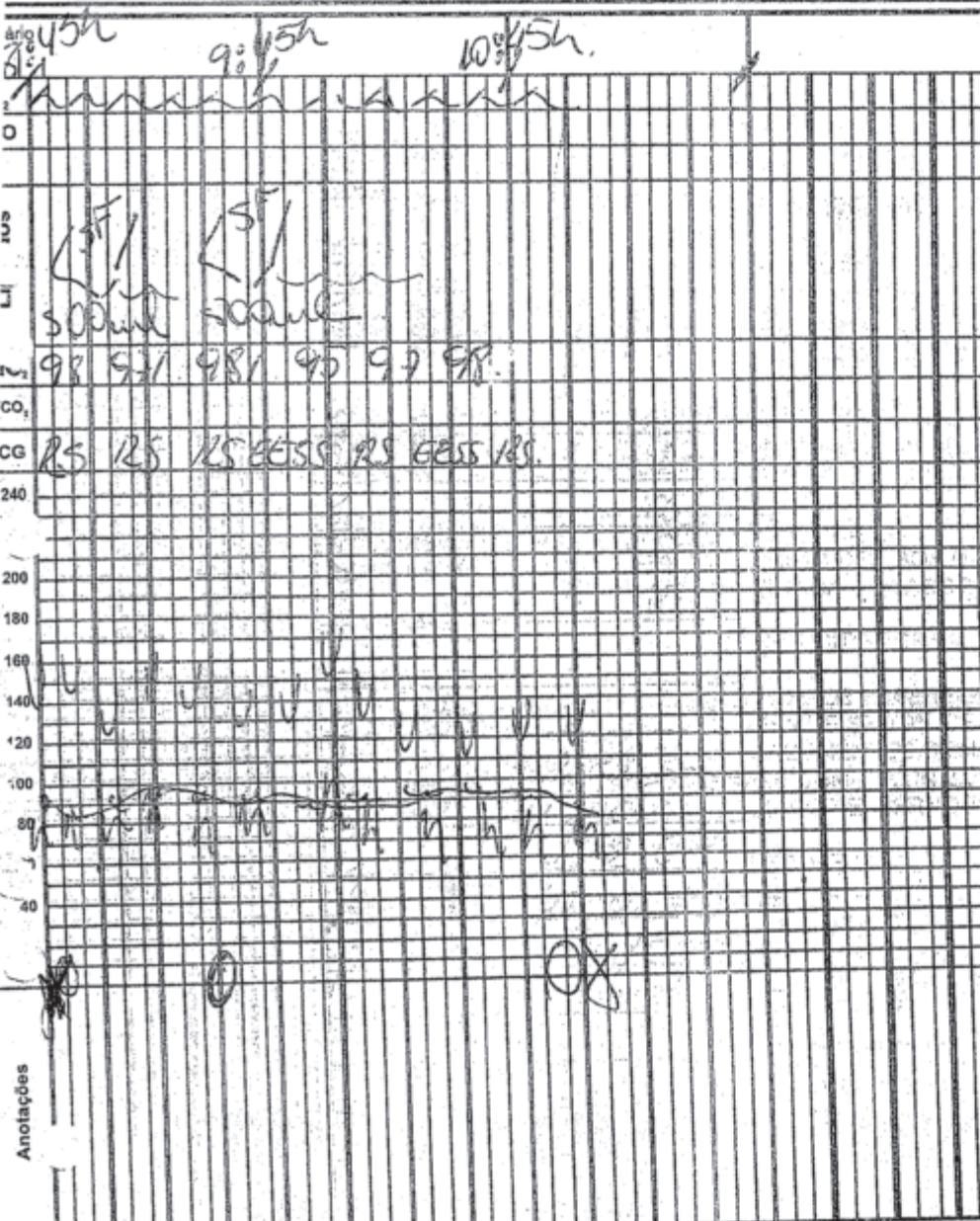
icação Pré-anestésica

Urgência

☒ NÃO

☐ SIM

rgia
TTO CIR. FRAT DE FEMUR ESQ



Drogas Usadas	Quantidade
Rogin	
Nec. pesada	20mg
Dimorf	05mg
(Ev)	
Dormanol	10mg
rentail	100mg
Pelazolina	2g
Ohidactron	1mg
Cetoprofeno	100mg
Dipirona	2g
Propofol	1kg

Técnica Anestésica

Racinaestesia
L2-L4 puncas
inicial LPR OK
Ag 25 descart
puncas sentada
puncas med. 400

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☒ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☐ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência: ☒ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

Dr. Daniel G. de Melo
CRM 11671

Assinatura do Anestesista

15/01/18

ENF

Paciente Seal do Cruz

Sexo 60

Cor PO

Idade

Risco I

Nome do Anestesiologista 1920 MARINA

Nome do Cirurgião

Indicação Pré-anestésica

102359

Urgência

☒ NÃO

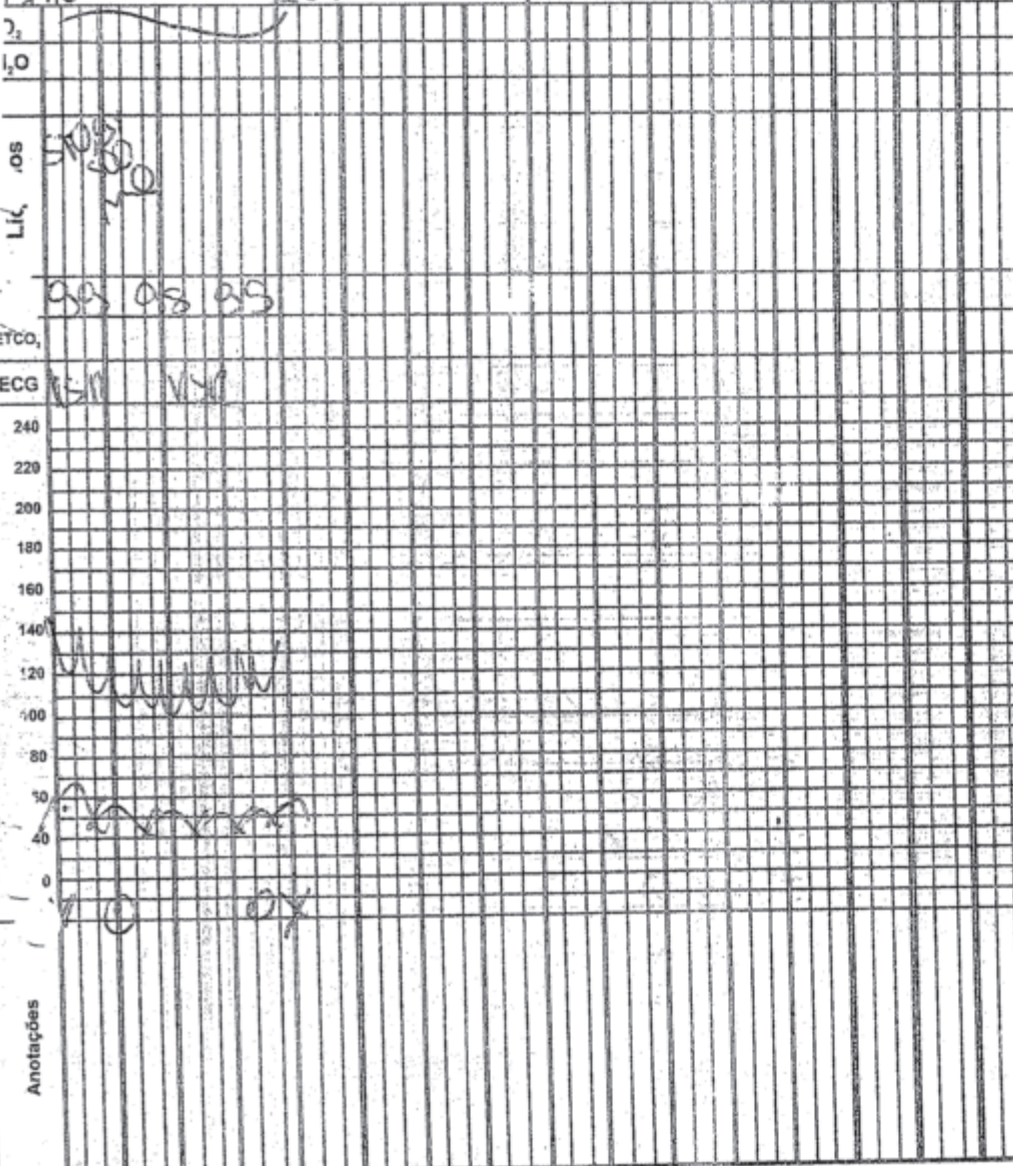
☐ SIM

urgência

Desbridamento Augco em pérm D + lição em
prime

Prário

09:10 20:10



Drogas Usadas

Quantidade

- 1) Propofol 240mg
- 2) Ondansetron 600mg
- 3) tiacadol 50mg
- 4) Midazolam 2mg
- 5) Dipriona 2g
- 6) Ondansetron 4mg

