



Número: **0001988-24.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ (REPRESENTANTE)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanne Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62512 239	26/05/2020 14:26	2721966_CONTESTACAO_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 25ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00019882420208172001

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **09/02/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 16/03/2019.

Cumprir esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

¹ [1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

² [1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

³ "APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório." (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **09/02/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais).**

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.050,00 (QUATRO MIL E CINQUENTA REAIS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”



Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

⁷ art. 1º. (...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 18 de maio de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ**, em curso perante a **25ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00019882420208172001.

Rio de Janeiro, 18 de maio de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0001988-24.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

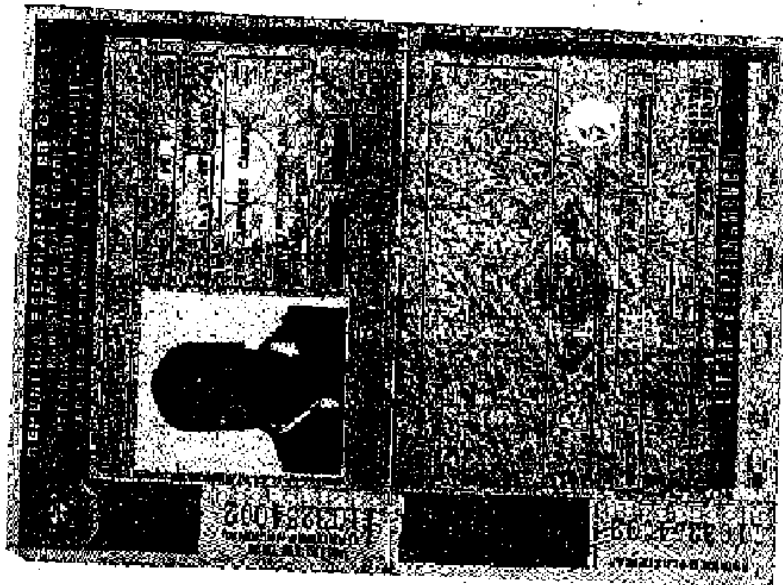
Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ (REPRESENTANTE)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO) sharon Stéphanie Lins Barros (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62512 242	26/05/2020 14:26	ANEXO 1	Outros (Documento)

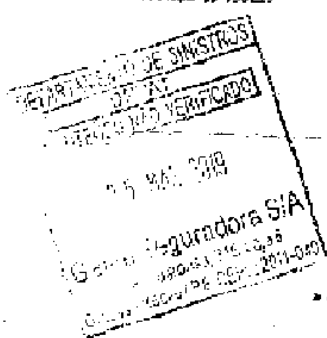


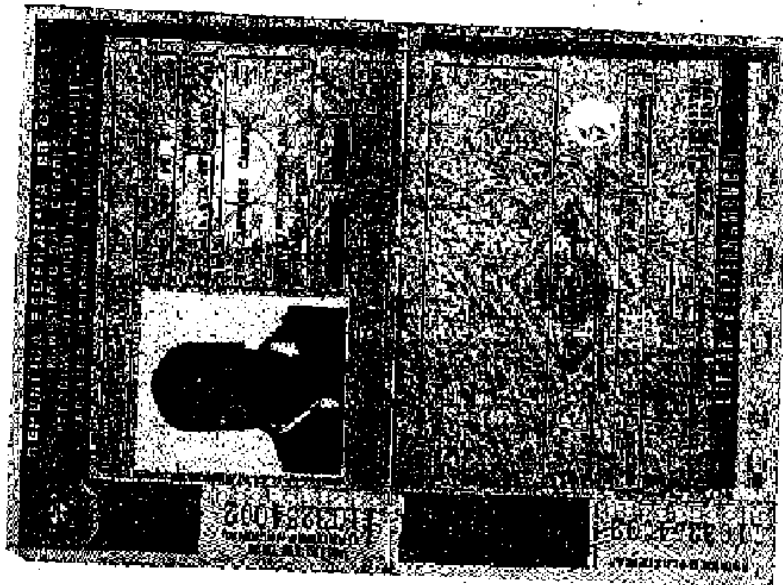
CTC RECIFE PE PL1

THIAGO ANTUNES CAMPELO
R OSCAR BRANDAO, 74 CASA
TORROES
50640-470 RECIFE PE



Gerado: 20/05/2020
Folha: 002/001
Versão: 1000/3
QR Code
Folha: 002/001
CP





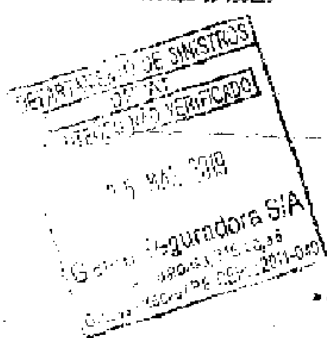
CTC RECIFE PE PL1

THIAGO ANTUNES CAMPELO
R OSCAR BRANDAO, 74 CASA
TORROES
50640-470 RECIFE PE



7215276716 10462 0000030656 30 050219

Gerado: 05/05/2018
Folha: 002/001
Versão: 1008/3
QR-Code
Folha: 001
CF





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 telefones abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1595 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-9135

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/BIA/BIOTEC/WEB/DOC/ORIGINAL.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 devem guardar a DISPONIBILIDADE 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, controlado, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao CACAP.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PESSOAL, ANUÍTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CCAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS ATIVIDADES SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 638/08.

Pelo exposto, eu

inscrito(a) no CPF/CNPJ 033456674-188 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ inscrito(a) no CPF sob o Nº 170490674-15

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDIDADE da Vítima JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

inscrito(a) no CPF sob o Nº 170490674-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recusa informar

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

Endereço:

Rua Evair Brandão

Bairro:

Paraisópolis

Cidade:

Recife

E-mail:

JACASESSORIA@GMAIL.COM

Número:

74

Estado:

PE

Complemento:

CASA

CPF:

50640-470

Tel.(DDD):

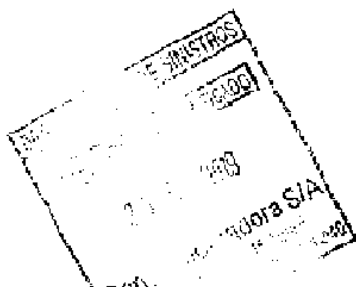
8199289-2507

Local e Data: Recife 20.05.2020

Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

Assinatura do Declarante

ULCRL001 7001/20/L





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 telefones abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1595 / 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/BIA/BIOTEC/WEB/DOC/ORIGINAL.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 devem guardar a DISPONIBILIDADE do 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, controlado, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao CACAP.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PESSOAL, ANUÍTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSGURADO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - CCAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS ATIVIDADES SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.387/08.

Pelo exposto, eu

inscrito(a) no CPF/CNPJ 033456674-188 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ inscrito(a) no CPF sob o Nº 170490674-15

do sinistro do DPVAT cobertura INVALIDIDADE da Vítima JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

inscrito(a) no CPF sob o Nº 170490674-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recusa informar

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

Endereço:

Rua Evair Brandão

Bairro:

Paraisópolis

Cidade:

Recife

E-mail:

JACASESSORIA@GMAIL.COM

Número:

74

Estado:

PE

Complemento:

CASA

CPF:

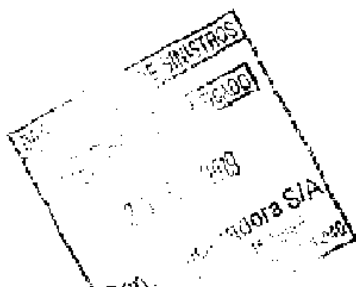
50640-470

Tel.(DDD):

8199289-2507

Local e Data: Recife 20.05.2020

Assinatura do Declarante



ULTRADOT 7001/20/L

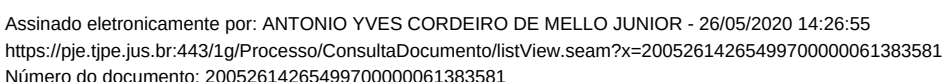


2210

W.P.

0-975

100



RA: 86189621 - JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ - 60 anos 11 meses 17 dias Sexo: M.
Dr. (a): 17726 - JACIEL SOARES
Unidade: HOP-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 00005 - Internados Prontuário: 102359 Cod.SUS: Local de Entrega:
CV-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: PIRA O ALCOOL COEFICIENTE

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

GLICEMIA

Resultado
102 mg/dL

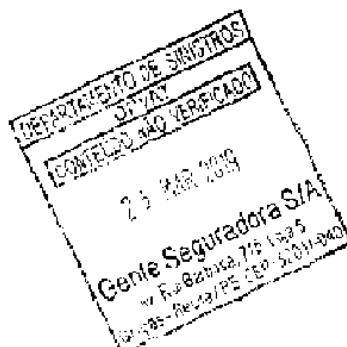
Valor de Referência:
70 a 99 mg/dL

Material: SORO - PLASMA

Método: HEXOQUINASE - G-6-PDH

DR. CLARISSA HUMBERTO CARVALHO
BIOQUÍMICA
CRM: 4300

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



Exames Assinados Eletronicamente

"Hólder Oficial de Brasília"

"Assinatura Não Colorada por o Lixado de..."

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

Assinatura participante do programa PELA da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Prof. Dr. João Távora de Moura, 57, Peixoto 50230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO AURELIO LAMPERT 5326

Data da Impressão: 18/07/2018 09:11:07, Página: 1/2



RA: 86189621 - JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ 60 anos 11 meses 17 dias Sexo: M
Dr(a): 17726 - JACHEL SIARES
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - Posto: 000005 - Internados Pronto-Socorro 15/02/2018 08:55:17
CM-CLINICA MEDICA
Coleta: 15/02/2018 08:55:00

Data de Nascimento: 02/03/1957

HEMOGRAMA

Resultado Atual		Resultados Anteriores		Valor de Referência	
		Tendência Evolutiva		Homens	Mulheres
ERITROGRAMA					
Hemácias	3,77 $\times 10^{12}/L$	---	---	4,4 - 5,0	4,0 - 5,4 $\times 10^{12}/L$
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	83 - 100 fL
HCM	33,7 pg	---	---	27 - 32	27 - 32 pg
CHCM	34,3 g/dL	---	---	32 - 36	32 - 37 g/dL
RDW	18,0 %	---	---	11,6 - 14,8	11,6 - 13,8 %
DISCRETA MACROCITOSE : DISCRETA ANISOCITOSE ;					
LEUCOGRAMA					
Leucócitos	100 % 12200 μ/L	---	---	4000 - 11000 μ/L	3500 - 11000 μ/L
Neutrófilos	54,1 % 6600 μ/L	---	---	50 - 70 %	50 - 70 %
Eosinófilos	12,3 % 1501 μ/L	---	---	1 - 6 %	1 - 6 %
Basófilos	2,4 % 293 μ/L	---	---	0 - 2 %	0 - 2 %
Linfócitos	18,9 % 2306 μ/L	---	---	20 - 40 %	20 - 40 %
Monócitos	12,3 % 1501 μ/L	---	---	2 - 12 %	2 - 12 %
Plaquetas	153.000 μ/L	---	---	150.000 - 450.000 μ/L	150.000 - 450.000 μ/L

Nota: Baseado na orientação da International Society for Laboratory Hematology, na qual deve haver uma padronização para liberações de exames de hemograma, incluindo o critério da leucocitose e de acordo com o Colégio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastantes estão presentes em até 5 a 10% das hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Cerpe/Imip do grupo IAS/A que a alteração de bastantes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Método: 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%

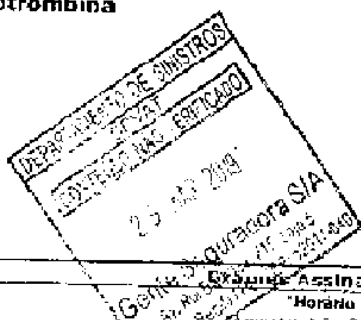
INR: Até 1,2

Método: PLASMA

Método: AUTOMAÇÃO - COAGULOMÉTRICO

DR. CLARISSA MOREIRA CARVALHO
BIOQUÍMICA
CRM: 1900

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



Assinadas Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

Atenção: Não Colar na pele do Laboratório

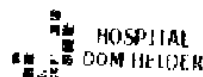
"Os resultados eletrônicos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

Laboratório em frente ao Prédio da Prefeitura de Cabo de Santo Agostinho - PE, na Unidade Brasileira de Patologia Clínica.

Av. Dr. João Cavalcante de Moura, 57 - Pólo 005 53210-200 Dindaíba - PE - Responsável Técnico: DR. JOÃO ALMEIDA CRM/PE: 5311

Data da Impressão: 15/02/2018 08:31:07 Página: 2/2





**HOSPITAL METROPOLITANO SUL – DOM HÉLDER CÂMARA
SERVIÇO SOCIAL.**

Cabo de Santo Agostinho, 10 de Fevereiro de 2018

DO: Serviço Social

AO: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

Encaminhamento

Prezados (as),

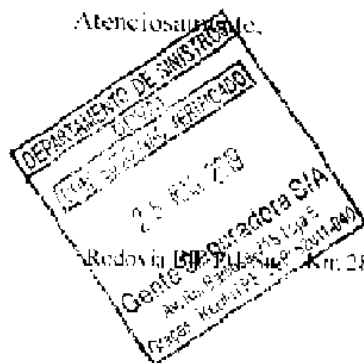
Venho por meio de este encaminhar caso do usuário **José Nivaldo da Cruz, 60anos**, registro hospitalar 102359, o qual deu entrada neste hospital sobre demanda de ortopedia

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 socioassistencial. 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**

CRASS-PE 7670
HBM-Hospital Dom Helder Câmara
Thallita Gondim Gondim
Assistente Social

Cabo de Santo Agostinho - PE CEP: 54.310-000 Fone: 81 3183-0080



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 94 8572

Nome: Jose Nivaldo Real da Cruz

Foi atendido as 14:23, -s. do dia 20/03/18

Diagnóstico Provável: Paciente vitima de aci-
dente motoriciclistico do tipo Sessão,
Causando el trauma de angulo
mandibular @ el corpo mandibular
①

Recomendação de 30 dias de repouso
domiciliar

Tratamento Realizado: Cirurgia realizada dia
02/04/18 por Dra. Filomena, Dra. Taina,
Dra. Kelyne e Dra. Rosa para alinhar e man-
duar @ el instalação de 2 placas 20mm
em angulo e corpo mandibular @ -> alinha-
mento mandibular @ el instalação
de 2 placas 20mm em corpo mandibular.
Observação: ①

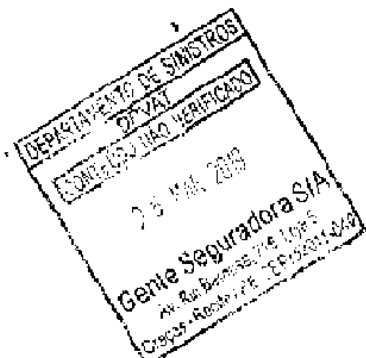
Retornar ao ambulatório para 15 dias
39 para as 14:23 para alta hospitalar

Cópia de: Alta DNE 02/04/18

Dra. Filomena
Médico CRM nº 10000

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Contribuinte do
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/0002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



IMIP
INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA

Atestado Médico

Paciente: **JOSE 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.

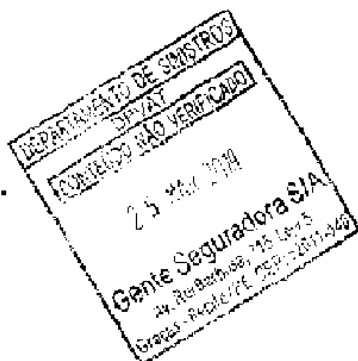
Dr. Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM 10.154

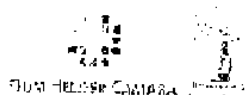
A Resolução nº 658/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 1º, estabelece:

"O profissional responsável pelo atendimento médico deve ser devidamente habilitado para exercer a medicina, sendo de sua função, além da prestação de serviços, a orientação e o acompanhamento do paciente."

Portanto, em caso de ausência do médico, o(a) paciente deve ser atendido(a) por outro profissional habilitado para exercer a medicina, sendo de sua função, além da prestação de serviços, a orientação e o acompanhamento do paciente."

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico de 215-10 no atestado médico, sendo pelas razões supracitadas.





Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO



IMIP

Resumo de Alta Hospitalar

4-3

PACIENTE: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

REGISTRO: 102359

IDADE: 54

DATA EMISSÃO:

09/02/2018

DATA ALTA: 21/02/2018

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA TRANSTROCANTÉRICA FEMUR ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DISTAL D'REITA

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM PEN + FIXADOR EXTERNO COM FIO DE KIRSCHNER

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Orientações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO

2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO QUADRIL E TORNOMELO

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) Data da Consulta 08/03/2018

Não ()

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
Rocovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/05/2020 14:26:55



(81) 3183 0142

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.





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.....: 1628892 Same.....: 880904
Nome.....: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) 88285224 / Celular: () Nasc.....: 02/03/1957
Endereço.....: RUA AMSTERDAM, 505 - IMBUIRIBEIRA - RECIFE - PE - Cep: 51190190
Cidade.....: RECIFE

Agendado por: RANIELLERASN

Alta DMF
(retornar se quiser)





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.

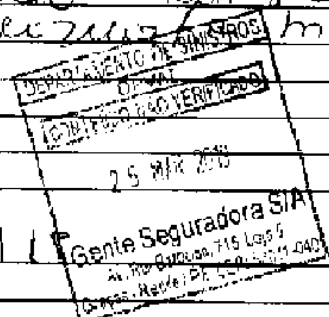
Diagnóstico provável: Artrose crônica da coluna cervical
na região C5/C6

(cerca de 10 anos)

Tratamento realizado: Chineto + Redução crônica
da pressão arterial + fisioterapia
local e manual

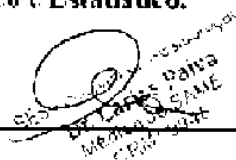
TAC a per.

Obs. alta em 04/04/19



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.



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: 31815451/31815372





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: Artrose com Hérnia de Disco
na 5ª vértebra

(cicatrizes anteriores)

Tratamento realizado: Chinup + Redução cirúrgica
da hérnia discal + fisioterapia m-
do local de lesão cirúrgica

TAC de pes

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.

[Assinatura]
DE Cópia Omitida
Médico P. SAME
CPM 10/18

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL
Av. Ailton Gonçalves, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
CONTROLE DE QUALIDADE
25 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
R. do Saneamento, 115 - 1º andar
Recife - PE - 51020-000



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 439201

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

Jsuário do Atendimento: JACIELLEIDEBOS

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 ANTONIO CARDOSO DA FONTE 63

IMBIRIBEIRA

Cidade: RECIFE

PE

CEP: 51170620

Fone: 86222163

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: JACIEL 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:

Diagnóstico:

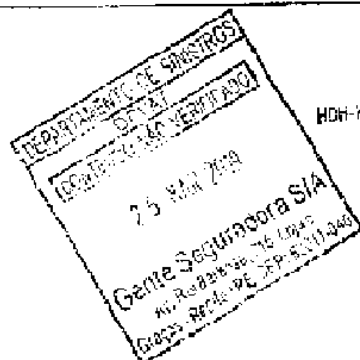
Procedimento:

Alta em:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:



HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Moana Sany
SAM - Atendimento

HCH - Hospital Dom Helder Câmara
Solange Lyra
Faturamento / SAE
12 JUN 2018

15.06.18





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 439190

Senha da Classificação:

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

Paciente: 102359 JOSÉ 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: JACEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA ANTONIO CARDOSO DA

68

Bairro: IMBIRIBEIRA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: JOCILENEOMI

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86222163

Artão SUS: 898002952186334

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

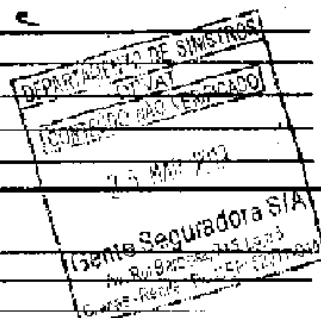
Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Doença crônica da Colômbia
com sintomas de dor

Exame Físico

Doença crônica da Colômbia
com sintomas de dor
com sintomas de dor
com sintomas de dor



Hipótese Diagnóstica

RT

Conduta Terapêutica

A antipirético

Prescrição Médica

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Jose Rualdo da S. Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: Alvar Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Perda de visão por
agudamento da miopia com
uma semana.

História da Doença Atual:

Perda de visão por agudamento
de uma miopia com uma semana
de duração. A miopia é uma doença
de refração. A miopia é uma
doença de refração. A miopia
é uma doença de refração.

① 662 / 1000 / 100

② 1000 / 100

③ 1000 / 100

PD 4mm
Tubo D.

Interrogatório Sintomático:

DEPARTAMENTO DE SUÍSTOS
DPAV
COMISSÃO DE ENFERMAGEM
11 MAR 2019
Gente: Paulo Roberto SIA
A. Paulo Roberto SIA
Grat. Paulo Roberto SIA

Dr. Paulo Roberto SIA
Dr. Paulo Roberto SIA
Cm. Paulo Roberto SIA

Unidade da Cirurgia: 36534
Paciente: 102359
Convênio Atend.: 1
Leito: 647
Dt. Início:

Sala: 0003 SALA 03

JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
SUS - INTERNACAO
BL-3 B
Dt. Fim: 05/06/2018 18:58

Atendimento: 439201
Carteira:
Idade: 51 Anos

1 Pré-Operatório: S822
1 Pós-Operatório:

FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO
ANESTESISTA

14861 REINALDO MENDES DE CARVALHO
5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: 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 CIRÚRGICA A NÍVEL 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 DIÁFISE DISTAL DE TIBIA, SEM SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR. REINALDO MENDES DE CARVALHO
CRM: 14861

Solange Lyra
Faturamento / SAMS
Em: 12 JUN 2018



JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

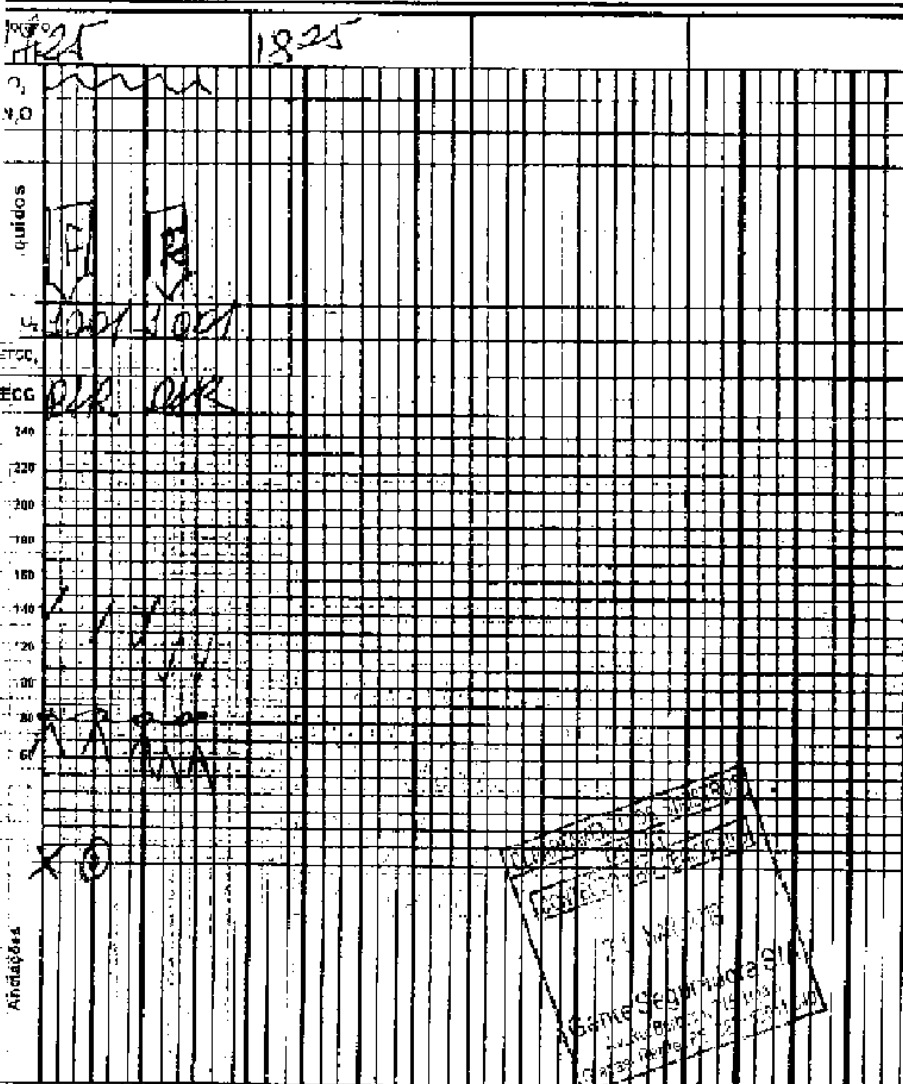
Nome do Anestesiista
G. R. A. A. G. O. U. T. P.

Nome do Cirurgião REGINA DO

Medicção Piezométrica

Urgência ☐ NÃO ☐ SIM

nat. perigo de fratura ^{exposta} da tíbia.



i. Div-09:9 | Issues

Language

бури аспирин	15 мг
димид	80 мг
сезаполи	2 пс
дидамитона	8 мг
депиона	2 пс
сето профен	300 мг

Técnica Anestésica

Pogonocherus
Purpurus nuchus
na nucha em
 1349 ap 25.
 100 claw
Purpureus sentus

Monitoring and

- | | |
|--|---|
| ☒ Cardiotópico | ☐ Alô |
| ☒ Oxímetro | ☐ Temperatura |
| ☒ PHL | ☐ Swan-Ganz |
| ☐ Sonoda Ventral | ☐ Analizador Gases |
| ☐ Capnógrafo | ☐ PICO |
| ☐ Estet. Pré-Cardial | ☐ Estimulador de nervo |
| ☐ Oxição | ☐ Linha Arterial |
| | ☐ sistema IBE Plus |

Encaminhado:

- ☒ Acordado
☐ Sondeo
☐ Intelecto
- Destino**
- ☒ SRA
☒ Aparte/End
☐ UTI
☐ Externa

Intercomrência

☒ ASO ☐ SIN

Dear Sir,

Observances

Observações: Paciente a jejum alcoolizado

~~Dr. Juan Carlos~~
~~Medicólogo~~

Assessment of Anger



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Joaquim Almeida dos Santos			DATA:	15-6-18		
CIRURGIÃO:	Dr. Almeida			RG:	102359		
ANESTESISTA:	Dr. Almeida			AUXILIAR:			
CIRURGIÃO:	Dr. Almeida			ANESTESIA:	Ruína + Sclerose		
ESTRUMENTADOR:	Almeida			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Almeida		
CIRCULANTE:	Almeida			COREN:			
ENFERMEIRA:	Almeida			HORÁRIO INICIAL:	14:30		
				HORÁRIO FINAL:			

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGIA	STIMUPLEX	RAQUIL25	RAQUIL27
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
RAQUIOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 46
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 16
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	MANQUE	DISCO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LÂMINAS			
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	30ML CATETER	
AVENCIAL CIRUR			
BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAFA P/VIDEO	
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4V AS
ELETRODOS	FILTRO UNIDIF	GAZES	GELFOAM
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSÓFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 16	SUGCAO 3,2	SUGCAO 4,8	SUGCAO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 12	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 6-6	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	VALVE KIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGICEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 5

CÓD. 38407



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: João Marcelo de Azevedo Data: 6-6-18 Hora: 17:20 Registro: 102359
Convênio: SUS Idade: ... Sexo: ... Altura: ...

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Ricardo Anestesista: Dr. João
Auxiliar: ... 2º Auxiliar: ... Instrumentador: ...

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: HT - Ring - fratura exposta tub. Início: 17:50 Término: 18:20
Anestesia: Periférica e Sedação Início: 17:45 Término: 17:55

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave
Nível de Consciência: ☒ Orientado ☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Coma
Respiração: ☒ Espontânea ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado
Tolerância: ☐ Sim ☒ Não
Chegou no CC em uso de: NaCl

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Frontal ☐ Lateral ☐ Dorsal ☒ Ventral ☐ Glucocorticóide ☐
Banco de Sangue: ☐ Laboratório: ☐ Radiologia: ☐ Peça Cirúrgica: Sim ☐

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso ☒ Monitor Cardíaco ☒ PNI ☒ Bomba CEC ☐ Aspirador ☐
Colchão Térmico ☐ Eletrocardiograma ☐ Antioscópio ☐ Microscópio ☐ Capnógrafo ☐
Distal Elétrico ☐ Local da Peça ☐ Intensificador ☐
Cabo de Anestesia ☒ Difusor ☐ N° ☐
Ap. Vídeo ☐ Bomba de Infusão ☐
Oxigênio ☒ Início ☐ Término ☐
Problema ☐ Início ☐ Término ☐
Gás Carbônico ☐ Início ☐ Término ☐
Outros: ...

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Câmbula Orotraqueal: Sim ☐ Não ☒ Puncão Venoso: 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 bem vindo ao pré op
Atenção: não fumar

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado ☒ Narcoso ☐ Entubado ☐ Traqueostomizado ☐
Encomendado para: SRPA ☒ S. INTERNA ☐ LICOR ☐ UTI ☐ Apr ☐ Residência ☐

Data: 6-6-18 Hora: 18:20 Enfermeira: Rafaela Circulante: ...

517072

COD. 38007





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. identificação

Leito da SRPA

02

Nome: José Miguel de Jesus data: 05/06/17 Hora: 18:55 Registro: 102359
leito de origem: 407-04

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fixação de fratura exposta da tíbia D
Tipo de anestesia: Raqui + Sedação
Equipe: Dr. Raimundo Anestesiista: Dr. Grace

3. Admissão

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

4. Monitorização

SSVVI/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	130/80	130/85	130/85	130/85	130/85	130/85
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 Hora: 21h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Raimundo





Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
HMP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0001-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
HMP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-64

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FLNO, MARTINIANO FERNANDES

Registro: 102359

Atendimento: 439201

Qt. Cad: 09/02/2018

Nome: JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ

Qt. Nasc: 02/03/1987

Mãe: TEREZA BARBOSA DA CRUZ

Bairro: ILIBIRIBERA

End: RUA ANTONIO CARDOSO DA FONTE

Cidade: RECIFE

Enferm: LEITO 01

Leito: 218

CNS: 883002952186334

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

☒ Confirmação sobre o paciente

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado
- Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica

☒ Checagem do equipamento anestésico

☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

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

☒ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim _____

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

☐ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões:

☐ O cirurgião, o anestesiologista e a enfermagem verbalmente confirmam

- Identificação do paciente
- Local da cirurgia a ser feita
- Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

☐ Sim

☐ Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? **NAO**

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? **± JA, NAO**

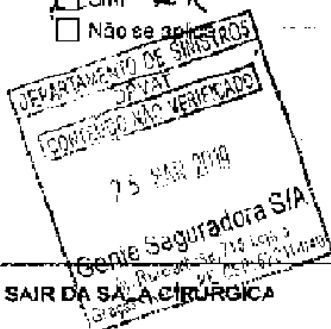
Exames de imagem estão disponíveis?

☒ Sim **Rx**

☐ Não se aplica

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

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



ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

☐ Nome do procedimento realizado

☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **Sim**

☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente **DIA**

☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido **NAO**

☐ O cirurgião, o anestesiologista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente **Sim**

Rafael Henrique
Enfermeira
CORELPE 345.137



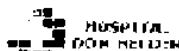
EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Evolução Clínica
6/6/18	Histórico Paciente em uso de fralda eufra grupo de trabalho de parte heles Assistente social aguarda xuxo de ATG Dra. Mariana S. de Almeida Araújo Médica CPMPE 20-73. LRP 1513287
	ALIMENTAÇÃO NUTRICIONAL 20/06/18 Hora 15:30 Paciente fraco, não responde Bom nível de consciência Para apurar na comunicação da dada a situação do paciente, que apresenta dificuldades para manipular alimentos muito sólidos. Deixa a boca aberta. Segue sem observação.
8/6/18	Histórico Paciente recebe ALB oral apresenta fralda e xuxo dele segue ALB oral Dra. Mariana S. de Almeida Araújo Médica CPMPE 20-73. LRP 1513287





TRIAGEM DE RISCO NUTRICIONAL – NRS 2002

Data: 06 / 06 / 18

Paciente: Jon' Nivaldo Azevedo da Silva

Registro: 12334

Peso Atual: _____

Peso Habitual: _____

Altura: 1,35

Idade: 61

Leito: 4074

Parte 1 – Triagem Inicial

Op = 81

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

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

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

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

Parte 2 – Triagem do Risco Nutricional

Estado Nutricional		Gravidade da doença (Efeito do estresse metabólico no aumento das necessidades nutricionais)	
Ausente (Pontuação 0)	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: Círese, 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 25-50% 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 Seleccionado

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

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

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

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

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

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

(Assinatura)
Nutricionista

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

*Kondrup J, Allison SP, Eix M, Volz B, Plauth M. Educational and Clinical Practice Committee, European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2006. Clin Nutr 2005;22(4):415-21. *European Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Questionário traduzido e utilizado pela nutricionista Mariana Reslan.