A) Bupi Kuper 12+12mg

Técnica Anestésica

Raquimantesia:
Assépsia e antissepsia
puncão L2-L3, me-
diana líquor limpo
agulha 25 Redondo
duas punções, per
forar porção da
punção

Monitorização

☐ BIS

☒ Cardioscópio

☐ Temperatura

☒ Oxímetro

☐ Swan-Ganz

☒ PNI

☐ Analisador Gases

☐ Sonda Vesical

☐ PVC

☐ Capnógrafo

☐ Estimulador de Nervo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Linha Arterial

☐ Outros

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apart/Enf.

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

Handwritten signature and stamp:
Mário F. Lyra
Médico
CRM-PE 11920
26 FEV. 2018
Faturamento / SAME

Assinatura do Anestesiologista

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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Jose Nivaldo Data: _____ Hora: _____ Registro: 102359
Convênio: _____ Leito: _____ Sexo: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Maximiliano Anestesiologista: Dr. Nairé
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Carlo

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Reparo de hernia Início: _____ Término: _____
Anestesia: Rapida Início: _____ Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

Punção Venosa _____
Sonda Gástrica _____
Gente Seguradora S/A
Av. R. Barbosa, 116 Loja 5
Graciosa - PE CEP: 52011-940

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Medicamento na ficha CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (☒) Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (☒) S. Intensiva () LICOR () UTI () Apq () Residência ()

Data: 15/02/18 Hora: 19:00 Enfermeira: Rafaela Circulante: Luciana

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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Dr. Marcelo Luiz da Cruz Data: 09/02/18 Hora: 12:30 Registro: 102359
Convênio: 365 Leito: _____ Paciente: _____ Atuação: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Marcelo Luiz da Cruz Anestesiologista: Dr. Marcelo Luiz da Cruz
Auxiliar: Dr. Bruno Lima 2º Auxiliar: Dr. Vinícius Instrumentador: Laura

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: TTORR Nat. de Osso da Perna (D) Início: 13:10 Término: 13:50
Anestesia: Ural Balanceada Início: 12:45 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso () Monitor Cardíaco () PNI () Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa () Intensificador ()
Carro de Anestesia () Difusor () Bomba de Infusão () Nº ()
Ap. Vídeo () Início 12:45 Término _____
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início 12:45 Término _____
Outros: _____

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não () Nº 08 Puncão Venoso: Sim () Não ()
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não () Nº 14 Sonda Gástrica: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não () LC / compressivo
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não () _____

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Ural de anestesia CIRURGIA: peça de instrumentar
Ural anexada ao pro-
cedimento do paciente
Ural anexada ao pro-
cedimento do paciente

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 09/02/18 Hora: _____ Enfermeira: Thais Circulante: Edna

GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Mr Nivaldo Leal da Cruz Data: 19/02/18 Hora: 08:20 Registro: 102359
Convênio: SUS Leito: — Pac: — Altura: —

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Nivaldo Anestesista: Dr. Daniel
Auxiliar: — 2º Auxiliar: — Instrumentador: Yabel

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Fratura fêmur Início: 08:45 Término: —
Anestesia: Raque + sedação Início: 08:45 Término: —

4 - PRÉ-OPERATORIO:

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

5 - TRANS-OPERATORIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (☒) Monitor Cardíaco (☒) PHI (☒) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrassônico () Artroscópio () Microscópio () Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico (☒) Local da Placa: paral
Carro de Anestesia (☒) Diprofusor () Intensificador (☒)
Ap. Vídeo () Bomba de Infusão () Nº ()
Oxigênio () Início: — Término: —
Protótipo () Início: — Término: —
Gás Carbônico () Início: — Término: —
Outros: —

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim () Não (☒)
Sonda Vesical de Demora: Sim () Não (☒)
anagem (Tipo e Local): Sim () Não (☒)
Curativo (Tipo e Local): Sim (☒) Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: medicamento na fêmur de CIRURGIA: —
anestesia

6 - OBSERVAÇÕES:

—
—
—
—

7 - PÓS-OPERATORIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (☒) - Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (☒) S. Intensiva () LICOR () UTI () Apl () Residência ()

Data: 19/02/18 Hora: — Enfermeira: Tais Circulante: Duriana



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 62

Nome: JOÃO HENRIQUE data 19/02/18 Hora: 11:20 Registro: 102359
Leito de origem: 404-03

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: ITC FASE 1 de Fimur
Tipo de anestesia: Rapida
Equipe: Dr. Ribam Anestesista: Dr. Daniella

3. Admissão

Estado geral: () Bom (☒) Regular () Torporoso () Grave^o
Respiração: (☒) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (☒) Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: (☒) Não () Sim Onde: _____
Drenos: () não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 116 x 60 mmHg FR: _____ p/min FC: 81 p/min SaPO2: 95
Glasgow: _____

4. Monitorização

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 716 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-04

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	116/70	107/64	99/63	99/64	90/60	80/65
FR	-	-	-	-	-	-
FC	71	87	82	80	95	102
SaPO2	90%	94%	95%	96%	95%	96%
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

700 ml Urina (11:35)

6. Alta da SRPA

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

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

Data: 14:30h Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: [Assinatura]
19/02/18 Alta da SRPA pelo médico: CEN 11671



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: José Nivaldo data: 15/02/18 Hora: 20:00 Registro: 1021359

Leito de origem: 104-03

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Delétrico cirúrgico em fêmur D + traqueostomia

Tipo de anestesia: Raqui

Equipe:

Anestesiista:

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso () Grave

Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado

Sonda: () SVD () SNG () SNE

Acesso Venoso Periférico: () Não () Sim Onde: MSE

Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde:

Drenos: () não () sim Onde:

Sinais vitais: PA: 95 x 59 mmHg FR: 16 p/min FC: 80 p/min SaPO2: 99%

Glasgow:

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>90 x 64</u>	<u>90 x 64</u>	<u>91 x 76</u>	<u>93 x 15</u>		
FR						
FC	<u>80</u>	<u>70</u>	<u>80</u>			
SaPO2	<u>99%</u>	<u>95%</u>	<u>96%</u>			
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 100 x 60 FC: 75 FR: 16 SaPO2: 99% Glasgow: 15

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

Data: 15/02/18 Horário: 22:00 Responsável pelo encaminhamento:

Alta da SRPA pelo médico:

[Assinatura]
Dra. Genilda Gelindo
Anestesiologista



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: José Manoel de Aguiar Leito da SRPA: 01
Leito de origem: 09/02/18 data: 15:00 Hora: 902359 Registro:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Faco LXP da base da Perna D
Tipo de anestesia: geral
Equipe: Di. Gera Anestesista:

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Torporoso (X) Grave
Respiração: (X) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: MSD 2 E
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: MSD 2 E
Drenos: (X) não () sim Onde: MSD 2 E
Sinais vitais: PA: 133x69 mmHg FR: 14 p/min FC: 83 p/min SaPO2: 93%
Glasgow:

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	132x80	131x81	126x80	126x80	127x80	128x80
FR	13	14	14	14	14	14
FC	83	90	90	92	83	80
SaPO2	95%	96%	98%	98%	97%	94%
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 120x87 FC: 80 FR: 14 SaPO2: 98 Glasgow: 15

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

Data: 02.18 Horário: 19:00 Responsável pelo encaminhamento: Leandro de Aguiar

Alta da SRPA pelo médico: Dr. Gera



MATERIAL DE SALA CIRURGICA

PACIENTE:	JOSE NIVALDO LUAL DA CRUZ			DATA:	19/02/18		
CIRURGIÃO:	DR. MARCELO			RG:	102359		
ANESTESISTA:	DR. MARCELO			AUXILIAR:			
CIRURGIA:	H. emergência fratura fêmur E			ANESTESIA:	Raque + sedação		
ESTRUMENTADOR:	J. Gabriel			COORDENAÇÃO DO BLOCO:			
CIRCULANTE:	Luis			COREN:			
INFERMEIRA:	Tas			HORARIO INICIAL:	09:30		HORARIO FINAL:

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS

13X4,5	25X7	25X8	40X12
ARDIOPLEGICA	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
QUEOST 9,0			

CATETER

NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	FOLEY 3VIAS

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

DRENOS

KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS

ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 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

ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 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/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: João Humberto DATA: 15/02/08
 CIRURGIÃO: Dr. Henrique RG: 1021359
 ANESTESISTA: Dr. Henrique AUXILIAR: Ricardo
 CIRURGIÃO: Dr. Henrique ANESTESIA: Ricardo
 ESTRUMENTADOR: Carlos
 CIRCULANTE: Carlos COORDENAÇÃO DO BLOCO: Carlos
 ENFERMEIRA: Carla COREN: Carla

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS

13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS

CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
CESSADA 10CM	CESSADA 15CM	CESSADA 20CM	

CANULAS

TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			

CATETER

NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 18	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	BS. 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

DRENOS

KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36

SONDAS

ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 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

ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 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/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE: Dr. Marcelo Machado DATA: 09/12/18
CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Machado RG: 702359
ANESTESISTA: Dr. Paulo AUXILIAR: Graci
CIRURGIA: Proct. de 08h da manhã ANESTESIA: Graci
ESTRUMENTADOR: Paulo COORDENAÇÃO DO BLOCO: Manuela
CIRCULANTE: Thiago COREN: 13.50
ENFERMEIRA: Thiago

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS

13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27

ATADURAS

CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
CESSADA 10CM	CESSADA 15CM	CESSADA 20CM	

CANULAS

TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			

CATETER

NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18 AD
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	JELCO 26

LIMPADORES

CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
----------	----------	----------	----------

CURATIVOS

ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
---------	--------	---------	-------------

EQUIPOS

BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
-------	------------	----------	--------------

EXTENSORES

20CM	40CM	60CM	120CM
------	------	------	-------

LAMINAS

BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	

LUVAS

LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
----------	----------	----------	----------

SERINGAS

1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	

AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

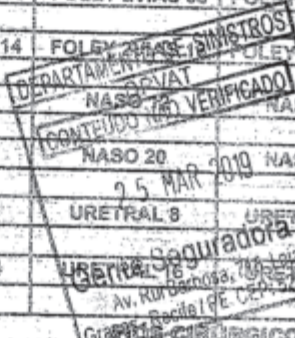
DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS

KHER 6	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 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



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/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Jose Nivaldo Vent da Cruz Data: 19/02/18 Registro: 102359
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 08:20

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Moura 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Danilo Instrumentador: Spatel
Circulante: Luciene

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
capote M M I I		HDH blue black CAM HDH blue black 15.02.18 0117.02.18 01 STEAM STEAM 22.02.18152924.02.181544 HDH blue black 17.02.18 01 STEAM STEAM 24.02.18181 HDH blue black 18.02.18 01 STEAM STEAM 18.05.181824
Punho de fora Atachado criepe Conecto bisturi		HDH blue black 17.02.18 01 STEAM STEAM 24.02.18181 HDH blue black 18.02.18 01 STEAM STEAM 18.05.181824
Moto Broca L ex PFN (Presmed)		MOTOR BROCA 001 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERN. CME LOTE: 223337 PLASMA EST: 16/02/2018 VAL: 16/02/2018 CAMILA FIGUEIREDO CORE FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERN BLOCO CIRURGICO LOTE: 223324 PLASMA EST: 09/02/2018 VAL: 09/02/2018 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616
Saco		HDH blue black IFG 15.02.18 01 STEAM 25.02.181543
Exio de bisturi 35		HDH blue black 17.02.18 02 STEAM 17.05.1815
		MOTOR BROCA 028 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERN BLOCO CIRURGICO LOTE: 223233 PLASMA EST: 16/02/2018 VAL: 16/02/2018 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR
		HDH blue black 13.02.18 02 STEAM 13.02.18 02

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Dr. Alexandre Data: 05/02/18 Registro: 102.550
Comissão: 0 Leito: Hora:

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Alexandre 1º auxiliar:
Anestesista: Dr. Marcos Moura Instrumentador: Plantão
Circulante: Dr. Marcos

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
cap capo maio Punho de ferro	HDH bOME black 15.02.18 0 22.02.18 179	blue & black COHDH bOME black 15.02.18 02 214.02.18 02 STEAM
Moto broca Punho Cavidade bitum	blue & black 11.02.18 02 11.02.18 179	blue & black HDH bOME black 11.02.18 02 214.02.18 02 STEAM
	MOTOR BROCA 001 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANG FERNA CME 003056411 CAMILA FIGUEIRÊDO CORÊA/PE 148616 WWW.BEIRADACTER.COM.BR	blue & black CLF 27.11.17 02 STEAM



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

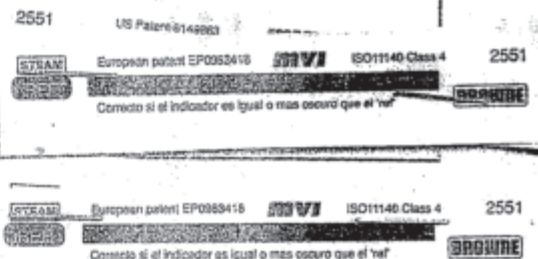
1. Identificação

Nome: for mivaldo leal da Cruz Data: 09/02/18 Registro: 102359
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: _____

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Haroldo Medeiros 1ª auxiliar: Dr. Vinícius
Anestesista: Dr. Graça Porto Instrumentador: Laura
Circulante: Fabiana

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
HDH CME black MSSE HDH CME black MSSE HDH CME black MSSE 05.02.18 02 08.02.18 02 08.02.18 02 STEAM STEAM STEAM 12.02.18 1727 15.02.18 1749 15.02.18 1749		lap + capote Bas mm ± I punho de fixa
HDH CME black MSSE HDH CME black MSSE HDH CME black MSSE 08.02.18 02 08.02.18 02 08.02.18 02 STEAM STEAM STEAM 15.02.18 1747 15.02.18 1751 15.02.18 1748		caixa fixador tubo a tubo (Plossmed) L
MOTOR BROCA 002 FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 221741 PLASMA EST: 07/02/2018 VAL: 07/02/2019 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR	MOTOR BROCA 029 FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 221864 PLASMA EST: 07/02/2018 VAL: 07/02/2019 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR	Bandyas Fw K 2.0 L Ricardo
MOTOR BROCA 001 FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO CME LOTE: 221597 PLASMA EST: 06/02/2018 VAL: 06/02/2019 CAMILA FIGUEIREDO COREN/PE 148616 WWW.EMBRAESTER.COM.BR	HDH CME black FF SHD II blue MSSE 10.01.18 01 08.02.18 02 STEAM STEAM 10.04.18 1464 08.05.18 1746	
blue → black MSSE blue → black MSSE 08.02.18 02 08.02.18 02 STEAM STEAM 08.05.18 1730		
blue → black MSSE blue → black MSSE 08.02.18 02 08.02.18 02 STEAM STEAM		





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

58 03

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 102359

Nome: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

End.: RUA BARAO DE SUASSUNA

Enferm.: LEITO 7

Atendimento: 419392

Leito: 640

Dt. Cad: 09/02/2018

Dt. Nasc: 02/03/1957

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

CNS: 898002952186334

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

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

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim

Paciente checado não tendo condições de responder

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☐ Não

☒ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Redução da fratura*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1:30, não*

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

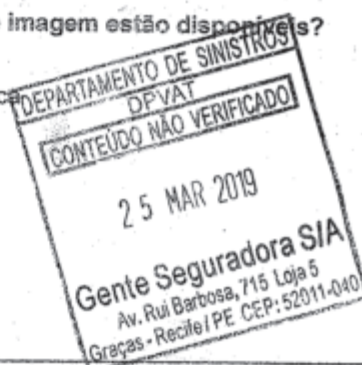
☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim *RA*

☐ Não se aplica



ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Fract. exposta de tíbia (fixador externo)*
- ☐ 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
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *OK*