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 433486

Data e Hora do Atendimento: 03/05/2018 16:59

Usuário do Atendimento: JULIANAMC

Convênio: SUS INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE RIVALDO LEAL DA CRUZ

Prontuário: 102355

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:

CPE:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 888002952186334

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA BARAO DE SUASSUNA

CENTRO

Cidade: ESCADA

PE

CEP: 55500970

Fone: 96222183

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: DEMANDA ESPONTANEA

Médico: UAGIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17725

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

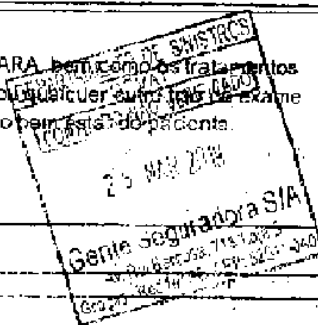
Leito: LEITO 03

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 quaisquer outros) e exames médicos laboratoriais 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:



SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico:

Procedimento:

Alta em:

03

18

Hora:

10:00

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Dr. Bruno Dutra
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17725

23/05/18

HCS - Hospital Dom Helder Câmara
Jefferson Mello
FARMACIA NAME
23/05/2018





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 437430

Senha da Classificação:

Data e Hora: 20/05/2020 15:12

Paciente: JOSE RINALDO DA SILVA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 01/01/1957 Idade: 63 anos Convênio: 2 SUS/SIA AMBULATÓRIO

Nome da Mãe: LORREIA FERREIRA DA SILVA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: NACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 1/726

Endereço: RUA GARAO DE SUAESUNA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA PE

Usuário Atendimento: LAZARONI

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 05222100

Cartão SUS: 258002050130334

Data de Emissão CRM:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dores no tornozelo com prurido de
dores em região maldita medial
na base do fêmur lateral
apresenta coarctação da aorta

Exame Físico

1) ECG AAD LOTE
2) Glucose AS
3) pressão 110/70

Hipótese Diagnóstica

Infarto

Conduta Terapêutica

Infarto

Prescrição Médica

Dr. Bruno Daltro
Medicina Interna
CRM 1/2002

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

Assinatura do Paciente

Carimbo Médico



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE HAIP

Data e hora realização da avaliação: 03/05/2018 15:10

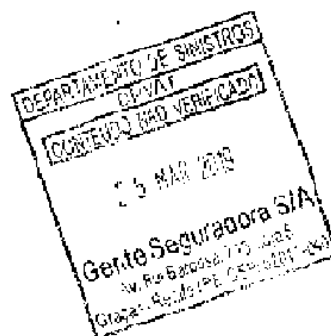


Nome Paciente: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Cód. Paciente: 102084
Data de Nascimento: 02/03/1957
Sexo: Masculino
Idade: 61
Senha: 0034
Convênio: 2 - SUS/SIA AMBULURG
Atendimento: 433482
CAME: 102084

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

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

Prioridade: **ALTO RISCO - VERDE**
Cor: **VERDE**
Queixa Principal: **ROT VEIO POR DEMANDA ESPONTANEA, COM QUEIXA DE DOR EM MID, APOS TRAUMA HA + QU - 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) HA MAIS DE 6 H**
Especialidade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**
Sinais Vitais Lidos: **- PAD: 55.00 MMHG
- PAS: 114.00 MMHG
- SAT02: 99.00 %**



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

Data Impressão: 03/05/2018 15:22

Sistema de Auxílio Clínico com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação:

Nome: Francisco Augusto Leal Jr. Registro: _____ Nº Atendimento: _____
Idade: 60 Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: Cardiologia Enfermarias: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Dor @ Exema @ Exema pruriginoso

História da Doença Atual:

Ref. com dor desde com prurido
no dorso @ Exema com lesões papulosas
onde formam um laço e do dorso
Exema, também apresentando secura.

① 300 TAB / 1000 mg

② Glaxo 15

③ Humectol 10

Interrogatório Sintomatológico

④ Chama / 10
⑤ Indolência

[Assinatura]





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

HOSPITAL DOM HELDER CÂMERA

ADMISSÃO

DATA: 05/05/2020 HORA: 13:00



HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOÃO CORDEIRO Registro: 102359 Clínica: Uro
 Enfermária: 025 Leito: 03 Diagnóstico: 12-20-2020 023301-2020-05

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Reposição urinária e fezes.

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergia Quím. () Tabagismo () Epilepsia () Cardiopatia () Diabetes () HAO
 () Epilepsia () Hipertensão () Câncer () Doenças pulmonares () Cirurgias Anteriores Quais:

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

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

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normotérmica () Hipotérmica () Acianótica () Cianótica () Anictérica () Ictérica () Pele Fria () Pele Úmida () Reações Alérgicas
 () EDEMAS () Furo () Pálida () INMISS () INMIL () Anasarca
 () LESÃO POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

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

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Não cooperativo () Choro () Irrado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

() Aférril () FEBRE: ARDENTE () FC: 88 () PRN: Set 02 () Espneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
 MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos () COSADVENTÍCIOS: () Sinos () Sibilos () Crepantes FC: 88 bpm
 PA: 120/80 mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local:
 () Central Local:

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () SNE () SNE () GTT ABSORÇÃO: () Flácida () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
 () Ascítico () Gravidez EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia nº evacuações: Aspecto: () Normal () Mucoso
 () Líquida () Melena () Odor fétido () Odor Característico () ÊMESE Aspecto: () Hematêmese () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presença aspecto: () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Distensão () Irrigação () Anúria
 () Disúria () Hematuria () G. gúna () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

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

HAS- Hipertensão Arterial Sistólica

MMS- Membros Superiores

MMS- Membros Inferiores

FR- Frequência Respiratória

FC- Frequência Cardíaca

VO- Via Oral

SVD- Sonda vesical de demora

SVA- Sonda vesical de fluxo

SNG- Sonda Nasogástrica

SNE- Sonda Nasoenteral

VAS- Via Aérea Superior

GTT- Gastrostomia



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

Atendimento 24h - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
 Tipo de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 04/05/2018

Horário: 14:08

Aviso de Cirurgia: 38121

Paciente: 107396

Convênio: Atend: 1

Letra: 1648

LA Inicio: 04/05/2018 12:40

d Pré-Operatório: 5022

d Pós-Operatório: 6040

Sala: 0005

SALA 05

JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

SUS - INTERNAÇÃO

RL-4 C

DL Fim: 04/05/2018 14:00

Atendimento: 433493

Carteira

Idade: 61 Anos

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

DEFETO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

Procedimento: 0416240015

DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNAÇÃO

Procedimento: 0470130102

RETIRADA DE FIO OU FIMO INTRA-ÓSSEO

Convênio: 001

SUS - INTERNAÇÃO

Procedimento: 0403060100

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Convênio: 001

SUS - INTERNAÇÃO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO

15820

BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA

ANESTESISTA

5063

GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

1º AUXILIAR

25593

VINICIUS SILVA COUTO

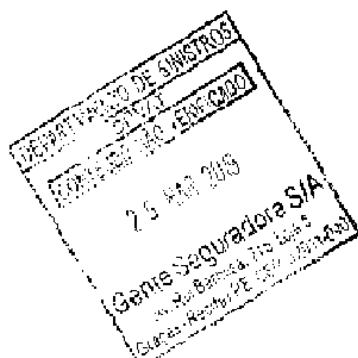
Descrição Cirúrgica:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA E ANT-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTERÉIS
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 VIOZSA E RETIRADA TECIDOS VIOZSOS. COM CRUENTIZAÇÃO DOS FRAGMENTOS, SENDO FEITA REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO
6. PEÇA COM SF
7. SUTURA POR PLANOS COM VICRYL E NYLON
8. CURATIVO
9. RX CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

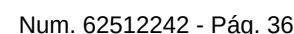
Descrição Complementar



DR(A) BRUNO HENRIQUE PIRES DE LIRA
 CRM 15820

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



COD 38605

Leito da SRPA:

10/15/2000

1. Nome do Paciente: Carla Oliveira da Tronizella
 2. Nome do Médico: Roberto de Jesus
 3. Nome do Anestesiologista: Francisco Carlos

Tachicardia: () Normo () Regular () Irregular () Grave
 Taquicardia: () Espontânea () Assintomática não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
 Sinais JVD: () SNG () SNE
 Sinais Menor Periféricos: () Não () Sim Onde: _____
 Sinais Ventos Central: () Não () Sim Onde: _____
 Sinais: () Não () Sim Onde: _____
 Sinais Azuis: PA: 130 x 90 mmHg FR: _____ /min FC: _____ p/min SaPO2: 100
 Glaucoma: _____

L. L. J. van der Wal

1570h	15	50	90	1:50 h	2:00 h	3:00 h
Pressure	14.35	15.00	15.40	16.20	17.20	
TA	130.20	117.91	110.91	120.00	130.00	
TR						
TC	90	94	96	90		
Capac	97%	100%	100%	100%	98%	
Humidity						

5. *Intermittent observations*

2. *Adaptation* – the ability to change in response to the environment.

1. **Forming a body:** PA; FC; FR; SaPO2; Glasgow

Posterior () Internar na () UCI () Emergência () Ambulatório () Residência

Horario: _____ Alcance: _____ Indicador: _____

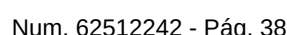
2011 - 2012 de la medicina:

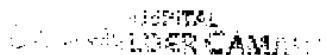
1002 38598



10259

COC. 38407





1. Ca^{2+} 和 Mg^{2+} 的沉淀

Owner: James M. M. M. M. Date: 06/05/78 Register: 11/150
 Cont: US Leno: — Hora: 01:10

2. Type analysis

Cirurgião: <u>Dr. Wilson V.</u>	12.21.2021: <u>Dr. Wilson V.</u>
Anestesiado: <u>Dr. Wilson V.</u>	Instrutor: <u>Dr. Wilson V.</u>
Circular: <u>Dr. Wilson V.</u>	

[illegible]

Faint handwritten notes and stamps are visible on the right side of the page, including a date stamp "11.05.1998" and some illegible text.



HOSPITAL DOA NELOER CARNEIRA

Av. Celso Marcolino, s/n - Jd. Neleer - Cid. Nova
 São Paulo - SP
 CEP: 09.038-744 - Fone: (11) 3091-1341

Fundação Provet - Edmundo Fernandes
 São Paulo - SP
 CEP: 09.038-744 - Fone: (11) 3091-1341

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUNÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

Responsável: ☒ ANESTESIA
 Nome: ☒ ANESTESIA
 Mês: ☒ ANESTESIA
 End: ☒ ANESTESIA
 Enfermagem: ☒ ANESTESIA

Telefone: (11) 3091-1341
 Data: 26/05/2020
 Dr. Nasci: CORDEIRO
 Bairro: CENTRO
 Cidade: SÃO PAULO
 CNES: 292002001138351

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ O profissional sobre a paciente.
- ☒ Identificação do paciente.
- ☒ Anestesia a ser feita.
- ☒ Anestesia a ser realizada.
- ☒ Anestesia informada e notificada.

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

- ☒ Anestesia de laboratório correto / ou não se aplica.
- ☒ Anestesia de equipamento anestésico.
- ☒ Anestesia de equipamento instalado e funcionando.

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

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Existe alguma alergia?

- ☒ Não
- ☐ Sim

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam a anestesia e profissões.
- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam a anestesia e profissões.
- ☒ Anestesia do paciente.
- ☒ Anestesia a ser feita.
- ☒ Anestesia a ser realizada.

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Antes de iniciar a cirurgia:

- ☒ Há risco de sangramento? Há possíveis riscos na anestesia? ☒ Não
- ☒ Há risco de sangramento? Há possíveis riscos na anestesia? ☒ Não

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

- ☒ Há risco de sangramento? Há possíveis riscos na anestesia? ☒ Não
- ☒ Há risco de sangramento? Há possíveis riscos na anestesia? ☒ Não

- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não
- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não
- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não

- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não
- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não

- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não
- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não

- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não
- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não

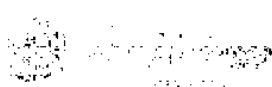
- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não
- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não

- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não
- ☒ Anestesia e enfermagem. Há alguma anestesia e enfermagem? ☒ Não

Desenho de perfil de
 Atividade de pessoas TAZA +
 Educação em família

Assinatura
 Data: 26/05/2020
 Hora: 14:26:55





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Admissão: 26/05/2020 Registro: 26/05/2020

Clínica: Enfermagem Local: 26/05/2020

Diagnóstico: 26/05/2020

Paciente com quadro de insuficiência cardíaca, com sinais de congestão pulmonar e edema de membros inferiores. Tratado com diuréticos e medicamentos para controle da pressão arterial.

Exames: ECG normal, RX de tórax com sinais de congestão pulmonar. PA = 120/70 mmHg. FC = 80 bpm.

Evolution: Paciente evoluiu com melhora dos sintomas de congestão pulmonar e edema de membros inferiores. Continua em tratamento com diuréticos e medicamentos para controle da pressão arterial.

26/05/2020

Exames: ECG normal, RX de tórax com sinais de congestão pulmonar. PA = 120/70 mmHg. FC = 80 bpm.

26/05/2020

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/05/2020 14:26:55
Número do documento: 20052614265499700000061383581

Doc. Hospitalar

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMATA

IMIP
HOSPITALAR

Endereço:

Senha da Classificação:

Data e Hora: 05/05/2020 15:53

0035

Paciente: 100756 LUIZ NIVALDO LUAL DA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data de Nascimento: 02/04/1957

Idade: 63 anos

Convênio: 2

SUS/SIA AMBUT

Nome da Mãe: TEREZA DE SOUSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: UACIO SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA BARAO DE GUASSUNA

Bairro: CENTRO

Idade/UF: ESCUSA

PR

Usuário Atendimento: INGRIDYSPL

G (Identidade):

Data de Emissão:

PF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86222168

Cartão SUS: 803403062182304

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

dores no abdômen D, há 02 dias
Parado de trabalhar há 02 dias
Sintomas

Exame Físico

Abdômen doloroso no quadrante D

Notese Diagnóstico

Doença do abdômen D

Conduta Terapêutica

Do abdômen D há 02 dias

Prescrição Médica

1. Analgésico 500mg 4x4
2. 4x4

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

ENDEREÇO: _____
LEI DO PACIENTE: _____

Carimbo/Médico



HOSPITAL DOM HELDER CAMARGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMR

Data e Hora Criada da senha: 01/03/2018 16:59

Nome Paciente:	JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Cód. Paciente:	102359
Data de Nascimento:	02/03/1957
Sexo:	Masculino
Idade:	61
Senha:	0030
Convênio:	2 - SUS/SIA AMBULURG
Atendimento:	433055
SABE:	102359

Período: 01/03/2018 16:26 - 01/05/2018 16:26

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

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cox:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE DE DEMANDA ESPONTÂNEA, JÁ REALIZADO CIRURGIA ANTERIORMENTE NO SERVIÇO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO. APRESENTA PE D COM PRESENÇA DE HIPEREMIA + DOR.

NEGA HAS OU DM OU ALERGIAS

FO: 93

PA: 120 X 80

SAD: 2/98

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTODONTIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 01/05/2018 16:26

Sistema de Acompanhamento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL METROPOLITANO COM HELDER CAMARA



Atendimento: 438540

Data e Hora: 27/04/2018 10:00

Sistema de Classificação:

0015

Paciente: 00000 JOSE N VALDO LEAL DA CRUZ

Sexo: MASCULINO

Data de Nascimento: 08/07/1957 Idade: 61 anos

Convênio: 2

SUSASIA ADIT (110)

Nome da Mãe: TEREZINHA CRUZ DA CRUZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: REINALDO MENDES OL CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: RUA BARÃO DE GLASRUHA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Local de Atendimento: MARIANO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 86222163

CNPJ (Cadastro de Pessoas Físicas):

Cartão SUS: 40800206210232

Data de Emissão CRN:

12/08/2018

RESUMO DE TRATAMENTO

Ass: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal:

dores no abdome em região de hipocôndrio direito há 02 dias.

Exame Físico:

Exame físico normal. Abdome macio, sem sinais de irritação peritoneal. Ausculta normal.

Diagnóstico:

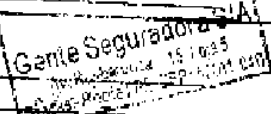
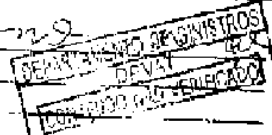
Doença do aparelho digestivo - gastrite aguda.

Conduta Terapêutica:

Tratamento sintomático com analgésico e antiácido.

Prescrição Médica:

Paracetamol 500mg - 1 comprimido a cada 6 horas, conforme necessidade.



Carimbo Médico

Dr. Antônio Carlos de Lira
Osteodonto Terapêutica
CRM-PE 1383581

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR AFORMAR

DATA DE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____



HOSPITAL DON MELDEE DAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e Hora Impressão da Ficha: 27/04/2018 19:15

Nome Completo:	JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Cod. Paciente:	12015
Data de Nascimento:	05/03/1957
Sexo:	masculino
Idade:	61
Senha:	0015
Convênio:	2 - SUS/DIA AMB/URG
Atendimento:	152540
CAME:	102359

Período: 27/04/2018 - 00:00 - 27/04/2018 19:15

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

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**

Corr: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE REALIZOU CIRURGIA DIA 06/02/18, RETORNA AO SERVIÇO COM FIXADOR EXTERNO EM MIB DIREITO, RELATA DOR EM CALCANEÓ, COM SINAIS FLOGÍSTICOS. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, EM AR AMBIENTE

Observação: NÃO HA S/D M E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Fluxograma sintoma: REVISÃO ORTOPEDIA

Ocorrências: - REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

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

Data Impressão: 27/04/2018 19:15

Sistema de Atendimento em Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
DON FELDER CAMAZA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Page 3 of 4

Register - 263 SC

Discussion

Keywords: child sexual abuse; disclosure; social support

Veronica Chapman London

Index

Date/Time: _____
 1. Family name
 2. Family name
 3. Family name
 4. Family name
 5. Family name
 6. Family name
 7. Family name
 8. Family name
 9. Family name
 10. Family name
 11. Family name
 12. Family name
 13. Family name
 14. Family name
 15. Family name
 16. Family name
 17. Family name
 18. Family name
 19. Family name
 20. Family name
 21. Family name
 22. Family name
 23. Family name
 24. Family name
 25. Family name
 26. Family name
 27. Family name
 28. Family name
 29. Family name
 30. Family name
 31. Family name
 32. Family name
 33. Family name
 34. Family name
 35. Family name
 36. Family name
 37. Family name
 38. Family name
 39. Family name
 40. Family name
 41. Family name
 42. Family name
 43. Family name
 44. Family name
 45. Family name
 46. Family name
 47. Family name
 48. Family name
 49. Family name
 50. Family name
 51. Family name
 52. Family name
 53. Family name
 54. Family name
 55. Family name
 56. Family name
 57. Family name
 58. Family name
 59. Family name
 60. Family name
 61. Family name
 62. Family name
 63. Family name
 64. Family name
 65. Family name
 66. Family name
 67. Family name
 68. Family name
 69. Family name
 70. Family name
 71. Family name
 72. Family name
 73. Family name
 74. Family name
 75. Family name
 76. Family name
 77. Family name
 78. Family name
 79. Family name
 80. Family name
 81. Family name
 82. Family name
 83. Family name
 84. Family name
 85. Family name
 86. Family name
 87. Family name
 88. Family name
 89. Family name
 90. Family name
 91. Family name
 92. Family name
 93. Family name
 94. Family name
 95. Family name
 96. Family name
 97. Family name
 98. Family name
 99. Family name
 100. Family name



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 419392

Data e Hora do Atendimento: 08/02/2018 08:05

Usuário do Atendimento: THAYANE DOS

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: 02/04/1957

Idade: 60 anos Sexo: MASculino

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Educacionalidade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 899022952186334

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA BARAO DE SUASSUNA

CENTRO

Cidade: ESCADA

PE

CEP: 55500970

Fone: 86222163

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM ESCADA

Médico: NACIEL 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, 08/02/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico: *fratura de fêmur direito e de tíbia e peroneu esquerdo*

Procedimento: *fixação com placas e parafusos*

Alta em: *3h* de *10h* de *10h* de *10h*

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Handwritten signatures and stamps



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO RISCO IMP

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 - ST. S/SIA AMBAURG
Atendimento: 419355
SAME:



Período: 09/02/2018 08:53 - 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 MÍDIA E FRATURA EM MÍDIA. ESCORIAÇÕES EM FACE E MMSS

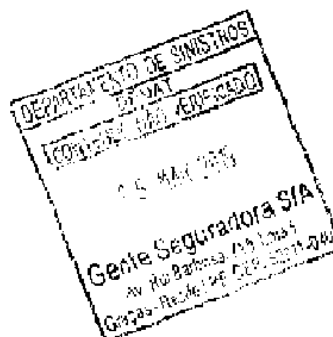
Observação: FC: 98 BPM
HAS (-)
DM (-)
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Líquidos: - PAD: 46.00 MMHG
- PAS: 135.00 MMHG



Raiana Santos
Enfermeira
COREN 435776

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

Data Impressão: 09/02/2018 09:00

o Adhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Ficha de Cirurgia Descritiva

Ass de Cirurgia: 33070 Sala: 0002 SALA 02
Paciente: 102358 JOSÉ NIVALDO LEAL DA CRUZ Atendimento: 419392
Convênio Atend: 1 SUS - INTERNAÇÃO Carteira:
Unid: 713 404 - 03 - LT TRAUMA Idade: 48 Anos
Dt. Início: 19/02/2018 11:05 Dt. Fim: 19/02/2018 11:57
Pre-Operatório:
Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408052816 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNAÇÃO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

QUIRURGIÃO 15463 CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN
ANESTESISTA 11671 DANIELLA GOMES DE MELO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
2. APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
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 DO 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. Carlos Roberto Pinheiro Riha
Cirurgião - Traumatologia
CRM 18459

Dr. Daniel Gomes de Melo
Anestesiologista
CRM 18459



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

Página: 0001

Data: 15/02/2018

Hora: 19:12

Visão de Cirurgia: 35028

Paciente: 102359

Convênio Atend: 1

Leito: 20

Dt. Início: 15/02/2018 18:50

Pré-Operatório:

Pos. Operatório:

Sala: 0002

SALA 02

JOSE NIVALDO LEA, DA CRUZ

SUS - INTERNAÇÃO

404 - 03 - LI. MEDICA

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

Atendimento: 419392

Caráter:

Idade: 60 Anos

Procedimento: 0415040035

Convênio: 001

Anestesia: 05

DEBRIDAMENTO DE ULCERA DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNAÇÃO

RAQUIANESTESIA

QUIRURGO

13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

Descrição Cirúrgica:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

HD: FERIMENTO INFECTADO EM TMZ DIREITO - FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

1. PACIENTE EM DDH EM MESA CIRÚRGICA SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA
3. APCSIAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS
4. ABERTURA DE SUTURA EM TMZ DIREITO E LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. APROXIMAÇÃO DE BORDOS DO FERIMENTO COM NYLON 2.0
6. PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSIBIA: ESQUERDA
7. CURATIVO LOCAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Homero Rodrigues Silva Neto
CRM 13526
Ortopedia - Traumatologia

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

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Ficha de Cirurgia Descritiva

so de Cirurgia: 31035 Sala: 0003 SALA 03
Paciente: 102359 JOSE N VALDO LEAL DA CRUZ Atendimento: 419392
Convênio Atend.: SJS - INTERNACAO Carcinó:
Leito: 640 LEITO 7 Idade: 40 Anos
Dt. Inicio: 09/02/2018 14:00 Dt. Fim: 09/02/2018 14:17

Pré-Operatório:

Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 04C8050E02 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SJS - INTERNACAO
Anestesia: 45 CERAT INALATORIA

Equipe Médica

CIRURGIO 10548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
ANESTESISTA 5083 GRACA MARIZA GOUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição

Descrição Cirúrgica:

HD. FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA (DIÁFISE E TERÇO DISTAL DA TIBIA)
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 SÍTIO DE LESÃO EXTENSA E COM DOMÍNIO ÓSSEO 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

Virgílio S. Couto
Médico Assistente
CRM: 10548

DR(A): MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM: 10548

Virgílio S. Couto
Médico Assistente
CRM: 10548
14 FEB 2018

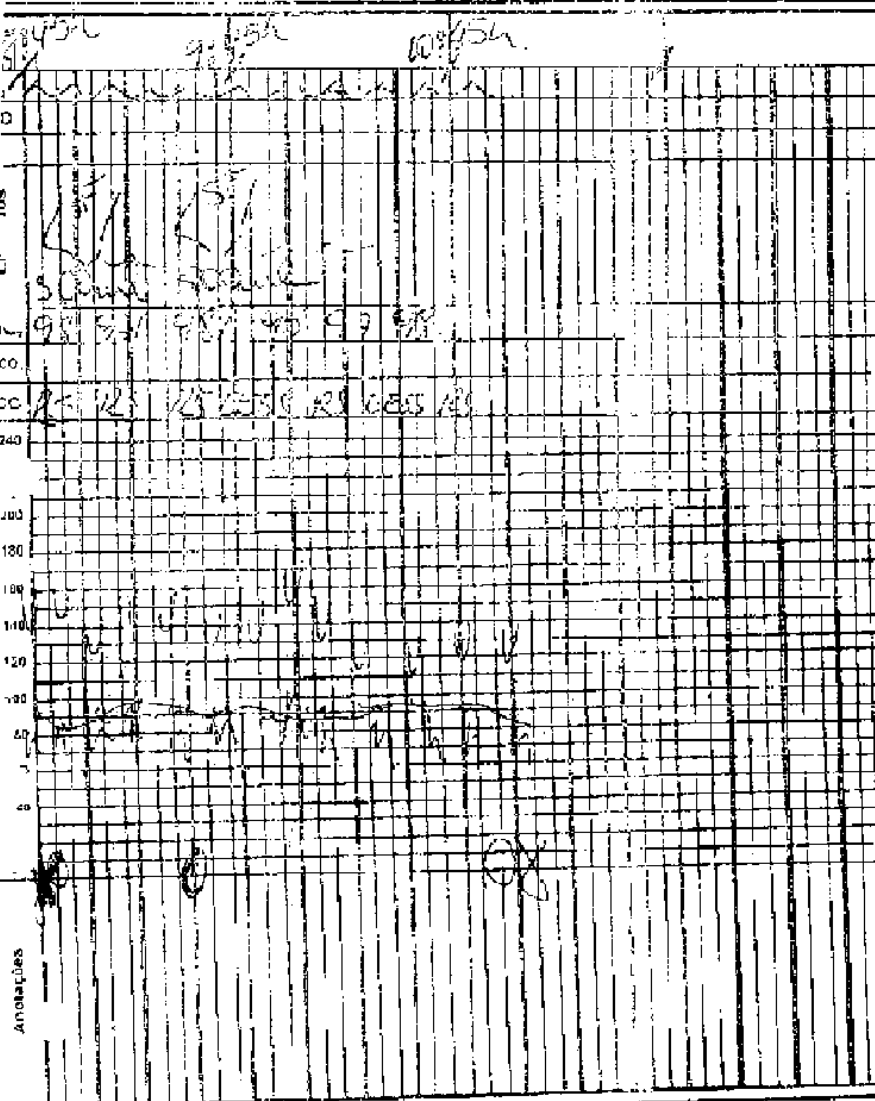


Nome: JORGE NUNES CARVALHO Reg: 102358

Nome do Cirurgião: DANIELA VELLO

Unidade: 102358

Tipo Cir: PRAT DE FEMUR ERS



Drogas usadas	Quantidade
Roam	
Naloxona	1mg
Propofol	65kg
Dantrol	10mg
Respirador	100kg
Relaxante	2g
Anticoagulante	10mg
Relaxante	100mg
Relaxante	2g
Relaxante	100kg

Observações:

Respiração espontânea

3-kg pulso

pressão arterial OK

10-15-15-15

pressão arterial

pressão arterial

- Monitorização
- ☒ Cardíaco
 - ☒ Oximétrico
 - ☒ PNI
 - ☒ Pressão Venosa Central
 - ☐ Capnografia
 - ☐ ECG
 - ☐ Cateter

- Exatidão
- ☒ Anestesia
 - ☐ Sono
 - ☐ Nível
 - ☐ Destino
 - ☐ SRPA
 - ☐ Apneia
 - ☐ UTI
 - ☐ Exatidão

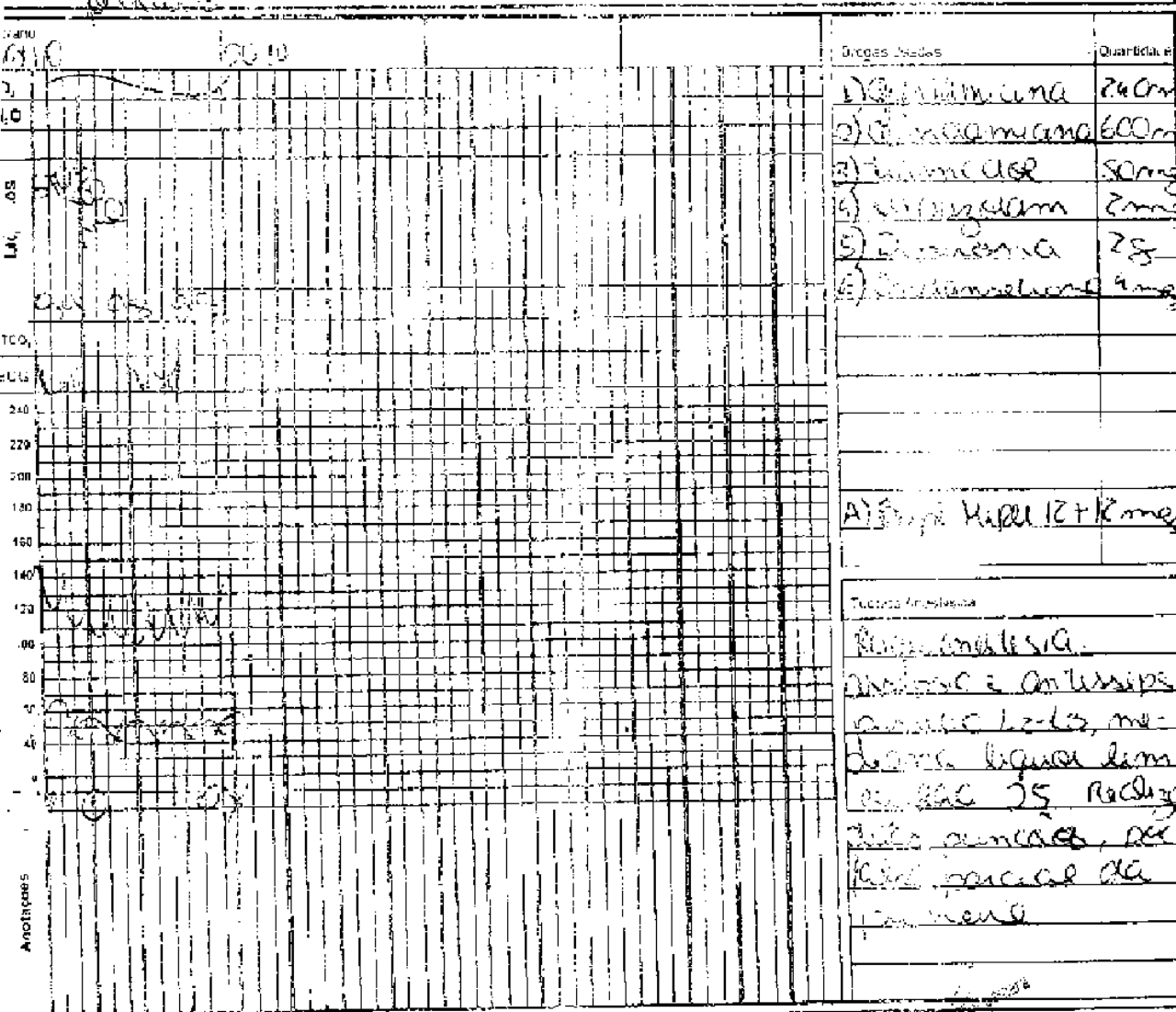
Intensidade: ☒ NÃO ☐ SIM

Assinatura:

Assinatura de Anestesiologista

Paciente: Paulo Roberto de Souza Data: 26/05/2020 Acumulação: 02
 Nome do anestesista: Dr. Paulo Roberto de Souza Nome do cirurgião: Dr. Paulo Roberto de Souza
 Tipo de cirurgia: 103333 ☒ VAC ☐ SIM

Procedimento: Ampliação de cavidade com placa 2 + placa em
Ampliação



Monitorização: ☒ B.S. ☐ Tensão Arterial ☐ Sinais vitais ☐ Anestésicos Gases ☐ PVO ☐ Estimulação elétrica ☐ Temperatura ☐ Sinais vitais

Encaminhando: ☒ Anestésico ☐ Condicionamento ☐ Intubação ☐ Destino ☒ USPA ☐ Apêndice ☐ LT ☐ Extremo

Intervenção: ☒ NAC ☐ SIM

Descrição: Ampliação de cavidade com placa 2 + placa em

Observações: Ampliação de cavidade com placa 2 + placa em

Assinatura do Anestesiologista: Dr. Paulo Roberto de Souza



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Jose Amador Data: 10/02/2020 Hora: 10h30
Cidade: Salvador Estado: BA País: BRA

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Amador Anestesiologista: Dr. Amador
Auxiliar: Dr. Amador 2º Auxiliar: Dr. Amador Instrumentador: Dr. Amador

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Gravidade: Grave Início: 10h30 Término: 12h00
Anestesia: RA Início: 10h30 Término: 12h00

4 - PRE-OPERATÓRIO:

Estado Geral: Boa ☒ Boa ☐ Boa ☐ Boa
Nível de Consciência: Boa ☒ Boa ☐ Boa ☐ Boa
Respiração: Boa ☒ Boa ☐ Boa ☐ Boa
Tubulação: Boa ☒ Boa ☐ Boa ☐ Boa
Tubo na boca: Boa ☒ Boa ☐ Boa ☐ Boa

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ☐ Lateral ☒ Dorsal ☐ Ventral ☐ Ginecológica ☐
Banco de Sangue: ☐ Laboratório ☐ Radiologia ☐ Paga Cirurgião: Sim ☐

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de pulso: ☒ Monitor Cardíaco: ☒ PNI: ☒ Bomba CEC: ☐
Cabeleira Térmica: ☐ Eletrodo Ultrassônico: ☐ Cirurgião: ☐ Microscópio: ☐
Bisturi Elétrico: ☐ Local da Piel: ☐ Aspirador: ☐
Carro de Anestesia: ☐ Difusor: ☐ Capnógrafo: ☐
Ap. Veno: ☐ Bomba de infusão: ☐
Oxigênio: ☐ Início: 10h30 Término: 12h00
Protetor: ☐ Início: 10h30 Término: 12h00
Gás Carbônico: ☐ Início: 10h30 Término: 12h00
Outros: Dr. Amador