Manuella Amaral
Enfermeira
COREN: 406.013



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

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 102359

Nome: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

End.: RUA BARAO DE SUASSUNA

Enferm.: 404 - 03 - LT CMEDICA

Atendimento: 419392

Leito: 29

Dt. Cad: 09/02/2018

Dt. Nasc: 02/03/1957

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

CNS: 898002952186334

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NÃO**
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **sim**

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

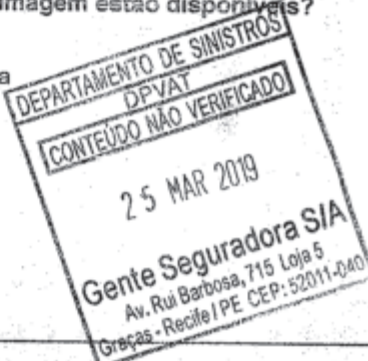
☐ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim **Rx**

☐ Não se aplica



ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☐ Nome do procedimento realizado **limpeza Penha** **(E)**
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **sim**
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **NIA**
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NÃO**
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **sim**

Rafaela Henrique
Enfermeira
COREN-PE 345.127

404-3

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO



Data: 15/02/18

Hora: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	722 J. M. M. L. C. 9
Data de Nascimento:	02/03/53 Registro: 102359
Sector:	720 Leito: 404-3

SINAIS VITAIS	
PA:	120 x 70 T: 36,7°C HGT: 85
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:	RA (X) TAC c/ Contraste () USG () ECO () LABORATÓRIAL: SIM () NÃO ()
	TAC s/ Contraste () RNM () CATE () Observação: _____
PARÊCER CARDIOLÓGICO:	82000 SIM () NÃO () Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVADOS:	SIM (X) NÃO () GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LEITO DE UTI:	SIM () NÃO () Qual?: UTI: _____ LEITO: _____

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE	
JEIUM:	SIM (X) NÃO () À partir do dia: 14/02/18 às 23:00 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 (X) Observação: _____ LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO (X) Observação: _____

Enfermeiro Responsável: _____

(Assinar e Carimbar)

CÓD. 38404



Data: 2 / 2 / 2

Hora: 00 : 00



Nome:	F. S. S. S.		
Data de Nascimento:	11/11/1981	Registro:	11.11.1981
Sector:	11	Leito:	11.11.1981

PA: <u>100x60</u>	T: <u>35,92</u>	HGT: <u>76</u>
Observação:		

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

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

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

JEIUM:	SIM () NÃO()	À partir do dia: ____/____/____ às : ____		Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM () NÃO()	Observação: _____		
TRICOTOMIA:	SIM () NÃO()	Observação: _____		
RETIRADO ADORNOS:	SIM () NÃO()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA:	SIM () NÃO()	
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM ()	Quais/Datas: _____		
	NÃO()			
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas: _____		
	NÃO()			
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARcada:	SIM ()
	NÃO()	_____		NÃO()
				Observação: _____

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

CÓD. 38404



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: 102359

Nome: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

End.: RUA BARAO DE SUASSUNA

Enferm.: 404 - 03 - LT TRAUMA

Atendimento: 419392

Leito: 713

Dt. Cad: 09/02/2018

Dt. Nasc: 02/03/1957

Bairro: CENTRO

Cidade: ESCADA

CNS: 898002952186334

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Redução de pressão*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *2:00/sim*

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

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim

☐ Não se aplica

Rx

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado
- ☐ 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
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Txct. cirúrg. fr. sub. tr. fêmur

7:15
Enfermeira
20/02/2018 07:15



**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: José Nivaldo Leal da Cruz Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
11/11/14	# 0209
	Tratado com fratura de T12 e L1 de T12 e L1, com fratura de T12 e L1. Admite melhora e dor mais controlada. Indicação de 03 meses de tratamento por fisioterapia e analgesia sintomática. USG, acompanhamento, controle, 15/11/14
	Dr. Luciano L. Gomes Jr. Ortopedia/Traumatologia CRM 25.508

Dr. Luciano L. Gamba Jr.
Ortodontia/Traumatologia
GRUPO 25.509

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: José Nivaldo

Registro: 102359

Clínica: _____

Enfermaria: 404

Leito: 03

Data/Hora	
	# Serviço Social #
16/02/18	Realizada visita ao leito. Pres- tadas orientações quanto a presidência social e pós-alta.
	 HDH-Hospital Dom Helder Câmara Cibele Maria da Silva Ferreira Assistente Social CRESS/PE 10193
	Atendimento Nutricional Data: <u>16/02/18</u> Hora: <u>14:00</u> hs. Nutricionista: <u>Aline Polesi</u> CRN 67956
	Atendimento Nutricional Data: <u>19/02/18</u> Hora: <u>12:00</u> hs. Nutricionista: <u>Aline Polesi</u> CRN 67956

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 IM
Grças - Recife/PE



Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Francisco Ferreira Júnior
CRM. UF: PE N° 23424
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE
Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

21/02/2018

Paciente: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Endereço:

Prescrição:

- 1) Ciprofloxacino 500mg - 04 caixas
Tomar 01 comprimido de 12/12h durante 14 dias
- 2) CLINDAMICINA 300MG — 02CX
02 COMP VO 8/8H POR DUAS SEMANAS
- 2) Dipirona 01g — 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.
- 3) XARELTO 10MG — 30 COMPRIMIDOS
TOMAR 1CP V.O 1X AO DIA

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

- 3) Paço (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) — 01 caixa
Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

Dr. Luciano L. Cunha JR.
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 25.608

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome.....

Ident.:.....Órg.Emissor:.....

End.:.....

Cidade:.....UF:.....

Telefone:.....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

Nome: José Manoel Soares do Luz Registro: 802359
Clínica: _____ Enfermaria: 404-03 Leito: _____

[illegible]

Data/Hora	
16/08/18	# Intoxicação #
	Paciente segue estável.
	Foi agendada exames flogísticos
	mas sem interrupção de limpeza no momento.
	Aguardando -
	No momento do nosso encontro o pt permanece consciente, orientado, receptivo, interage adequadamente.
	Feito interconsulta com o Serviço Social.
	M ^a Cassia Guerra Paciente nº 11041 ATENDIMENTO: <u>15/15</u>
	Solange Lira Faturamento / SAME Gm

EVOLUÇÃO CLÍNICA

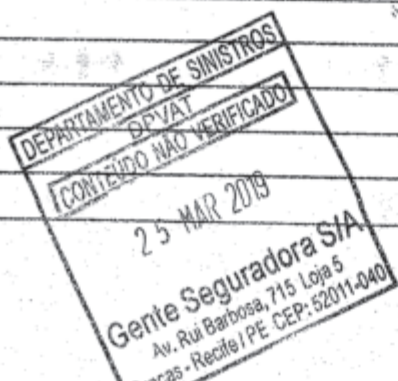
Nome: José Nivaldo Leal do Cruz

Registro: 102359

Clínica: _____ Enfermaria: Bloco

Leito: _____

Data/Hora	
09/02/18	# Serviço Social = Realizado atendimento social no âmbito do consultório. O qual não houve intercorrências significativas quanto ao contexto clínico do paciente. Este modo, aguardando alta para ser encaminhado para o tratamento adequado. Além disso, foram realizadas algumas orientações quanto ao fluxo hospitalar e direitos dos usuários do SUS. seguintes monitorados.
	MDH-Hospital Dom Helder Câmara Mariana de Oliveira Santos Coordenadora Serviço Social CRESS/PE 1050
10.02.18	# Serviço Social # Realizado visita ao leito para confirmação de dados de ficha social, bem como aprofundar contexto do paciente. Prestado orientações quanto a seguir DPVAT, previdência social, rede de saúde e de proteção social. Repassadas informações ao pct. e ao acompanhante Flávio (irmão). Seta segue monitorando para futuros encaminhamentos.
	MDH-Hospital Dom Helder Câmara Larissa Maria Barros da Silva Assistente Social CRESS/PE 10412



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jose Marcelo Jose de Cruz Registro: 109351