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Câncer Gástrico: Sim ☐ Não ☐
Sonda Vesical de Deriv. Sim ☐ Não ☐
Drenagem (Tubo) Sim ☐ Não ☐
Curativo (Tubo) Sim ☐ Não ☐
Punção Venosa: Sim ☐ Não ☐
Sonda Gástrica: Sim ☐ Não ☐

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Dr. Amador CIRURGIA: Dr. Amador
Dr. Amador
Dr. Amador
Dr. Amador
Dr. Amador

6 - OBSERVAÇÕES:

Dr. Amador
Dr. Amador
Dr. Amador
Dr. Amador
Dr. Amador

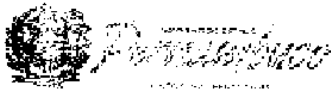
7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO:

Pacientes: Boa ☒ Boa ☐ Boa ☐ Boa ☐
Encaminhado para: Dr. Amador Dr. Amador Dr. Amador Dr. Amador Dr. Amador

Data: 10/02/2020 Hora: 10h30 Assinatura: Dr. Amador Circular: Dr. Amador

COD. 36307





GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Dr. Antônio Carlos de Mello Junior Data: 26/05/2020 Hora: 14:26 Registro: 162339
Cirurgião: Dr. Antônio Carlos de Mello Junior Anestesiologista: Dr. Roberto de Mello
1º Auxiliar: Dr. Roberto de Mello 2º Auxiliar: Dr. Roberto de Mello Instrumentador: Dr. Roberto de Mello

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Antônio Carlos de Mello Junior Anestesiologista: Dr. Roberto de Mello
1º Auxiliar: Dr. Roberto de Mello 2º Auxiliar: Dr. Roberto de Mello Instrumentador: Dr. Roberto de Mello

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Tratamento cirúrgico da hérnia de parede abdominal Início: 13:45 Término: 15:50
Anestesia: Algodão Carbônico Início: 13:45 Término: 15:50

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom () Regular () Grave
Nível de Consciência: () Orientado () Desorientado () Somnolento () Coma
Respiração: () Espontânea () Entubado () Tricotomizada
Tfocotomia: () Sim () Não
Chegou no CC em uso de: 22ml de soro fisiológico

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler () Lateral () Dorso () Vento () Cirúrgica ()
Banco de Sangue: () Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim ()

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Deletor de Pulso: () Monitor Cardíaco: () Sonda: () Bomba CEC: () Aspirador: ()
Controlador Térmico: () Sistema Ultrassom: () Microscópio: () Microscópio: () Capnógrafo: ()
Bisturi elétrico: () Local de Placa: ()
Câmara de Anestesia: () Difusor: () Ventilador: ()
Aq. Vaso: () Sonda de Infusão: ()
Drenagem: () Início: 13:45 Término: 15:50
Pneumonia: () Início: 13:45 Término: 15:50
Gás Carbônico: () Início: 13:45 Término: 15:50
Outros: Dr. Roberto de Mello

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cateter Gortaguer: Sim () Não () Função Venosa: Sim () Não ()
Sonda vesical de sonda: Sim () Não () Sonda Gortaguer: Sim () Não ()
Drenagem (Tipo Local): Sim () Não ()
Drenagem (Tipo Local): Sim () Não ()

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Dr. Roberto de Mello CIRURGIA: Dr. Antônio Carlos de Mello Junior
Dr. Roberto de Mello Dr. Antônio Carlos de Mello Junior
Dr. Roberto de Mello Dr. Antônio Carlos de Mello Junior

6 - OBSERVAÇÕES:

Dr. Roberto de Mello Dr. Antônio Carlos de Mello Junior
Dr. Roberto de Mello Dr. Antônio Carlos de Mello Junior

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Recolher: Anestesiado () Nervoso () Estabelecido () Frequente ()
Encaminhado para: SARA () S. Intensiva () UTI () Aq. () Residência ()

Data: 26/05/2020 Hora: 14:26 Enfermeiro: Dr. Roberto de Mello Cirurgião: Dr. Antônio Carlos de Mello Junior

CÓD. 38607



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome:	Paulo Roberto de A. da Cruz	Data:	5/02/19	Horas:	08:20	Registro:	102350
Comissão:	100	Valor:		Pagamento:			

2 - EQUIPMENT:

Clunghio: 8°
Auxilio: 8°
2º Auxilio:
Instrumentación:

3- LADOS DA CÍRURGIA:

Client: William Franklin Fisher Address: Novato 4 50050 Tel: 0845 Fax: 0845

4 - PRE-OPERATORIO:

Estado Geral:	☒ Bom	☐ Ruim	☐ Muito Ruim
Nível de Condição:	☐ Excelente	☒ Condicionada	☐ Precisa
Respiração:	☒ Espontânea	☐ Entubada	☐ Tracheostomizada
Triletemia:	☐ Sim	☒ Não	

Verificar no CC em uso de:

5. TRANS-OPERATING

Posição: Fowler ()	Laterais ()	Sorcel ()	Ventral ()	Quadrangula ()
Banco de Sangue ()	Laboret São ()	Radiologia ()	Paga Cirurgias Sim ()	

5.1 - EQUIPAMENTOS

Quantidade de Pulso	(50)	Monitor Cardíaco	(1)	End	(1)	Bomba CEC	Aspirador	(1)
Corrente Térmica	(1)	Estimulador	(1)	Antenógrafo	(1)	Microscópio	Cetnógrafo	(1)
Bateria Zircônio	(1)	Uso da Mão	(1)					
Carro de Análise	(1)	Capítulo	(1)	Imanômetro	(1)			
Ap. Vídeo	(1)	Bomba de Infusão	(1)					
Oxigênio	(1)	Início		Término				
Presença	(1)	Início		Término				
Gas Carbônico	(1)	Início		Término				
Outros:								

5.1 - PROCEDIMENTOS

Cálculo Orolingual:	Sim ()	Não ()		Punção Venosa:	Sim ()	Não ()	
Banda Testal de Osmora:	Sim ()	Não ()		Sens. Gástrica:	Sim ()	Não ()	
Anestesia (Tipo e Local):	Sim ()	Não ()					
Cureta (Tipo e Local):	Sim ()	Não ()					

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANEX (ESLA): *Indicaciones a seguir de*
investigación

6 - OBSERVAÇÕES:

[illegible]

7 - POS-OPERATORIO IMEDIATO

Preferência	Assentada	Marcelo	Arborede	Traqueostomizado	
Encomendado para	BRPA	S. Amélia	Lupe	U11	Apê
					Residência

Date: 19/02/18 Hrs: _____ Engineer: Toni Circumstances: Normal

COD 38-07





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

2. Identificação

Leito da SRPA: 04

Nome: Wesley data: 27/02/18 Hora: 11:00 Registro: 1022389
 Leito de origem: 404-13

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgião: Dr. F. F. F. F.
 Tipo de anestesia: RA
 Equipe: Dr. B. B. B. Anestesiologista: Dr. C. C. C.

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave
 Respiração: () Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizada
 Sonda: () SVD () JNG () SNE
 Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: _____
 Acesso Venoso Central: () Não (x) Sim Onde: _____
 Drenos: () não () sim Onde: _____
 Sinais vitais: PA: 114 x 60 mmHg FR: _____ p/min FC: 81 b/min SaO2: 95
 Glasgow: _____

DEPARTAMENTO DE SINAIS VITAIS
 DE VIGILÂNCIA
 CONTEÚDO VERIFICADO
 25 MAR 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Ruy Barbosa, 715 Lote 5
 Brasília - DF 70150-000

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	114 x 70	102 x 64	99 x 62	95 x 64	96 x 60	103 x 68
FR	-	-	-	-	-	-
FC	71	87	82	80	95	102
SaO2	90%	94%	95%	96%	95%	96%
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

700 ml Urina (11:30)

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaO2: _____ Glasgow: _____

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

Data: 27/02/18 Hora: _____ Responsável pelo encerramento: _____

Assinatura da SRPA: _____





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: Paula M. Melo data: 15/02/18 Hora: 20:00 Registro: 1021359
Leito de origem: 404-C3

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Exatomação de tumor na pele do abdômen
Tipo de anestesia: Raqui
Especialista: _____ Anestesiologista: _____

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Crave
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não-invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: ASB
Acesso venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
Drenagem: () não () Sim Onde: _____
Sinais vitais: PR: 95 x 59 mmHg FR: _____ p/min FC: _____ p/min SaO2: _____
Glasgow: _____

4. Monitorização

SS/VV	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
Horário	<u>11:15</u>	<u>11:45</u>	<u>12:15</u>	<u>12:45</u>		
PA	<u>120/60</u>	<u>103/60</u>	<u>100/60</u>			
FR						
FC	<u>80</u>	<u>70</u>	<u>70</u>			
SaO2	<u>99%</u>	<u>95%</u>	<u>95%</u>			
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 120/60 FC: 75 FR: _____ SaO2: 95% Glasgow: 15

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

Data: 15/02/18 Horário: 20:00 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Idade Utilização

Leito da SRPA:

Nome:

Leito de origem:

Data: 25/05/2020

Hora: 10:00

Registro:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia:

Tipo de anestesia:

Equipe:

Anestesiata:

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular () Temporosa (X) Grave

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

Sonda: () SVD () SNG () SNE

Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: 1, 2, 3, 4, 5

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

Drenos: (X) Não () Sim Onde:

Sinais vitais: PA: 130 x 60 mmHg FR: 20/min FC: 92/min SaO2: 93%

Glasgow:

4. Monitorização

Símbolo	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	130 x 60	130 x 60	130 x 60	130 x 60	130 x 60	130 x 60
FR	20	20	20	20	20	20
FC	92	90	90	92	93	90
SaO2	93%	93%	93%	93%	93%	93%
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

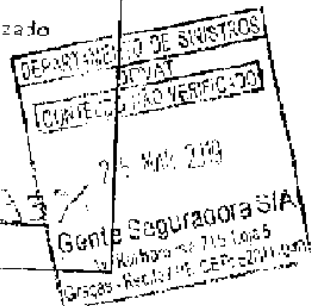
6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 130 x 60 mmHg FR: 20/min SaO2: 93% Glasgow: 15

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

Data: 25/05/2020 Horário: 10:00 Responsável pelo encaminhamento:

Alta da SRPA pelo médico:



SYNOPSIS $C_2 + 2LiA \rightarrow C + 2LiH$

PACIENTE: **1002 3559**

CIRURGIÃO: **DR. [illegible]**

ANESTESISTA: **[illegible]**

CIRURGIÃO: **[illegible]**

ESTRUMENTISTA: **[illegible]**

CIRCUITANTE: **[illegible]**

INFERMEIRA: **[illegible]**

COORDENAÇÃO DO BLOCO: **[illegible]**

PLANO CIRÚRGICO: **[illegible]**

PLANO ANESTÉSICO: **[illegible]**

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

ORTOMANUAIS			
13X4,5	25X7	25X8	25X12
RADIOLOGICA	STIMUP 25	RADIUM 25	RADIUM 27
ORTODONTIAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
RESSADA 10CM	RESSADA 15CM	RESSADA 20CM	
ORTÓFICOS			
TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 8.0	TRAQUEOST 8.5
OSTEOST 9.0			
ORTÓFICOS			
NASAL	CENTRAL 100	EMBURO 10	SUBCLAVIA 16
PENDURAL 15	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
ORTÓFICOS			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
ORTÓFICOS			
ADAPTIC	KERLIX	FURILON	TELA MARLEX
ORTÓFICOS			
BOMBA	BOMBA FORD	SSANGUE	PISORO MACRO
ORTÓFICOS			
20CM	40CM	60CM	120CM
ORTÓFICOS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
ORTÓFICOS			
LUVA 7.0	LUVA 7.5	LUVA 8.0	LUVA 8.5
ORTÓFICOS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
ORTÓFICOS			
AVENIA CIRUR 25	COLUS ORIA	COMPRESSAS	GAPA P. VILED
CON. FT. ARERTO COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS	
ELETRODO	ILUMINADIF	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	FORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 22	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

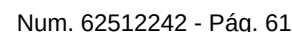
DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

ORTÓFICOS			
KHER 5	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3.7	SUCCAO 4.8	SUCCAO 6.4
BLAKER 15R	BLAKER 24R	GRAN 26	TORAX 26
TORAX 22	TORAX 30	GRAN 26	TORAX 36
ORTÓFICOS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 10	ENDOTRAC 2.0	ENDOTRAC 2.5	ENDOTRAC 3.0
ENDOTRAC 3.5	ENDOTRAC 4.0	ENDOTRAC 4.5	ENDOTRAC 5.0
ENDOTRAC 5.5	ENDOTRAC 6.0	ENDOTRAC 6.5	ENDOTRAC 7.0
ENDOTRAC 7.5	ENDOTRAC 8.0	ENDOTRAC 8.5	ENDOTRAC 9.0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 16	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
ORTÓFICOS			
ALGODAO 9	ALGODAO 7.0	ALGODAO 8.0	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 7.0	NYLON 7.5	NYLON 8.0
NYLON 5.0	NYLON 6.0	NYLON 6.5	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 PROSSO	TRACAPRESSO	VALVEKIT
SEDA 2.0	SEDA 3.0	MONOCRYL 3.0	MONOCRYL 4.0
SURGCEL 24/6	ACO 1	ACO 4	ACO 6

COJ 39400



CCD. 386C7



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

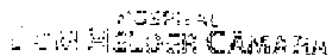
Nome: Dr. Helder Camara Data: 14/05/2020 Registro: 22359
Convênio: 343 Hora: 08:00

2. Equipe médica

Cirurgião: Dr. Helder Camara 1º auxiliar: Dr. Helder Camara
Anestesiologista: Dr. Helder Camara Instrumentador: Dr. Helder Camara
Circulante: Dr. Helder Camara

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Uterus		1. 14/05/2020 08:00
Infante		2. 14/05/2020 08:00
M. 1. 1. 1.		3. 14/05/2020 08:00
Plano de 1000		4. 14/05/2020 08:00
Atenção: 1000		5. 14/05/2020 08:00
Condição: 1000		6. 14/05/2020 08:00
Atenção: 1000		7. 14/05/2020 08:00
Condição: 1000		8. 14/05/2020 08:00
Atenção: 1000		9. 14/05/2020 08:00
Condição: 1000		10. 14/05/2020 08:00
Atenção: 1000		11. 14/05/2020 08:00
Condição: 1000		12. 14/05/2020 08:00
Atenção: 1000		13. 14/05/2020 08:00
Condição: 1000		14. 14/05/2020 08:00
Atenção: 1000		15. 14/05/2020 08:00
Condição: 1000		16. 14/05/2020 08:00
Atenção: 1000		17. 14/05/2020 08:00
Condição: 1000		18. 14/05/2020 08:00
Atenção: 1000		19. 14/05/2020 08:00
Condição: 1000		20. 14/05/2020 08:00





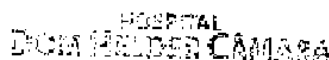
1. Identificação

Nome: João Carlos de Jesus Data: 15/03/03 Regist. o. 102 350
Comissão: 6 Leitor: _____ Hora: _____

2. Equipe rédactionnelle

Cirurgião: <u>Dr. [illegible]</u>	15.10.2011
Anestesiista: <u>Dr. [illegible]</u>	Instrumentador: <u>[illegible]</u>
Circulante: <u>[illegible]</u>	

[illegible]



1. identificação

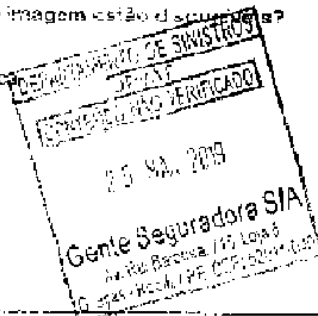
Nome: Silvia Maria de Jesus Data: 09/02/18 Registro: 102379
Cidade: São Paulo Estado: SP

2. Empire và ca

Cirurgião: Dr. Roberto de A. Silva 1ª Assessor: Dr. J. P. de A. Silva
 Anestesiologista: Dr. Roberto de A. Silva Instrumentador: Dr. J. P. de A. Silva
 Circulante: Dr. Roberto de A. Silva

[illegible]

HOSPITAL DOM Helder CAMARA Hospital Metropolitano do Dom Helder Camara R. P. Hospitalar Bairro: Santa Cruz CEP: 55.030-744/700000		
Marcelo F. F. de M. A. Fernandes CRM: 110527/PA-04 CNPJ: 09.038.744/000194		
CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA		
FUND. MARTINIANO FERNANDES Rod. BR-152/300 Nº 1000- NIVEL SOCIAL DA CRUZ Mae: TERCELA SANTOZA DA CRUZ End: RUA SAPAOL RESURSUNA Bairro: CENTRO	Atendimento: 190000 Dr. Cad.: 000000000 Dt. Nasc.: 20/05/1967 Bairro: CENTRO Cidade: ESCALVA CNPJ: 000000000000000000	Idade: 60
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
☒ Confirmação sobre o paciente: - Identificação do paciente - Local da cirurgia a ser feita - Procedimento a ser realizado - Consentimento informado realizado Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? ☐ Não ☒ Sim e há equipamento disponível		
☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica ☒ Checagem do equipamento anestésico ☒ Osmetrol de pulso instalado e funcionando O paciente tem alguma alergia? ☐ Não ☒ Sim: <u>Alergia a picada de insetos</u> <u>Alergia a medicamentos</u> 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 Antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? ☐ Sim ☒ Não se aplica		
Antecipação de eventos críticos: ☒ Revisão da cirurgia: Há casos críticos na cirurgia? <u>Sim, caso de infecção</u> Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <u>Sim, 200ml</u> Exames de imagem estão disponíveis? ☒ Sim: <u>RX</u> ☐ Não se aplica		
☒ Revisão do anestesiologista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? ☒ Revisão da enfermagem: Houve correto esterilização do instrumental cirúrgico?		
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA		
A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:		
☐ Nome do procedimento realizado: <u>Procedimento de sutura e drenagem de abscesso</u>		
☐ A aplicação de compressas, medicamentos e agulhas está correta (ou não se aplica)		
☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente		
☐ Houve algum problema com equipamentos que devam ser resolvidos		
☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes da recuperação pré-anestésica e pós-operatória do paciente		



*Manoel de Jesus
Enfermeiro
COREN-PA 20010*



HOSPITAL DUMMELDER CAMARA

Endereço: Rua D. Antropolina, 54 - Dummeler Camara
 13050-000 - Jussara - SP
 Telefone: (13) 3333-4444

Fundação Profa. Dr. Mariana Fernandes
 13050-000 - Jussara - SP
 CNPJ: 09.029.741/0001-04

FUND. MARITHEANO FERNANDES

Registro: 103250
 Nome: JOCILENE ROCHA DA CRUZ
 Mãe: THIELA FARIAS DA CRUZ
 End: RUA D. ANTOLOINA, 54 - JUSSARA
 Entem: 13050-000 - JUSSARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

Anamnese: 19092

União: 09/07/2018
 DO Nascimento: 02/03/1989
 Bairro: CENTRO
 Cidade: ESCALVA
 CNJ: 290002932166324

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

- ☒ Tipo cirúrgico do tipo correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Conexão do tubo 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? **NÃO**

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

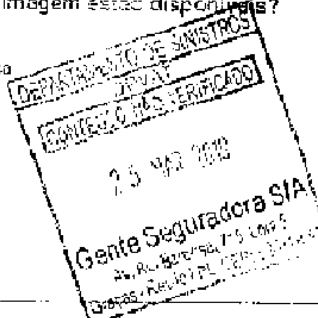
- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta identificação do instrumental cirúrgico? **Sim**

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 enfermagem confirma verbalmente com a equipe

- ☒ Nome do procedimento realizado: **Remoção de tumor**
- ☒ Contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) **Sim**

- ☒ Dispositivos de identificação com o nome do paciente **NÃO**

- ☒ Houve algum problema com equipamentos que devam ser resolvido **NÃO**

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente **Sim**

Assinatura
 Responsável pela equipe
 25 MAR 2018



Num. 62512242 - Pág. 68



HOSPITAL IMIP
DGO - DEPARTAMENTO GERAL

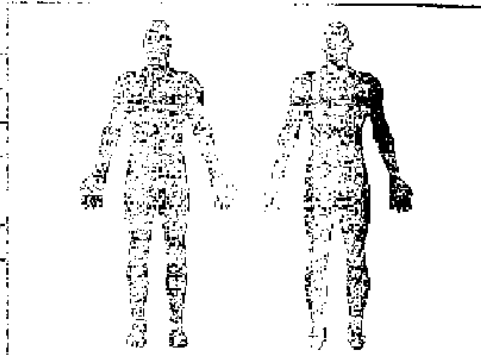
CHECKLIST PRÉ-OPERATÓRIO



Data: ____/____/____ Hora: ____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: _____	
Nome de Nascimento: _____	Registro: _____
Sexo: _____	Idade: _____

DADOS VITAIS	
PA: _____	FC: _____
Observação: _____	



ENTREVISTA			
HIPERTENSO:	SIM ()	NÃO ()	MEDICAÇÃO EM USO: _____
DIABÉTICO:	SIM ()	NÃO ()	MEDICAÇÃO EM USO: _____
HISTÓRIA:	ALÉRGICA:	SIM ()	NÃO ()
	TRAUMÁTICA:	SIM ()	NÃO ()

EXAMES SOLICITADOS			
IMAGEM:	SIM ()	NÃO ()	LABORATORIAL: SIM () NÃO ()
Exatidão Contraste ()		RMN: ()	Observação: _____
PARCELO CARDIOLOGICO:	SIM ()	NÃO ()	Risco Cirúrgico: _____
RESERVA DE HEMODERIVAÇÃO:	SIM ()	NÃO ()	GRUPO SANGÜÍNEO: _____
RESERVA DE LITO DE UTE:	SIM ()	NÃO ()	QUANTO UTE: _____ LEITO: _____

ALERGIA		USO DE SONDAS	
SIM ()	QUAL: _____	SNE ()	SNG ()
NÃO ()	OBSERVAÇÃO: _____	SUD ()	
ANTIBIÓTICO PROFIÁTICO		DRENO	
SIM ()	QUAL: _____	SIM ()	NÃO ()
NÃO ()	OBSERVAÇÃO: _____	Qual: _____	
SIM ()	QUAL: _____	Total: _____	
NÃO ()	INDICAÇÃO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____		

CUIDADOS GERAIS DO PACIENTE			
FEBRE:	SIM ()	NÃO ()	Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM ()	NÃO ()	Observação: _____
TRATAMENTO:	SIM ()	NÃO ()	Observação: _____
RETRADO ALIMENTAR:	SIM ()	NÃO ()	RETRADO PROTESTO DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIURGIAS PRE-OPERATÓRIAS:	SIM ()	NÃO ()	Quais/Datas: _____
ALGUMA OUTRA CIRURGIA:	SIM ()	NÃO ()	Quais/Datas: _____
USO DE PROTESES:	SIM ()	NÃO ()	
PLAQUEIA DE:	SIM ()	NÃO ()	Observação: _____
IDENTIFICAÇÃO:	SIM ()	NÃO ()	Observação: _____

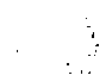
Enfermeiro Responsável: _____

COD. 38434

Assinado eletronicamente por:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/05/2020 14:26:55
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052614265499700000061383581>
 Número do documento: 20052614265499700000061383581



HOSPITAL DOM MELCHIOR PARANAÍBA

Av. Brasil, 1000 - Jd. Santa Helena - Curitiba/PR
Fone: (41) 3333-1000
CNPJ: 06.940.888/0001-90

Fundação Dom Melchior Paranaíba
R. São João, 100 - Jd. Santa Helena - Curitiba/PR
Fone: (41) 3333-1000
CNPJ: 06.940.888/0001-90

FUND. MARIA ALVES FERRANDES

Região: Sul
Nome: JUSÉLIA LUIZ DA CRUZ
Mae: LUIZ DA CRUZ
End: RUA SARGENTO DA SILVA
Ent: 100 - Jd. Santa Helena

Atendimento: 10000

Qt. Doad: 05/20/2020
Qt. Nasc: 05/20/2020
Bairro: CENTRO
Cidade: ESCADA
CNS: 39800-99133304

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

- ☒ O cirurgião do local controla / ou não se aplica
energia do equipamento anestésico
unidade na sala instalada 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? *Revisão de fígado*
Qual sua duração estimada? Há possíveis
perdas sanguíneas? *2.000 ml*

- ☒ Revisão do anestesista: Há alguma
obstrução ou relação ao paciente?

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem serão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermagem confirma verbalmente com o
cirurgião:

- ☒ Nome do procedimento realizado

- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e
agulhas está correta (ou não se aplica)

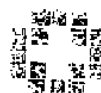
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do
paciente

- ☐ Houve algum problema com equipamentos que
devem ser resolvido

- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem
analisaram os pontos mais importantes na
recuperação pós-anestésica e pós-operatória
do paciente

Antibiótico profilático - fígado





HOSPITAL
DON PEDRO CANAÑA



CLSTAD
IMIP
HOSPITALAR

evolució clínica

Name: Mr. Nicholas K. ... Page: ...

Clínica: _____ Enfermarias: _____ Leito: _____

Date: Jan 1968
7/1/68

H. C. Taylor

Conrad Co. Station & Station 100 ft.
H. Taylor Co. Station 100 ft.
Station 100 ft. H. Taylor Co. Station 100 ft.
Station 100 ft. H. Taylor Co. Station 100 ft.
Station 100 ft. H. Taylor Co. Station 100 ft.

B. B. Taylor, Co., Station 100 ft.

Dr. David L. Taylor
Director of Research
Biology 15-503



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: John C. Williams

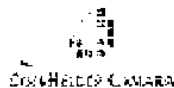
Registered: 02359

Clinical:

ស្រាវជ្រាវ

48

[illegible]



Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



IMIP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Francisco Ferreira Júnior
CRM: UF: PE Nº 23424
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.513-000
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 --- DZCX

02 COMP VO 8/8H POR DUAS SEMANAS

2) Diproflona 01g - 01 caixa

Tomar 01 comprimido via oral de 5/6h quanto tiver dor.

3) XARELTO 10MG - 30 COMPRÍMIDOS

TOMAR 1CP VO 1X AO DIA

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

3) Páco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) - 01 caixa

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

.....

Ident: Org. Emissor:

End:

.....

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA:



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jonas Menezes de Souza Registro: 102359

Clinica: Interna Internista: Galvão Leito: 102359

Data/Hora	Observações
10/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
11/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
12/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
13/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
14/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
15/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
16/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
17/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
18/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
19/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
20/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
21/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
22/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
23/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
24/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
25/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
26/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
27/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
28/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
29/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
30/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.
31/03/18	Exame físico: Sinal A. Radiografia de tórax no leito. Ausculta pulmonar: sem alterações. Sinais vitais: estáveis.

Genie Seguradora S.A.
Vila São Carlos, 755
Bairro São Carlos, 755
Cidade de São Carlos, 13506-900
Fone: (19) 3333-3333
E-mail: atendimento@genieseguradora.com.br

HDH - Hospital Dom Helder Câmara
Vila São Carlos, 755
Bairro São Carlos, 755
Cidade de São Carlos, 13506-900
Fone: (19) 3333-3333
E-mail: atendimento@hdh.com.br

ANEXO 1 - ATUALIZAÇÃO
DATA: 21/03/2018
HORARIO: 14h
Assinatura: Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Nutricionista
CRN 007.735-1



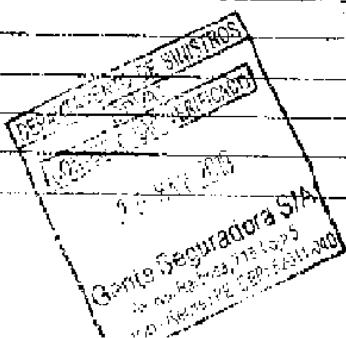


EVIDÊNCIAS CLÍNICAS

Name: Franklin D. Baker Date: 4-2-39

Clinica: _____ Enfermidade: Rece Sexo: _____

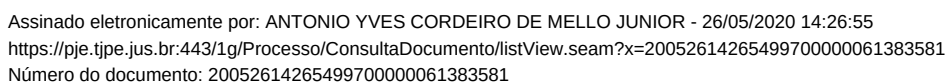
Data/Hora	Assunto
09/02/14	<u>Exemplos de atividades sociais em nível de</u> <u>bairro:</u> 1. Ação de limpeza pública, reuniões de moradores, eventos de cultura, etc. 2. Ação de apoio às famílias em situação de vulnerabilidade social, como distribuição de alimentos, roupas, etc. 3. Ação de incentivo à leitura e ao estudo em geral.
20/02/14	<u>Exemplos de atividades sociais em nível de</u> <u>cidade:</u> 1. Ação de limpeza pública, reuniões de moradores, eventos de cultura, etc. 2. Ação de apoio às famílias em situação de vulnerabilidade social, como distribuição de alimentos, roupas, etc. 3. Ação de incentivo à leitura e ao estudo em geral.
21/02/14	<u>Exemplos de atividades sociais em nível de</u> <u>estado:</u> 1. Ação de limpeza pública, reuniões de moradores, eventos de cultura, etc. 2. Ação de apoio às famílias em situação de vulnerabilidade social, como distribuição de alimentos, roupas, etc. 3. Ação de incentivo à leitura e ao estudo em geral.
22/02/14	<u>Exemplos de atividades sociais em nível de</u> <u>país:</u> 1. Ação de limpeza pública, reuniões de moradores, eventos de cultura, etc. 2. Ação de apoio às famílias em situação de vulnerabilidade social, como distribuição de alimentos, roupas, etc. 3. Ação de incentivo à leitura e ao estudo em geral.



Evolução clínica

Name: Heidi Sinner Volz Ward on duty Registrar: Heidi

Clinica: _____ História: _____ Data: 2016

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: _____ Date: _____

Clínica: _____ **Entrevista:** _____ **Fecha:** _____

Data/Hora

36/08/2019

Integridade

Paciente segue evoluindo.

FC apresenta sinais flogísticos, com leve ruborização da conjunção no momento.

Integridade

No momento da última consulta, o paciente permaneceu em estado consciente, receptivo, intensa a dor.

Realiza consulta com o Serviço Social.

NICOLAS GUERRA
FARMACIA DE VIGILANCIA
R. S. D. 11/12

DEPARTAMENTO DE REGISTROS
SECRETARIA DE SAUDE
GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
35 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
R. Rui Barbosa, 115 - Jd. Ipiranga
Cidade: Campo Grande - MS



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: Joe Armando Lopez Jr Region: 302339

Clinica: _____ Enferm: 6021-03 Larto: _____

Data/Nota	
20/03/77	Atestado de Falecimento Raimundo Nonato de A. Silva, nascido em 04/02/1925, residente e morador em Rio de Janeiro
	Assinado por: <i>[Assinatura]</i> Médico Legista Dr. [Assinatura]
	Atestado de Falecimento Raimundo Nonato de A. Silva, nascido em 04/02/1925, residente e morador em Rio de Janeiro
20/03/77	Atestado de Falecimento Raimundo Nonato de A. Silva, nascido em 04/02/1925, residente e morador em Rio de Janeiro
20/03/77	Atestado de Falecimento Raimundo Nonato de A. Silva, nascido em 04/02/1925, residente e morador em Rio de Janeiro
	Atestado de Falecimento Raimundo Nonato de A. Silva, nascido em 04/02/1925, residente e morador em Rio de Janeiro
	Atestado de Falecimento Raimundo Nonato de A. Silva, nascido em 04/02/1925, residente e morador em Rio de Janeiro





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

SISTEMATIZAÇÃO DA ATIVIDADE DE ENFERMAGEM - 345
2ª. ETAPA - DIAGNÓSTICO



Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Registro: 38.912.70

Leito: 10

Procedimento Cirúrgico: COLELITOMIA

Data: 09/06/18

Hora: 14:30

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 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 12/12h
- ☒ 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: DE

☒ 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 2/24h
- ☒ Realizar mudança do decúbito de 2/2h
- ☐ Medir decúbito de 2/24h
- ☒ Manter curativo asséptico por 24h
- ☐ Outros

6. Sangramento

Local: DE

☐ Leve ☐ Moderado ☐ Severo

- ☐ Aferir pressão arterial de / h
- ☒ Manter decúbito 2/24h
- ☒ Realizar curativo compressivo
- ☐ Outros

7. Imobilizada no leito prejudicada

- ☐ Pinçar dreno ao transportar paciente
- ☐ Avaliar mobilização do dreno (Trocado)
- ☐ 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 37,4°C ☒ Em caso de hipotermia: aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica ☒ Em caso de hipotermia: retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ☐ Outros	
11. Choque hipovolêmico (✓)	☒ Aferir sinais vitais a cada 15/30 minutos ☐ 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>AVC F.O.</u> ☒ Examinar F.O e registrar alterações: (✓) dor; (✓) calor; (✓) rubor; (✓) edema. ☐ Outros	
13.	☐ Outros	

COORDENADOR DE SIMULADOS
 ASSINADO E VERIFICADO
 25 MAR 2020
 SEGURADORA SIA

SNG - Sonda Nasogástrica PA - Pressão Arterial FC - Frequência Cardíaca
 SNE - Sonda Naso enteral HGT - Hemoglobina 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 CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - S-PA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <u>DOM Helder Câmara</u>		Registro: <u>003359</u>		Leito: _____	
Procedimento cirúrgico: <u>POI - KOW para hernia</u>		Data: <u>15/02/16</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()		☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informações ao paciente e familiares ☐ Outros: _____			
2. Ventilação prejudicada (X)		☐ Manter débito 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 (X) Manter (X) Anelar oximetria do pulso ☐ Outros: _____			
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado		☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese ☐ 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 sint. () Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea ☐ Outros: _____			
4. Dor (X) Local: _____ () Leve () Moderada () Severa		☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☒ Identificar fatores desencadeantes da dor ☒ Registrar características e intensidades da dor ☐ Outros: _____			
5. Integridade tissular prejudicada (X)		☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo a cada <u>24/24</u> h ☐ Realizar mudança de dreno 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 () Severa		☐ 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: _____			