Clínica: _____ Enfermería: _____ Falso: 004.3

Data/Hora	Paciente, modo de referência em vms sound e rio de equibacion p
Atendimento Nutricional	
Data: 14/02/18 Hora: 01:00 HS	
915 CRNG 029	
Nutricionista Responsável	
	Un. Hospital Dom Hélder Câmara Salvador, BA Faturamento / SAME 201...
14/02/18	#Ortopedia # FO com leve aperto relatório de concentração de demência p/ infusão Causa melhora de partes molles
	# avaliação #
15/02/18	sem queixas clí boa tolerância com casos de nutrição: HACE, AKE, JKE HKE, ICE, KKE, LKE SKE-MK-MK 100-MK-I 1100000 HKE 550 K=880000 e H=130x80 mmHg EKO-115 com 510000=+600 Exames: 140 p/ 1000000 vms m/ 1000000
	Dr. Fernando Barros Filho Cardiologia / Ecocardiografia CRM-PE 510000

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
16/03/18	#Entopeira# Paciente segue estável FO aquecida, sinais fisiológicos mas sem interações de limpeza no momento.
	<i>Atividade Controlada</i>
	Psicologia -
	No momento do nosso encontro o paciente permanece consciente, orientado, receptivo, interagindo dialogando. Feito interconsulta com o Serviço Social.
	M^a Cassia Guerra Psicóloga CRP 31044 ATENDIMENTO: 16/03/18 Hora 15:45 Hospital Dom Helder Câmara Solange Lyra Faturamento / SAME Em: _____
	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DEVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 MAR 2019 Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 215 Loja 5 Gracas - Recife/PE CEP: 50014-04

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jose Nivaldo Jesus do Cruz Registro: 802359

Clinica: _____ Enfermaria: 454-03 Leito: _____

Data/Hora	Descrição
10/02/18	<i>HDH - Hospital Dom Helder Câmara</i> <i>Realização de visita domiciliar</i> <i>a moradora Maria da Conceição</i> <i>de 72 anos, residente em</i> <i>rua do Azeite</i> <i>HDH - Hospital Dom Helder Câmara</i> <i>Thaís Gontijo C. Santos</i> <i>Assistente Social</i> <i>CRESS/PE 7820</i>
11/02/18	<i>HDH - Hospital Dom Helder Câmara</i> <i>Realização de visita domiciliar</i> <i>para avaliação da evolução</i> <i>do quadro clínico da</i> <i>paciente Maria da Conceição</i> <i>de 72 anos, residente em</i> <i>rua do Azeite</i> <i>HDH - Hospital Dom Helder Câmara</i> <i>Thaís Gontijo C. Santos</i> <i>Assistente Social</i> <i>CRESS/PE 7820</i>
15.02.18	<i>HDH - Hospital Dom Helder Câmara</i> <i>Realização de visita domiciliar</i> <i>para avaliação da evolução</i> <i>do quadro clínico da</i> <i>paciente Maria da Conceição</i> <i>de 72 anos, residente em</i> <i>rua do Azeite</i> <i>HDH - Hospital Dom Helder Câmara</i> <i>Viviana Cristina A. Goldino</i> <i>Assistente Social</i> <i>CRESS/PE 6619</i>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Lote 5
 Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
DATA 10/02/18 HORARIO 10:30
NUTRICIONISTA
Aline Polesi
 Nutricionista
 CRN 6-7938

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento
FIN

Nome: João Sivaldo Beal da Cruz
Procedimento Cirúrgico: POI de fratura de tíbia

Registro: 302359
Data: 09/02/18

Leito: 2
Hora: 12h30

DIAGNÓSTICO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

1. Ansiedade

- ☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos.
☒ Proporcionar apoio emocional.
☒ Dar informação ao paciente e familiares.
☐ Outros

2. Ventilação prejudicada ☒

- ☐ Manter decúbito elevado
☐ Aspirar vias aéreas superiores de h
☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
☒ Manter o paciente em posição de rowler
☒ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR
☒ Instalar ☒ manter ☒ Anotar oximetria de pulso
☐ Outros

3. Padrão de eliminação urinária

☒ Diminuído ☐ Aumentado

- ☒ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de 12/12 h
☒ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).
☒ Colocar o paciente em posição de Fowler
☒ Orientar o aumento da ingestão hídrica
☐ Registrar-se: ☐ Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica ☒ Ausência de diurese espontânea
☐ Outros

4. Dor ☒

Local: FC

☒ Leve ☐ Moderada ☐ Severa

- ☒ Verificar qual posição adequada do paciente no pós-anestésico
☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor
☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação
☒ Identificar fatores desencadeantes da dor
☒ Registrar características e intensidade da dor
☐ Outros

5. Integridade tissular prejudicada ☒

- ☒ Descrever características da lesão
☒ Realizar curativo de 24/24 h
☒ Realizar mudança de decúbito de 3/3 h
☐ Medir decúbito de dreno de h
☒ Manter curativo oclusivo por 24 h
☐ Outros

6. Sangramento ☒

Local: FC

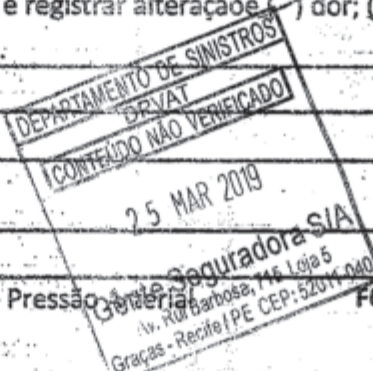
☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo

- ☐ Aferir pressão arterial de / h
☒ Manter decúbito: stenoado
☒ Realizar curativo compressivo
☐ Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada ☐

- ☐ Pinçar dreno ao transportar paciente
☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)
☐ Manter repouso no leito em posição:
☐ Outros

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação (✓)	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ___ h ☐ Avaliar e registrar umidade de mucosas ☐ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária ☒ Registrar turgor e elasticidade da pele ☐ Outros	
9. Êmese (✓) Náusea (✓)	☒ Registrar aspecto e quantidade de episódios ☒ Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada ☐ Verificar posicionamento da SNG/SNE ☐ Outros	
10. Temperatura Corporal (✓) Diminuída () Elevada	☐ Aferir temperatura de ___ / ___ h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C ☒ Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica ☒ Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ☐ Outros	
11. Choque hipovolêmico (✓)	☒ Aferir sinais vitais a cada 15/15 min ☐ Avaliar coloração e umidade da pele ☒ Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; ☒ Perda de consciência. ☐ Outros	
12. Risco para infecção (✓)	☐ Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização ☒ Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>AVP + ED</u> ☒ Examinar F.O e registrar alterações: ☒ dor; ☒ Calor; ☒ rubor; ☒ edema. ☐ Outros	
13.	☐ Outros	



SNG - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC - Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

Manuella Amaral Enfermeira COREN 406.013 ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -
---	---------------------	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPAGESTÃO
IMIP
HOSPITALARNome: Dr. Marcelo LealRegistro: 102359

Leito: _____

Procedimento cirúrgico: POI da mpeza Perna (E)Data: 15/02/16

Hora: _____

DIAGNÓSTICO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

1. Ansiedade ()

- () Encorajar verbalização dos sentimentos e medos
 () Proporcionar apoio emocional
 () Dar informação ao paciente e familiares
 () Outros

2. Ventilação prejudicada (X)

- () Manter decúbito elevado
 () Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário
 () Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
 () Manter o paciente em posição de Fowler
 (X) Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR
 (X) Instalar (X) Manter (X) Anotar oximetria de pulso
 () Outros

3. Padrão de eliminação urinária

() Diminuído () Aumentado

- () Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h
 () Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)
 () Colocar o paciente em posição de Fowler
 () Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição
 () Registrar se: () Dor ao urinar
 () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea
 () outros

4. Dor (X)

Local: _____

() Leve () Moderada () Severa

- (X) Verificar qual posição adequada do paciente
 (X) Avaliar a localização e a intensidade da dor
 (X) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação
 (X) Identificar fatores desencadeantes da dor
 (X) Registrar características e intensidades da dor
 () outros

5. Integridade tissular prejudicada (X)

- (X) Descrever características da lesão
 (X) Realizar curativo a cada 24/24 h
 () Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação
 () Medir débito de dreno de ____/____h
 () Manter curativo oclusivo por ____h
 () Outros

6. Sangramento ()

Local: _____

() Leve () Moderada () Severo

- () Aferir pressão arterial de ____/____min
 () Manter elevado: _____
 () Realizar curativo oclusivo
 () Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada ()

- () Pinçar dreno ao manusear o paciente
 () Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)
 () Manter repouso no leito em posição: _____