COO. 36605



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS
	() Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada <u>2</u> h	
8. Desidratação ()	() Avaliar e registrar umidade da 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 () Elevada	() aferir temperatura de <u>ax</u> 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. Cheque Hipovolêmico ✓	() Aferir sinais vitais a cada <u>15 / 15</u> min.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O.	
	Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Fele fria; () Perda da consciência	
	Outros	
12. Risco de Infecção ()	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	✓ Registrar e anotar sinais flogísticos	
	Local: <u>AVP - 40</u>	
	✓ Examinar F.O. e registrar alterações	
	Calor; () Rubor; () Edema.	
	() Outros	
	() Outros	

G - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Rafael Henrique Enfermeiro COREN-PE 346.27	ENFERMEIRO(A) - D	ENFERMEIRO(A) - N -	TÉC. EM ENFERMAGEM - D -	TÉC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO		



Nome: Leandro

Procedimento cirúrgico: Tuor. cistig. do sub. fígado

Registro: 102559

Data: 19/02/18

Leito: 101

Hora: 14h

DIAGNOSTICO

IMPA. VERBOS DE ENFERMAGEM

HORARIOS

1. Ansiedade (☒)

- ☒ Encorajar a realização dos sentimentos e desejos
- ☒ Proporcionar apoio emocional
- ☒ Dar informação ao paciente e familiares
- ☐ Outros

2. Ventilação prejudicada (☒)

- ☒ Manter o cubito elevado
- ☒ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário
- ☒ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz
- ☒ Manter o paciente em posição de Fowler
- ☒ Apotar hta. do valor da queda da saturação, PC e FR
- ☒ Instalar ☒ Manter ☒ Apotar 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 abdome)
- ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler
- ☐ Orientar o aumento de ingestão hídrica, se não houver restrição
- ☐ Registrar ☒ Deixar urinar
- ☐ Abandono em região suprapúbica (☐) Ausência de diurese espontânea
- ☐ Outros

4. Dor (☒)

Local: FO

(☐) 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 de tecido 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 24 h
- ☐ Outros

6. Sangramento (☐)

Local: FO

(☐) Leve (☐) Moderada (☐) Severa

- ☐ Aferir pressão arterial de / mm
- ☐ Manter elevado
- ☐ Realizar curativo oclusivo
- ☐ Outros

7. Imobilidade no leito prejudicada (☐)

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

COD. 38605



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORARIO
8. Desidratação ()	☐ Registrar frequência, volume e aspectos da diurese e cada 4 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 () Elevada	☐ Aferir temperatura de ____ / ____ h e comunicar se estiver abaixo de 35,0 ou acima de 37,0°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 FO. Verificar sinais como: ☐ Taquicardia; ☐ Palidez cutânea; ☐ Pulso irregular; ☐ Pele fria; ☐ Perda da consciência ☐ Outros	
12. Risco de Infecção ()	☐ Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização ☐ Registrar e anotar sinais flogísticos Local: ☐ FO ☐ Examinar FO e registrar alterações () dor; () calor; () rubor; () edema. ☐ Outros	
	☐ Outros	

G - Sonda Nasogástrica

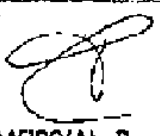
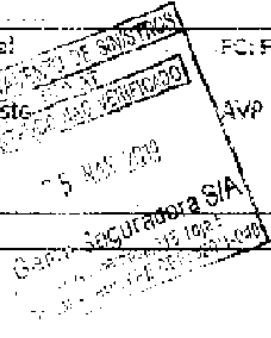
PA - Pressão Arterial

FC - Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

HGT - Hemoglobina

AVP - Acesso Venoso Periférico

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

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



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

DEPARTAMENTO DE SIMULADOS
CONTROLE DE QUALIDADE
25 MAR 2020
Gente Seguradora S/A
Av. Paulista, 1568 - 15º Andar
São Paulo, SP - 05508-900

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 Sim	0 20
5	Movimentação do Paciente / transferência		
	Normal/ Repouso no leito	Sim	0
	Debilizado	Sim	10
	Prejudicado (restrito ao leito)	Sim	20
6	Estado Mental		
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	0
	Superior/desorientado para 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	





DOM HELDER CAMARA

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 419356

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

Senha de Classificação:

0012

Paciente: 102359 JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ

Sexo: MASCULINO

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

Convênio: 2

SUS/SIA AMBULATÓRIO

Nome da Mãe: TERESA BARBOSA DA CRUZ

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI

CRM: 13783

Endereço: RUA BARÃO DE GUASSUNA --

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: LACIOLE DEBOS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

Fone: 36222153

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Cartão SUS: 568002952186534

Data de Emissão CRN:

22 FEV 2018

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal:

Paciente vítima de atropelamento apresentado
dor em toda ESN e membros inferiores com
hematoma D.

Exame Físico

Exame 15

Membros inferiores

Hipótese Diagnóstica

Fratura de fêmur distal
Fratura de fêmur proximal

Conduta Terapêutica

Rx para fêmur

cirurgia

no

Prescrição Médica

Coloco gesso

Dr. Eduardo B. Oliveira

CRM 21687

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:



07.06

Carga fiscal

Ponto com antenas fixas
Com fides em ordem fiscal
Até 2009 Ano II
Rex do Fisco Anual
Sem dos associados
Carga fiscalizada pelas faturas
Contém auto via fisco de cheques
Saque de caixa

Seu valor
Auto via de cada

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/05/2020 14:26:55
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052614265499700000061383581
Número do documento: 20052614265499700000061383581

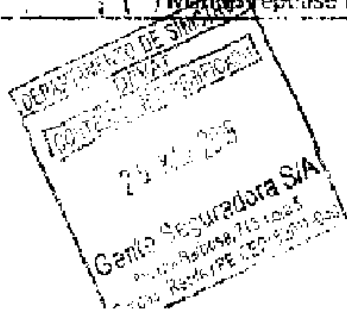
50.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/05/2020 14:26:55
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052614265499700000061383581
Número do documento: 20052614265499700000061383581



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA		BLOCO CIRÚRGICO - SRPA	
			
Nome: <u>Leite, Ildemar S.</u>		Registro: <u>00059</u>	
Procedimento cirúrgico:		Data: <u>04/05/18</u>	
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
HORÁRIOS			
1. Ansiedade ()	☒ Escutar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informações ao paciente e familiares ☐ Outros		
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter débito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☐ Instalar ☐ Manter ☐ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros		
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h ☐ Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) ☐ Colocar o paciente em posição de Fowler ☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição ☐ Registrar se: ☐ Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica ☐ Ausência de diurese espontânea ☐ Outros		
4. Dor () Local: <u>DO</u> () Leve () Moderada () Severa	☐ Verificar qual posição adequada do paciente ☐ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☐ Reavaliar a dor após 30 min. da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ Outros		
5. Integridade tissular prejudicada ()	☐ Descrever características da lesão ☐ Realizar curativo a cada ____/____h ☐ Realizar mudança de débito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ____/____h ☐ Manter curativo oclusivo por <4h ☐ Outros		
6. Sangramento () Local: <u>DO</u> () Leve () Moderada () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ____/____ min ☐ Manter elevado: ____ ☐ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros		
7. Imobidade 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		REGISTROS
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 ()	☐ 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 () Elevada	☐ Aferir temperatura de / e comunicar se estiver abaixo de 36°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 avaliar sinais fisiológicos Local: <u>AVP</u> ☐ Examinar F.O. e registrar vitais: ☐ dor; ☐ calor; ☐ turgor; ☐ eritema. ☐ Outros	
	☐ Outros	

G - Sonda Nasogástrica

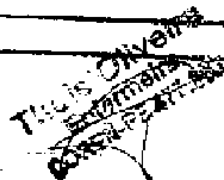
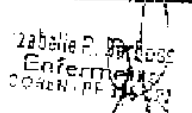
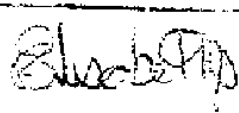
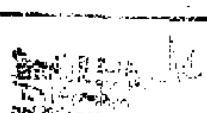
PA - Pressão Arterial

FC - Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso Enteral

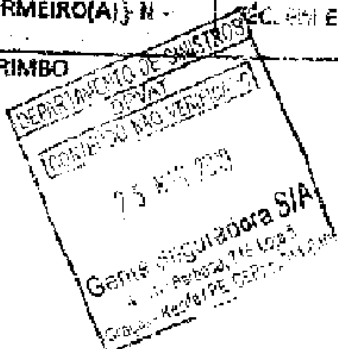
HGT - Hemoglobina

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Tássia Oliveira Enfermeira COREN-PE 12.123 ENFERMEIRO(A) - D -	 Zabelia P. de F. Costa Enfermeira COREN-PE 12.123 ENFERMEIRO(A) - N -	 Elisabete P. de F. Costa ENFERMEIRO(A) - D -	 Tássia Oliveira ENFERMEIRO(A) - N -
---	--	---	--

ASSINATURA E CARIMBO

ASSINATURA E CARIMBO



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Registro: 162359

Clínica: _____ Enfermeiro: _____ Data: _____

Data/Hora	Descrição
24/05/2020 15:00	Paciente em boas condições gerais, sem queixas.
	Exame físico: BOB, sem alterações.
	Exames laboratoriais: todos dentro da normalidade.
	Tratamento: ATB em uso.
	Evolução: paciente em recuperação.
	Próximo atendimento: 26/05/2020.
	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
	Carimbo: <i>[Carimbo]</i>
	Observações: paciente em boas condições.
	Exame físico: BOB, sem alterações.
	Exames laboratoriais: todos dentro da normalidade.
	Tratamento: ATB em uso.
	Evolução: paciente em recuperação.
	Próximo atendimento: 26/05/2020.
	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
	Carimbo: <i>[Carimbo]</i>
	Observações: paciente em boas condições.
	Exame físico: BOB, sem alterações.
	Exames laboratoriais: todos dentro da normalidade.
	Tratamento: ATB em uso.
	Evolução: paciente em recuperação.
	Próximo atendimento: 26/05/2020.
	Assinatura: <i>[Assinatura]</i>
	Carimbo: <i>[Carimbo]</i>
	Observações: paciente em boas condições.
	Exame físico: BOB, sem alterações.
	Exames laboratoriais: todos dentro da normalidade.
	Tratamento: ATB em uso.
	Evolução: paciente em recuperação.
	Próximo atendimento: 26/05/2020.

Assinatura: *[Assinatura]*
Carimbo: *[Carimbo]*

Assinatura: *[Assinatura]*
Carimbo: *[Carimbo]*

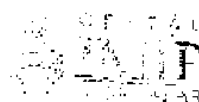
Assinatura: *[Assinatura]*
Carimbo: *[Carimbo]*

Assinatura: *[Assinatura]*
Carimbo: *[Carimbo]*





HOSPITAL
DORR HENDERSON MARA



Abstract

Nome: _____

Clinica: _____ **Antecedentes:** _____

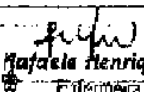
[illegible]

 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE BLOCO CIRÚRGICO		GESTÃO IMIP IMIP	
Nome: <u>Dox. Nivaldo Lual da Cruz</u>		Registro: <u>102359</u>		Leito: _____	
Procedimento Cirúrgico: <u>POE Ho. Pinha-Fina+</u>		Data: <u>05/06/18</u>		Hora: _____	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				HORÁRIOS
1. Ansiedade	☐ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☐ Proporcionar apoio emocional ☐ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros: _____				
2. Ventilação prejudicada	☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores 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 ☒ Anular oximetria de pulso ☐ Outros: _____				
3. Padrão de eliminação urinária	☐ 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: _____				
4. Dor	☒ 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 ____/____ h ☐ Realizar mudança de decúbito de ____/____ h ☐ Medir decúbito de dreno de ____/____ h ☐ Manter curativo oclusivo por ____ h ☐ Outros: _____				
6. Sangramento	☐ aferir pressão arterial de ____/____ h ☐ Manter decúbito: _____ ☐ 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: _____				

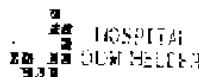


DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
B. Desidratação ()	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ____ h ☐ Avaliar e registrar umidade de mucosas ☐ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária ☐ Registrar turgor e elasticidade da pele ☐ Outros	
9. Êmese () Náusea ()	☐ 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 hipotermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ☐ Outros	
11. Choque hipovolêmico ()	☒ Aferir sinais vitais a cada 15/30 min ☐ Avaliar coloração e umidade da pele ☐ Avaliar e comunicar sinais de sangramento em E.O verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência. ☐ Outros	DEPARTAMENTO DE SIMULADROS 25 MAR 2015 Centro Seguidora de ...
12. Risco para infecção ()	☐ Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização ☒ Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>AVP</u> ☒ Examinar E.O e registrar alterações: () Dor; () Calor; () rubor; () edema. ☐ Outros	Centro Seguidora de ...
13.	☐ Outros	

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	ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO





HOSPITAL METROPOLITANO SUI – DOM HÉLDER CÂMARA
SERVIÇO SOCIAL

Cabo de Santo Agostinho, 10 de Fevereiro de 2018

DO: Serviço Social

AO: Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

Encaminhamento

Prezados(as),

Venho por meio de este encaminhar caso do senhor **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 socioassistencial. Ao orientar sobre o serviço, deseja encaminhamento.

Diante disto encaminhamos o caso para orientações e maiores intervenções, isto 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 das recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

Colocamo-nos à disposição para qualquer dúvida.

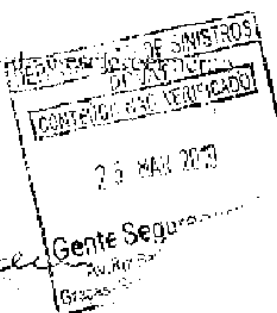
Atenciosamente,

Thaísa Gondim
Assistente Social

CRAS-PE 5620

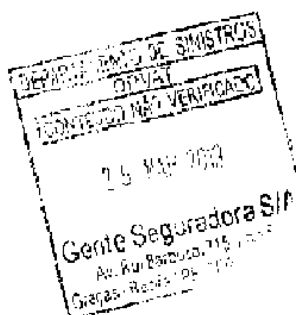
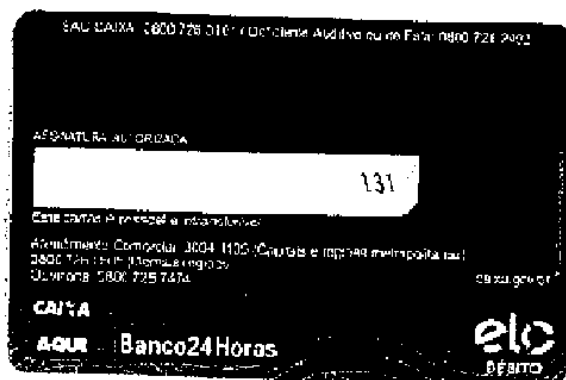
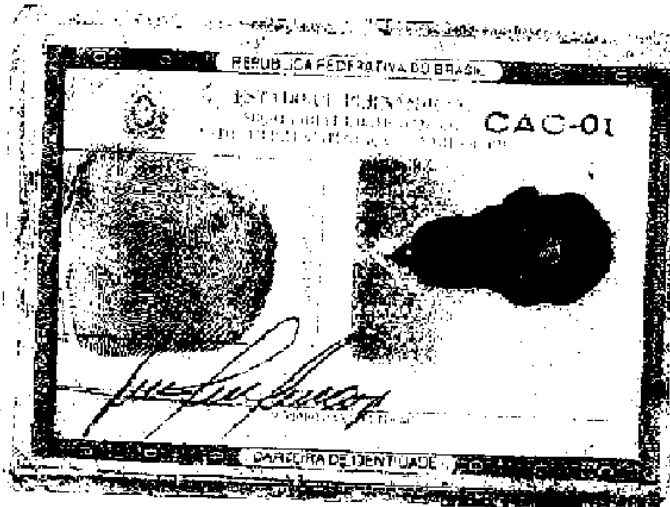
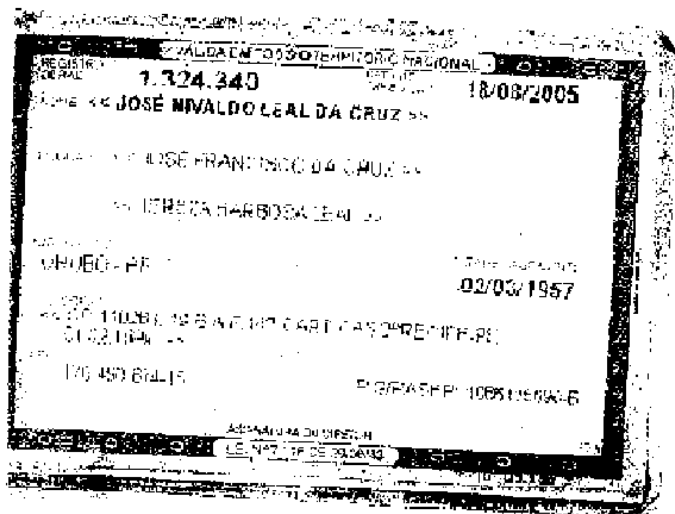
Ass. Helder Câmara de Cabo de Santo Agostinho