CÓD. 38605

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosa	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspectos e quantidade de episódios	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevado	() Aferir temperatura de ____ / ____ h e comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque Hipovolêmico (✓)	(✓) Aferir sinais vitais a cada 15 / 15 min.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência	
12. Risco de Infecção ()	Outros	
	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	(✓) Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>AVP + ED</u>	
	(✓) Examinar F.O. e registrar alterações (✓) dor; (✓) Calor; (✓) Rubor; (✓) Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VIT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO
26 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Laje
Graciosa - Recife/PE CEP

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

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

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPAGESTÃO
IMIP
HOSPITALARNome: for NivaldoProcedimento cirúrgico: Tro. crânio fr. sub. fêmurRegistro: 102358Leito: 102358

DIAGNÓSTICO

Data: 19/02/18

Hora:

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

1. Ansiedade ()

- () Encorajar verbalização dos sentimentos e medos
 () Proporcionar apoio emocional
 () Dar informação ao paciente e familiares
 () Outros

2. Ventilação prejudicada ()

- () Manter decúbito elevado
 () Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário
 () Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
 () Manter o paciente em posição de Fowler
 () Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR
 () Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso
 () Outros

3. Padrão de eliminação urinária

() Diminuído () Aumentado

- () Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h
 () Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen)
 () Colocar o paciente em posição de Fowler
 () Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição
 () Registrar se: () Dor ao urinar
 () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea
 () outros

4. Dor ()

Local: to

() Leve () Moderada () Severa

- () Verificar qual posição adequada do paciente
 () Avaliar a localização e a intensidade da dor
 () Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação
 () Identificar fatores desencadeantes da dor
 () Registrar características e intensidades da dor
 () outros

5. Integridade tissular prejudicada ()

- () Descrever características da lesão
 () Realizar curativo a cada ____/____h
 () Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação
 () Medir débito de dreno de ____/____h
 () Manter curativo oclusivo por 24h
 () Outros

6. Sangramento ()

Local: to

() Leve () Moderada () Severo

- () Aferir pressão arterial de ____/____min
 () Manter elevado: _____
 () Realizar curativo oclusivo
 () Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada ()

- () Pinçar dreno ao manusear o paciente
 () Avaliar mobilização de dreno (Tracionado)
 () Manter repouso no leito em posição: _____

CÓD. 38605

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / h	
8. Desidratação ()	() 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	() Aferir temperatura de ____ / ____ h e comunicar se estiver abaixo de 35° C ou acima de 37° C	
() Diminuída () Elevado	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	() Aferir sinais vitais a cada ____ / ____ min.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso Irregular; () Pele fria; () Perda da Consciência	
	Outros	
12. Risco de Infecção ()	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos	
	Local: PU	
	() 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 - Hemoglobina

AVP - Acesso Venoso Periférico

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora SIA
Av. Ru. Barbosa, 315 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040

ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
---------------------	---------------------	--------------------------	--------------------------

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: José Manoel Registro: 102359 Clínica: TRO
Enfermaria: 404 Leito: 03 Diagnóstico: Tubo

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: USGO () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Cirurgias Anteriores Quais: USGO

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: ☒ Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

☒ Normocorado ☒ Hipocorado ☒ Cianótico () Cianótico ☒ Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () MMII () Anasarca
() LESÃO POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente () Inconsciente ☒ Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: ☒ Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

☒ Afebril () Febril T. AXILAR: _____ °C FR: _____ JPM Sat O2= _____ () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC _____ bpm
PA: 120/80 mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local: _____
() Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ☒ VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: ☒ Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravídico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido () Odor Característico () ÊMESE Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ☒ Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

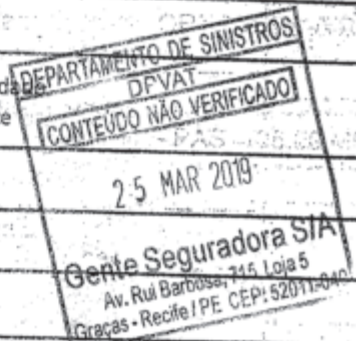
MOBILIDADE: ☒ Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____
() AMPUTACÃO Local _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
SNG- Sonda Nasogastrica

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral

MMII- Membros inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS- Via Aérea Superior

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrostomia



ESCALA DE BRADEN - Avaliação de Risco para Lesões					Resultado
Descrição	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado 3	Nenhuma Limitação 4	() Sem Risco 18-20 pontos
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado 3	Raramente Molhado	
ATIVIDADE	Acamado	Confinado a cadeira	Anda 3 Ocasionalmente	Anda Frequentemente	() Risco Moderado 12-17 pontos
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado 3	Não apresenta Limitações	
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente Inadequado	Adequado	Excelente 4	() Alto Risco
FRICÇÃO CISSALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
PONTOS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Escala de Morse para Prevenção de Quedas			
	CATEGORIA	SIM/NÃO	SCORE
1	Histórico de queda (há no Máximo 3 meses)	Não Sim	0 25
2	Diagnóstico Secundário	Não Sim	0 15
3	Auxílio para Deambular		
	Sem auxílio/acamado/auxílio de enfermagem	Sim	0
	Muletas/Bengala/Andador	Sim	15
	Deambula segurando nos móveis	Sim	30
4	Acesso Venoso	Não	0
		Sim	20
5	Movimentação do Paciente / transferência		
	Normal/Repouso no leito	Sim	0
	Debilidade	Sim	10
	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20
6	Estado Mental		
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	0
	Superestima/esquece as próprias capacidades	Sim	15
Pontuação Total:			
Nível de Risco	SCORE	Ações	
Sem Risco	0 - 24	Intervenções de Prevenção Universal de Queda	
Baixo Risco	25 - 50	Intervenções para Queda	
Alto Risco	> 51	Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda	

Atendimento: 419355

Data e Hora: 09/02/2018 08:54

Senha da Classificação:

0012

Paciente: 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 02/03/1957 Idade: 60 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI

CRM: 13783

Endereço: RUA BARAO DE SUASSUNA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: JACICLEIDE BOS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86222163

Cartão SUS: 898002952186334

Data de Emissão CRN:

2 FEV. 2018

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de atropelamento apresentado
dor em coxa ESQ e ferimento aberto em
femoral D.

Exame Físico

Glasgow 15

Voz: abstr.

Hipótese Diagnóstico

Fratura de fêmur ESQ
Fratura de fêmur D. exposta

Conduta Terapêutica

Rx para dor
coxas
PO

Prescrição Médica

Bloco cirúrgico

Dr. Eduardo B. Oliveira
MÉDICO
CRM: 21687

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>Ed. Nivaldo</u>		Registro: <u>02359</u>	Leito: <u>08</u>
Procedimento cirúrgico: <u>05/01/2018</u>		Data: <u>09/05/18</u>	Hora: <u>08:00</u>
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros		
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☒ Instalar ☐ Manter ☐ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros ☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de <u> </u> / <u> </u> h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☒ Registrar se: ☒ Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica ☐ Ausência de diurese espontânea ☐ outros		
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☒ Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica ☐ Ausência de diurese espontânea ☐ outros		
4. Dor () Local: <u> </u> () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ outros ☐ Descrever características da lesão ☐ Realizar curativo a cada <u> </u> / <u> </u> h ☐ Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de <u> </u> / <u> </u> h ☐ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros		
5. Integridade tissular prejudicada ()	☐ Aferir pressão arterial de <u> </u> / <u> </u> min ☐ Manter elevado: <u> </u> ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros		
6. Sangramento () Local: <u> </u> () Leve () Moderada () Severo	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: <u> </u>		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()			

DEPARTAMENTO DE SIMS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

CÓD. 38605

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

<i>Thais Oliveira</i> Enfermeira COREN-PE 477.153 ENFERMEIRO(A) - D -	<i>Izabelle R. Barbosa</i> Enfermeira COREN - PE 355.422 ENFERMEIRO(A) - N -	<i>Elisabete P. P.</i> TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	<i>Samir H. G. Silva</i> Téc. em Enfermagem COREN-PE 20.11.1A TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
---	--	---	--

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: John Antonio Lopez CA Case Registro: 102359

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

[illegible]

Yurioncionista *del* **Yurionismo**

Aline Polesi
Nutricionista
CRN 62.7966

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	Atendimento Nutricional Data: 12/05/18 Hora: 10h Nutricionista responsável Aline Polesi Nutricionista CRN 6º 7956
19/05/18	<i>Prévio</i> <i>Tratamento em 6 dias de leito em</i> <i>reabilitação.</i> <i>Maneja dieta líquida fria e</i> <i>sem sal.</i> DEPARTAMENTO DE SIMPATIA DE VESTIMENTAS CONFIRMADO 25 MAR 2019 Genie Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 15 Lado Grupos - Recife/PE Genie Seguradora S/A CRP 15805 Atendimento Nutricional Data: 12/05/18 Hora: 13h Nutricionista responsável Aline Polesi Nutricionista CRN 6º 7956 <i>Prévio</i> <i>Por via oral. Redigido após de rotina</i> <i>hospitalar. por aumento da capacidade alimentar</i> Dr. CASTO GUERIN Pós-graduação Data: 12/05/18 Hora: 13h

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE



DOM HELDER CÂMARA

BLOCO CIRÚRGICO

NÚMERO



GESTÃO

IMIP

HOSPITALAR

Nome: Jose Nivaldo Leal da Cruz

Registro: 102359

Leito:

Procedimento Cirúrgico: POI Ho. Linu. Tnat

Data: 05/06/18

Hora:

DIAGNÓSTICO

fibra

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

1. Ansiedade

- () Encorajar verbalização dos sentimentos e medos
 () Proporcionar apoio emocional
 () Dar informação ao paciente e familiares
 () Outros

Ventilação prejudicada (✓)

- () Manter decúbito elevado
 () Aspirar vias aéreas superiores de ___ h
 () Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
 () Manter o paciente em posição de fowler
 (✓) Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR
 (✓) Instalar () manter (✓) Anotar oximetria de pulso
 () Outros

- () Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___ h

- () Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).

- () Colocar o paciente em posição de Fowler

- () Orientar o aumento da ingestão hídrica

- () Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea

- () Outros

- (✓) Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico

- (✓) Avaliar a localização e a intensidade da dor

- (✓) Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação

- (✓) Identificar fatores desencadeantes da dor

- (✓) Registrar características e intensidade da dor

- () Outros

- (✓) Descrever características da lesão

- (✓) Realizar curativo de 24/24h

- () Realizar mudança de decúbito de ___ h

- () Medir decúbito de dreno de ___ h

- () Manter curativo oclusivo por ___ h

- () Outros

- () Aferir pressão arterial de ___ h

- () Manter decúbito: _____

- () Realizar curativo compressivo

- () Outros

- () Pinçar dreno ao transportar paciente

- () Avaliar mobilização do dreno (Tractionado)

- () Manter repouso no leito em posição: _____

- () Outros

1. Ansiedade

3. Padrão de eliminação

da ingestão urinária

() Diminuído () Aumentado

4. Dor (✓)

Local: _____

() Leve () Moderada () Severa

Encadeantes da dor

cas e intensidade da dor

5. Integridade tissular

prejudicada (✓)

6. Sangramento ()

Local: _____

() Leve () Moderado () Severo

7. Imobilidade no leito

prejudicada ()

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ___/___ h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosas	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele.	
	() Outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspecto e quantidade de episódios	
	() Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
	() Outros	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de ___/___ h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
	() Outros	
11. Choque hipovolêmico ✓	✓ () Aferir sinais vitais a cada 15/15 min	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O	
	verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência.	
	() Outros	
12. Risco para infecção ✓	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	✓ () Registrar e anotar sinais flogísticos	
	Local: <u>AVP</u>	
	✓ () Examinar F.O e registrar alteração: ✓ dor, ✓ calor, ✓ rubor, ✓ edema	
	() Outros	
13.	() Outros	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 116 Loja 5
Ondas - Recife (PE) CEP: 52011

SNG - Sonda Nasogástrica	PA - Pressão Arterial	FC - Frequência Cardíaca
SNE - Sonda Naso enteral	HGT - Hemoglicoteste	AVP - Acesso Venoso Periférico

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

HOSPITAL METROPOLITANO SUL – DOM HÉLDER CÂMARA
SERVIÇO SOCIAL

Cabo de Santo Agostinho, 10 de Fevereiro e 2018

DO: Serviço Social

AO: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

Encaminhamento

Prezados (as),

Venho por meio de este encaminhar caso do usuário **José Nivaldo da Cruz**, **60anos**, registro hospitalar 102359, o qual deu entrada neste hospital sobre demanda de ortopedia.

Em atendimento ao leito para preenchimento de ficha social, usuário repassou residir sozinho na **Rua José Maria dos Santos, nº01, Escada**. Relatou não ter filhos e vínculos familiares com irmão são fragilizados. Atualmente encontra-se desempregado e não está inserido em benefício sócioassistencial. Ao orientar sobre o serviço desejou encaminhamento.

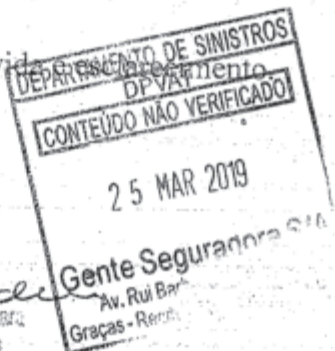
Diante disto encaminhamos o caso para orientações e maiores intervenções, visto que, conforme princípio da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) a Assistência Social rege-se pela *divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão*.

Colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida.

Atenciosamente,

Thallita Gondim
Assistente Social

CRESS-PE 7620
Thallita Gondim
HBH- Hospital Dom Helder Câmara
Thallita Gondim C. Santos
Assistente Soc. I



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.324.340 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/2005

NOME << JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ >>

FILIAÇÃO << JOSÉ FRANCISCO DA CRUZ >>

<< TEREZA BARBOSA LEAL >>

NATURALIDADE OROBÓ - PE DATA DE NASCIMENTO 02/03/1957

DIG. CACEM << CC 11028 L19 B A F. 182 CART. CAS 2º RECIFE-PE 01.02.1989 >>

CPF 170.490.674-15 PIS/PASEP 1086116090-6

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

CAC-01

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAIXA

POUPANÇA

6277 8017 5777 0528

6277

VÁLIDO ATÉ 10/24

JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ

2125 013 00004227-4

elo

SAC CAIXA: 0800 726 0101 / Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 726 2492

ASSINATURA AUTORIZADA

131

Este cartão é pessoal e intransferível

Atendimento Comercial: 3004 1105 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 726 0505 (Demais regiões)

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

CAIXA

AQUI Banco24Horas

elo

DÉBITO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 MAR 2019

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Graciosa - Recife/PE CEP: 51.100-000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190225450 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ **Data do acidente:** 09/02/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR (HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS).
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA E FÍBULA(FIXADOR EXTERNO BIPLANAR).
ALTA. P8/10/15/16/45/46/48

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

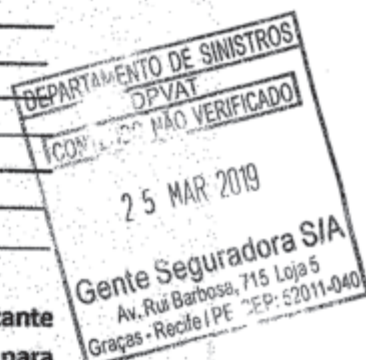
OUTORGANTE:

Nome: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 1.324.340
CPF: 170.490.674-15
Profissão: FRENTISTA
Endereço: RUA ANTONIO CARDOSO DA FONSECA, 63
CEP: 51.170-620
Telefone: (81) 994969606

OUTORGADO:

Nome: THIAGO ANTONES CAMPELO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 5430729
CPF: 035356674-88
Profissão: AUXILIAR
Endereço: RUA OSCAR BRAGA DA SILVA Nº 74
CEP: 50640-470
Telefone: (81) 99284-2507

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:



AFOGADOS

Local e data

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 8º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registro Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Notas - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428.1357
www.cartorioafogados.com.br
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
Recife, 18 de Março de 2019 09:00:24.
Em testemunho da verdade
João Ferreira da Silva (Esc. Aut.)
Emol.: R\$ 3,39 TNSR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79
Selo: 0077503.XAK02201904.04009

Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0099682/19

Vítima: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

CPF: 170.490.674-15

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 09/02/2018

Titular do CPF: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

THIAGO ANTUNES CAMPELO : 035.356.674-88

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ : 170.490.674-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019
Nome: THIAGO ANTUNES CAMPELO
CPF: 035.356.674-88

THIAGO ANTUNES CAMPELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190225450