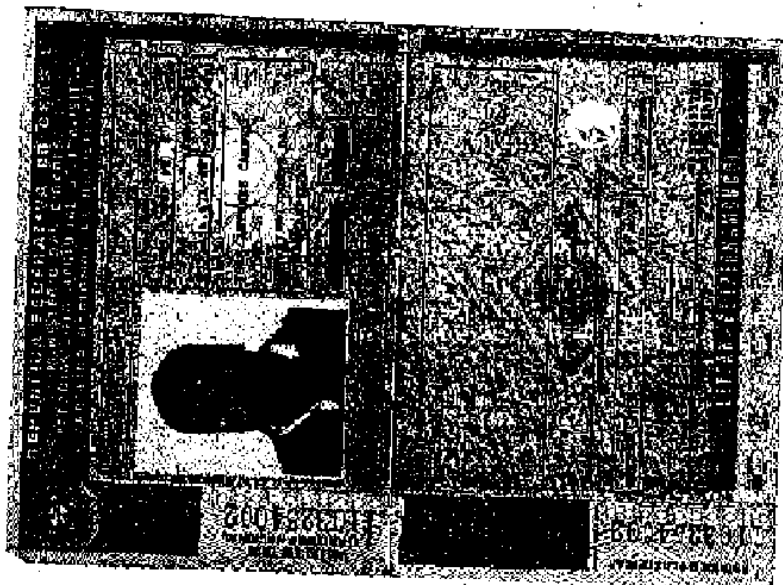
Thaísa Gondim



RedeSUI, BR 101 Sul - Km 28 - Cabo de Santo Agostinho - PE CEP: 51.310-000 Fone: 81.3185-1030







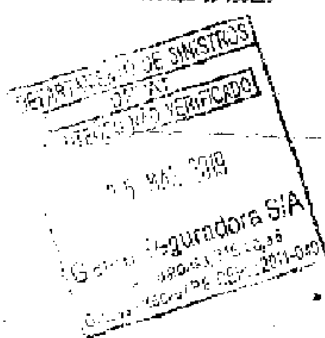
CTC RECIFE PE PL1

THIAGO ANTUNES CAMPELO
R OSCAR BRANDAO, 74 CASA
TORROES
50640-470 RECIFE PE



7215276716 10462 0000030656 30 950219

Gerado: 20/05/2019
Folha: 002/001
Versão: 1000/3
QR Code
Recife PE
CF



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150225450

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: 28/10/15/16/45/46/48

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

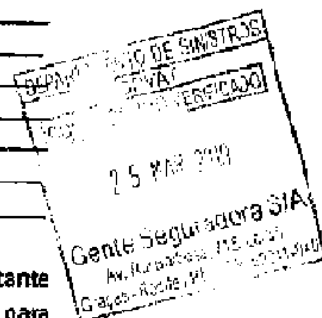
(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 1.524.340
CPF: 170.490.674-45
Profissão: FRONTISTA
Endereço: RUA ANTONIO GARRAUS DA FONSECA, 63
CEP: 52.170-620
Telefone: (81) 994969606

OUTORGADO:

Nome: THIAGO ARAUJO LAMPELO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 5430729
CPF: 035356674-88
Profissão: AUTOR
Endereço: RUA DE CARVALHO DA SILVA Nº 74
CEP: 50040-440
Telefone: (81) 99284-2502



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 SUSEP 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 pericla 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:

Recife, 18 de Março 2013
Local e data



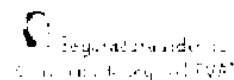
Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÃO DE REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRO DE
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ
que confere o padrão registado neste documento. Dou fé.
Recife, 18 de Março de 2013 09:00:24
Em testemunho da verdade.
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior (Esc. Aut.)
Emitido em 18/03/2013 09:00:24
Data: 0077603.XAK02201004.04008



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 INIL
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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

THIAGO ANTUNES CAMPELO

JULIANA BEZERRA DE LUNA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1536 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com a SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, contados 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

Carta nº 14103382





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1536 (Região Metropolitana) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com a SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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 do 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: ☒ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistral ASL: **77049067475** Nome completo da vítima: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ** CPF: **77049067475**
Profissão: **AVIADOR** Endereço: **RUA: ANTONIO CARDOSO DA FONTE** Número: **23** Complemento: **CASA**
Bairro: **IMBUIBEIRA** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **51120-620**
E-mail: **TAGASSESSORIA@GMAIL.COM** Tel (DDD): **81 44284-2507**

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

RENDIA MENSAL:
☒ RCL JO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATE R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATE R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATE R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)
☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0725** CONTA: **000042274** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha inteira vontade, o valor da indenização, após reconhecimento da seguradora, a qual vou ficar responsável, a partir da data em que a indenização for creditada, em nome de quem a indenização for creditada.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há possibilidade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização de Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinale 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 de pedido.

Nela, no caso de invalidez, solicito o preenchimento e análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 154/74, art. 3º, § 5º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) Civil ☐ Divorçado ☐ 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 pais/suós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/suós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esteu ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devulva, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, notando que, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 273 do Código Penal.

Local e Data: **Recife 20 de março de 2017**
Nome: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ**
CPF: **77049067475**

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

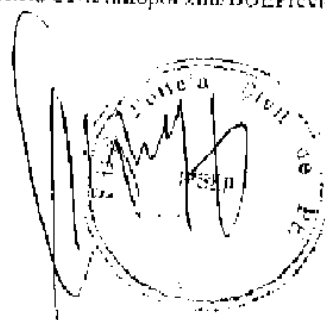
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa autorizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEM ROGÓ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

FP5.001 V001/2015



Invalidez: 512336
ASL: 0099428/19

Damo: 512337
0099428/19



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**

Complemento do BO Número: **19E0099000708**

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

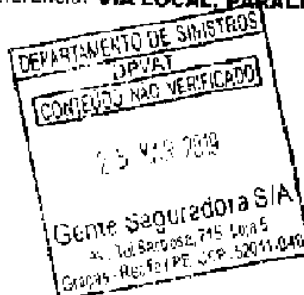
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E UM, 1, CIDADE NOVA** - Bairro: **CIDADE NOVA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **VIA LOCAL, PARALELA A BR 101, PRÓXIMO POSTO BR**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARCOS VINICIUS GOMES (AUTOR / AGENTE)
JOSE N VALDO LEAL DA CRUZ (VITIMA)

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 no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TEREZA BARBOZA DA CRUZ** Pai: **JOSÉ FRANCISCO DA CRUZ** Data de Nascimento: **2/3/1957** Nacionalidade: **OROB / 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: CIDADE NOVA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL, CENTRO**

MARCOS VINICIUS GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ANA LURGIA DA SILVA** Pai: **XXXXXXXXXX** Data de Nascimento: **8/7/1993** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7845822/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMABIADO(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)

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

16/03/2019 13:23



MARCOS VINICIUS GOMES

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

Placa: **P012763 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Descrição: **MOTO**

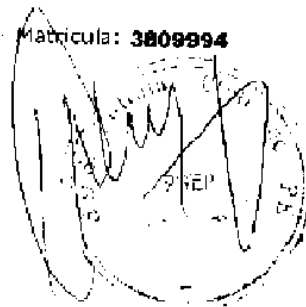
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NO DIA 09 DE FEVEREIRO DE 2018, NO EXPEDIENTE DA MANHÃ, QUANDO ESTAVA PEDALANDO SUA BICICLETA, NA VIA LOCAL DA BR 101, NO MUNICIPIO 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, MUNICIPIO DO CABO DE SANTO AGOSTINHO PELA AMBUÂNCIA DO MUNICIPIO 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)

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



16/03/2019 13:23



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistral ASL: _____ CPF da vítima: **77049067475** Nome completo da vítima: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2012

Nome completo: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ** CPF: **77049067475**
Profissão: **AVIADOR** Endereço: **RUA: ANTONIO CARDOSO DA FONTE** Número: **23** Complemento: **CASA**
Bairro: **IMBUIBEIRA** Cidade: **RECIFE** Estado: **PE** CEP: **51120-620**
E-mail: **TAGASSESSORIA@GMAIL.COM** Tel (DDD): **81 44284-2507**

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

RENDIA MENSAL:
☒ R\$ 0,00 INFORMAR ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATE R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPOANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)
☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0725** CONTA: **000042274** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha inteira vontade, o valor da indenização, após reconhecimento do seguro DPVAT, a qual vou ficar responsável pelo pagamento da conta, desde que a mesma não seja utilizada para qualquer outro fim, sob pena de anulação do crédito, em função 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 não há possibilidade 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 **assinale 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 de pedido.

Nela, no caso de invalidez, solicito o preenchimento e análise do meu pedido de indenização do seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 154/74, art. 3º, § 5º, declarando que esta autorização não significa adesão ou concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado(a) Civil ☐ Divorçado ☐ 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 pais/suós vivos? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/suós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Esteu ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devulva, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas beneficiários que se apresentarem e provarão esta condição, notando que, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 273 do Código Penal.

Local e Data: **Recife 20 de março de 2017**
Nome: **JOSE NIVALDO LEAL DA CRUZ**
CPF: **77049067475**

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SIU ROGÓ, 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.**

FP5.001 V001/2015





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

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Data: 06/05/2020
Registro: 01058814
Atendimento: () Geral () Pediátrico () Obstétrico

Nome: José Nivaldo da Cruz 62 anos
CNS: 07416089 5045 7895 Data Nascimento: 05/03/1958 Sexo: () M () F
End: R. Amélia José Santos N° 550
Bairro: D. S. L. Bloco Cidade: Cabedela JF.
Procedência:
Avaliação de risco: Risco de morte atual:

DEPARTAMENTO DE SAMARCO
DE VAI
CONEXÃO NAS VERIFICADO
15 MAR 2020

3. Anamnese Pessoal:

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

4. Uso de Medicamentos: ☐ Sim ☐ Não

5. Exame Físico

5.1. Geral

☐ Hidratado ☐ Alegril ☐ Febril ☐ Temperatura: ____ °C
☐ Desidratado ☐ Normocrado ☐ Acianótico ☐ Anictérico
☐ Amarelo ☐ Hipocrado ☐ Cianose ☐ Ictérica
☐ Hiperocrado ☐ Palidez

5.2. Estado Mental

☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso
☐ Desorientado ☐ Orientado ☐ Semiincósciente

5.3. Cabeça

☐ Fotoreagentes ☐ Anisocoria:
☐ Isocoria ☐ Miase
☐ Midriase

5.4. Olhos

☐ Abertura ocular ☐ Resposta verbal ☐ Resposta motora

5.5. Sistema Respiratório

☐ Espúrio ☐ Dispneia ☐ Máscara ☐ TOT ☐ Traqueostomia
☐ Q. suplementar ____ l/min. ☐ Cateter Nasal ☐ Macronebulização

☐ Sim ☐ Não Local:

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído Local:

☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepítantes Local:

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

5.6. Sistema Circulatório

FC ____ bpm PA ____ x ____ mmHg

☐ Regular ☐ Irregular Ausculta:

☐ Filiforme ☐ Cheir

☐ Não ☐ Sim:

☐ Periférico ☐ Central ☐ Dissecção ☐ KFT

5.7. Sistema Musculoesquelético

☐ Flácido ☐ Tense ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Plano

☐ Globoso ☐ Ascítico

Eliminações Intestinais: ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Normais ☐ Flatos

☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Êmese ☐ Presente ☐ Ausente

Aspecto:

5.8. Sistema Urinário

☐ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA

☐ Cistostomia ☐ Dispositivo Urinário

Aspecto:

☐ Hemodiálise ☐ Diálise peritoneal

5.9. Sistema Musculoesquelético:

Mobilidade: ☐ Ativa ☐ Passiva

Movimentos Conservados: ☐ Sim ☐ Não

Goteira: ☐ Sim ☐ Não Membro:

Força motora: Conservada ☐ Sim ☐ Não Local:

5.10. Necessidades Psicossociais:

Atitudes: ☐ Cooperativo ☐ Não Cooperativo ☐ Agitado ☐ Choro

☐ Calmo ☐ Ansioso

☐ FO ☐ Úlcera de Pressão ☐ Local:
☐ Ictérico ☐ Anictérico
☐ Sero ☐ Soro ☐ Soro ☐ Soro
☐ Sero ☐ Soro ☐ Soro
☐ Grave ☐ Regular ☐ Burn

HUMANIZASUS

EMERGÊNCIA
ALIMENTAÇÃO MEDICAMENTO

Horário de Atendimento: 06:55 hs.

Enfermeiro / COREN

Horário de Atendimento: ____ hs.

CICLISTA LITIA D. ALMEIDA
MORTO POR ACIDENTE DA ENTRA
TRABALHO DA ENFERMEIRA, DO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
FABRICA CROQUIS DE ACIDENTE
INTERVISTA DE MID E UNL
DEPARTAMENTO E INTERVISTA DE
ACIDENTE ACIDENTE COM A
FEMIDA (E) SEM TEE
MÉDICA LITIA D. ALMEIDA
354. AN. CUNTELO, LONDO
HILARISTO, ACIDENTE
AL. AL. 84. ECG 15.
AL. 100/60 FC 84 PL.
84/102 784.
HD. FABRICA CROQUIS TEE
CROQUIS CROQUIS DE
FABRICA (E) ?



40 H. - - 5359310

Comprova

01. 05/11/2019 - 100-1

02. 05/11/2019 - 100-1

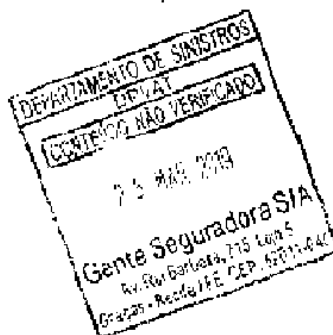
03. 05/11/2019 - 100-1

04. 05/11/2019 - 100-1

Dr. Diego Alves Lora
Médico
CRM-PE 2554

05. 05/11/2019 - 100-1

Dr. Diego Alves Lora
Médico
CRM-PE 2554



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DEVAT 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 B984210E2C458F36



COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
REC. PE, PERNAMBUCO
CEP 50050-802
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0205943-93



CHICAGO, ILL. (AP) —

Turma Social de Energia Elétrica - Lei 10.430, de 25-04-04
COMERCIAL 115 / PROCTUBÃO 1102
Ajuntamento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
 do Pernambuco-ARPE: 0800-727-4167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

TEREZA BARBOSA DA CRUZ

CPF: 016.355-164-01

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ANTONIO CARDOSO DA FONSECA 63

51170-620 RECEIVED PAGE

As condições gerais de fornecimento (resolução ANTEL 434/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos são encontrados disponíveis para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.casas.com.br

DATA DE VENCIMENTO	01/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	152,32
CLASSIFICAÇÃO	
REGISTRADO AO FISCAL	

DATA DE VENCIMENTO
01/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
152,32
CLASSIFICAÇÃO

DATA DA APRESENTAÇÃO
25/03/2019
NÚMERO DA NOTAFISCAL
055630581

ATA EMISSÃO DA NOTA FIS
25.03/2019
DATA DA APRESENTAÇÃO
26.03/2019
NÚMERO DA NOTA FISCAL
055630581

CONIA CONTRATC
000177872016
Nº DO CLIENTE
2P01649448
Nº DA INSTALAÇÃO
0003502897

81 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Monodisc

RESERVATION FILED

3E92.BD0F.BD6F.3C B8.1F1E.46BE.7691.D2F3

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR R\$.
Consumo Atropalvini	174,00	0,7550314	128,86
Contrato Mem. Pública Municipal			22,77
ICMS Subvenção-CDE NF 004070692-24/01/19			6,93
TOTAL DA FATURA			158,56
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS	PIS	COTISS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
120,87	25,00	30,16	128,67
			1,00
			1,79
			128,67
			4,89
			6,00

Tartar Aplicada		MISTURA DO CONSOLMO	
Quantidade Aplicada (Kg)	0,775 (Kg/m²)		
COMPOSICÃO DO CONSOLMO			
kg	l		
Gravilha 10 a 20mm	38,67	29,89	
Transmissão	5,961	4,428	
Óxido de Ferro (Cimento)	27,82	21,47	
Enxargamamento	1,71	0,93	
Água	10,47	20,24	
Produtos de Limpeza	4,58	6,75	
TOTAL	128,67	166	
MAC 19	MAC 19	MAC 19	MAC 19
FEV 19	FEV 19	FEV 19	FEV 19
JUN 19	JUN 19	JUN 19	JUN 19
DEZ 19	DEZ 19	DEZ 19	DEZ 19
FEV 19	FEV 19	FEV 19	FEV 19
CUT 16	CUT 16	CUT 16	CUT 16
SET 18	SET 18	SET 18	SET 18
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16
FEV 16	FEV 16	FEV 16	FEV 16
DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16	DEZ 16
NOV 16	NOV 16	NOV 16	NOV 16
OUT 16	OUT 16	OUT 16	OUT 16
SET 16	SET 16	SET 16	SET 16
AGO 16	AGO 16	AGO 16	AGO 16
JUL 16	JUL 16	JUL 16	JUL 16
JUN 16	JUN 16	JUN 16	JUN 16
MAR 16	MAR 16	MAR 16	MAR 16