Vítima: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Data do Acidente: 09/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANTUNES CAMPELO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190225450

Vítima: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Data do Acidente: 09/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANTUNES CAMPELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000002125

Conta: 000000004227-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **770490674-75** Nome completo da vítima: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ** CPF: **770490674-75**
Profissão: **AUTONOMO** Endereço: **RUA: ANTONIO CARDOSO DA FONTE** Número: **63** Complemento: **CASA**
Bairro: **IMBIRIBEIRA** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **51170-620**
E-mail: **TACASSESSORIA@GMAIL.COM** Tel (DDD): **01 99284-2507**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAMENTO MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2125** ☐ CONTA: **00004227** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Recife 20 de Março de 2019**
Nome: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ**
CPF: **770490674-75**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Invalidez: 512336
ASL: 0099682/19

Damo: 512337
0099728/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 009ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPSEP - DP9ªCIRC DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0099000710**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/03/2019** às **13:29**

Complementa o BO Número: **19E0099000708**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **9/2/2018** no período da **Manhã**

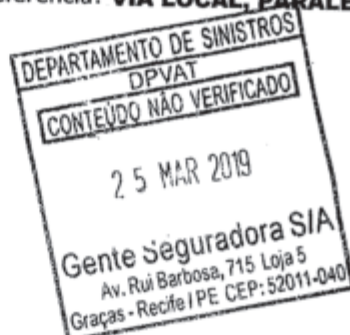
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E UM, 1, CIDADE NOVA** - Bairro: **CIIDADE NOVA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **VIA LOCAL, PARALELA A BR 101, PRÓXIMO POSTO BR**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARCOS VINICIUS GOMES (AUTOR \ AGENTE)
JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCOS VINICIUS GOMES**



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

JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TEREZA BARBOZA DA CRUZ** Pai: **JOSÉ FRANCISCO DA CRUZ** Data de Nascimento: **2/3/1957** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1324340/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **FRENTISTA** Telefones Celulares: **- 994969606**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 150, RUA MARIA JOSÉ SANTOS - CEP: 0 - Bairro: CIIDADE NOVA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL, CENTRO**

MARCOS VINICIUS GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA LURCIA DA SILVA** Pai: **XXXXXXXXXX** Data de Nascimento: **8/7/1993** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7845822/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SOLDADOR** Telefones Celulares: **- 991514236**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 147, CASA - CEP: 0 - Bairro: RIACHO DO NAVIO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCADA**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS VINICIUS GOMES**, que estava em posse do(a) Sr(a):

MARCOS VINICIUS GOMES

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGI2763** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Descrição: **MOTO**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 09 DE FEVEREIRO DE 2018, NO EXPEDIENTE DA MANHÃ, QUANDO ESTAVA PEDALANDO SUA BICICLETA, NA VIA LOCAL DA BR 101, NO MUNIPIO DE ESCADA, NAS PROXIMIDADES DO POSTO BR, QUANDO UMA MOTO DE MARCA HONDA / MODELO XRE 300, COR VERDE EM ALTA VELOCIDADE, ATROPELOU A MESMA, QUE AO CAIR, FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER, MUNICÍPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO PELA AMBUÂNCIA DO MUNICÍPIO DE ESCADA, ONDE FOI CONSTATADA UMA FRATURA NO FEMUR DA PERNA ESQUERDA E FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA. CASO AFETO A DELEGACIA DE POLICIA DE ESCADA. PELO EXPOSTO SOLICITA PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.

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

JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARNEY MORAIS DE CASTRO CUNHA** - Matrícula: **3809994**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **770490674-75** Nome completo da vítima: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ** CPF: **770490674-75**
Profissão: **AUTONOMO** Endereço: **RUA: ANTONIO CARDOSO DA FONTE** Número: **63** Complemento: **CASA**
Bairro: **IMBIRIBEIRA** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **51170-620**
E-mail: **TACASSESSORIA@GMAIL.COM** Tel (DDD): **01 99284-2507**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2125** ☐ CONTA: **00004227** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
25 MAR 2019
Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
CEP: 52011-000

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Recife 20 de Março de 2019**
Nome: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ**
CPF: **770490674-75**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

1. Identificação

Nome: José Nivaldo da Cruz 62 anos
CNS: 40716088 50951897 Data Nascimento: 09/03/1957 Sexo: () M () F
End: R. Amélia José Santos N° 350
Bairro: Santa Elvira Cidade: Abreão UF: _____
Procedência: _____

2. Queixa principal e História da doença atual:

3. Antecedentes Pessoais:

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

4. Uso de Medicamentos

☐ Sim ☐ Não

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

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

5.2 Avaliação Neurológica: (Nível de Consciência)

☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso
☐ Desorientado ☐ Orientado ☐ Seminarcose

Pupilas:

☐ Fotorreagentes ☐ Anisocoria: _____
☐ Isocoria ☐ Miose
☐ Midriase

Escala de Coma de Glasgow: _____ pontos.

Abertura ocular _____ Resposta verbal _____ Resposta motora _____

5.3 Sistema Respiratório: FR _____ ipm

☐ Eupnéico ☐ Dispnéico ☐ Máscara ☐ TOT ☐ Traqueostomia
O₂ suplementar _____ 1/min. ☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulização

Expansibilidade Torácica: Conservada ☐ Sim ☐ Não Local: _____

Murmúrios Vesiculares: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local: _____

Ruídos Adventícios: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepítantes Local: _____

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

5.4 Sistema Cardiovascular:

FC _____ bpm PA: _____ x _____ mmHg

Ritmo Cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular Ausculta: _____

Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio

Uso de drogas vasoativas: ☐ Não ☐ Sim: _____

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ NPT

5.5 Sistema Gastrointestinal:

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

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Normais ☐ Flatos

☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Êmese ☐ Presente ☐ Ausente

Aspecto: _____

5.6 Sistema Geniturinário:

Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA
☐ Cistostomia ☐ Dispositivo Urinário

Aspecto: _____

☐ Hemodiálise ☐ Diálise peritoneal

5.7 Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva

Movimentos Conservados: ☐ Sim ☐ Não

Goteira: ☐ Sim ☐ Não Membro: _____

Força motora: Conservada ☐ Sim ☐ Não Local: _____

5.8 Necessidades Psicossociais:

Atitudes: ☐ Cooperativo ☐ Não Cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro
☐ Calmo ☐ Ansioso

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 MAR 2019

5.9 Curativo

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

Aspecto de curativo: ☐ Limpo ☐ Local: _____

Aspecto exudato: ☐ Seroso ☐ Puro ☐ Sanguinolento

☐ Serosanguinolento ☐ Piosanguinolento

Estado Geral: ☐ Grave ☐ Regular ☐ Bom

HUMANIZASUS

EMERGÊNCIA

AMARELO URGENTE

ATENDIMENTO IMEDIATO

ATENDIMENTO RÁPIDO

Horário de Atendimento: 06 : 55 hs.

Enfermeiro / COREN

6.0 Atendimento Médico

Horário de Atendimento: _____ : _____ hs.

6.1 Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

CELESTA ÚLTIMA DE ATENDIMENTO
MUNDO POR MUNDO. DA ENTÃO
TRABALHO DA AMBULÂNCIA, DO
DOL INTERIORE EM MEMBROS

6.2 Diagnóstico Inicial: INTERIORE APÓS

FRATURA EXPOSTA DE MÃO
INTERIORE DE MÃO E DO
DEFORMIDADE E IMAGENS DE

6.3 Conduta: MOVIMENTO EM MÃO

FEMORAL (E). SEM TCE.

NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA

RES. ADD EVANTICO, COMADO
HIDRATADO, HIPOTENSO.

PA. ALV. SP. ECG 15.

DA 100/60 ML 89 ML.

SATOL 98%.

HD. FRATURA EXPOSTA TÓRAX

FRATURA FEMORAL E

FEMUR (E)?

ADM. — 5359310.

continua!

CD. ① ST 919: — 10004 ②

② TRANS/10004 + 10004 ST 919 ③

③ IMPEDIR + MOBILIZAR NIP,
MOBILIZAR NIE.

④ ST 919 10004

Dr. Diego Alves Leite
Médico
CRM-PE 25541

⑤ 10004 10004 ST 919 ⑥
07:45

Dr. Diego Alves Leite
CRM-PE 25541

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02125

CONTA: 000000004227-4

Nr. da Autenticação B984210E2C458E36

