



ALVES & MELO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
brasileiro (a), profissão: AUTÔNOMO, carteira de identidade/RG nº
4168990 SDS/PE, inscrito (a) no CPF sob o nº
848.922.184-72, residente e domiciliado (a) na
Rua CADEDE N. 99 A, CEP:
54070-080
e-mail: ~ Perui Telefone/Whatsapp:

OUTORGADOS: RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351 e THIAGO FELIPE DIAS DE MELO, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 53.167. Ambos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Sala 102, Recife – PE, CEP 50750-630

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere aos outorgados amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-juditia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive requerer os benefícios da justiça gratuita em favor do seu constituinte, realizar acompanhamento também na esfera administrativa quando necessário podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

Rivaldo Vieira de Souza

OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará aos advogados contratados, honorários advocatícios no percentual de 30% (trinta) por cento sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a RETER os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

Empresarial da Ilha – Rua Helena de Lemos, nº 330, sala 102, Ilha do Retiro, Recife – PE, CEP: 50.750-630
Contato(s): 81 3222 2062 – 81 99234 1478 – 81 99608 9260F





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE:

RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

brasileiro (a), profissão: Autônomo, carteira de identidade/RG nº
4168990 505/PE, inscrito (a) no CPF sob o nº
84892218472, residente e domiciliado (a) na
RUA CADEDE, CEP:

54070080 Declaro sob as penas da lei que não tenho condições de arcar
com custas processuais, bem como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu
sustento e de minha família, para tanto requeiro os benefícios da assistência
judiciária gratuita nos termos da lei 1060/50.

_____ de _____ de _____

Rivaldo Vieira de Souza

OUTORGANTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
RIVALDO VINIRA DE SOUZA

CPF
4188990-505 PE

DATA NASCIMENTO
11/05/1973

PLAQUEIAÇÃO
COSMO ELIAS DE SOUZA
MARIA BERNARDETE VINIRA DE SOUZA

PERMISSÃO
RAC
PCAT-RAC

Nº REGISTRO
07338922030

VALIDADE
15/05/2023

1ª HABILITAÇÃO
28/05/2018

DESCRIÇÃO

Rivaldo Vinira de Souza
IDENTIFICADORA PORTUGUESA

LOCAL
JANGUATÁ DOS GUARARAPES, PE

DATA EMISSÃO
09/10/2019

Roberto Carlos Mendes Figueiredo
Chefe de Departamento
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

PERNAMBUCO

PRIMEIRO PLASTIFICAR
1928732356





NOVA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Concessionária Energética do Paraná S/A
Av. João de Barros, 441, Ponta Grossa - PR - CEP 80550-302
CNPJ: 10.435.337/0001-00; Fone: (0xx41) 331-1111; www.cempar.com.br

BACOG (H) CLEHTE

$$h_{\alpha}(\xi) = \sqrt{F(\xi)} \exp \{ i \mu F^{-1/4}(\xi) \} \quad (1.5)$$

CPF 143 055 744 - 11 - 20:51:052

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA: ALBINO, N. 50

[illegible]

CLASSIFICAÇÃO

EL RESIDENCIAL
FARMACIA ALCOHOL
MONTAÑAS

[illegible]

NUMERO IDENTIFICATIVO	DATA EMISSIONE
7004717982	07/2020
DATA DI SCADENZA	DATA DI VALIDAZIONE
10/08/2020	13/08/2020
83,47	

REPRINTED FROM *THE JOURNAL OF CLIMATE*[illegible]

Богданов, А. П. - 2010. - 120 с. - 100 экз.

COMPREV

19 AGO 2023

PROTOCOLLO

2007-08-01

TOTAL EM FAT 1004

CONSEJO DE COORDINACIÓN DEL FISCAL

Nº DO MEDICAMENTO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTES DO ATUAL		DEPOIS DO ATUAL		AJUSTE	OBSERVAÇÃO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
1011095A1	(A)	12/06/2021	12,142 mg	13/06/2021	12,142 mg		

Method	Size of Data Set	Time (sec)	Memory (MB)	Accuracy (%)
ICMS	1000	1.2	10	95.5
FG	1000	1.5	12	95.8
CCFMS	1000	1.8	15	96.0

[illegible]

8008 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 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1

IMPORTANTE

ATENÇÃO! A CRLP INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Variable	Control group	Values	Control group	Control group	Control group
Variable	Control group	Values	Control group	Control group	Control group

Este documento foi produzido a partir de uma revisão da literatura sobre o tema, com o objetivo de fornecer uma visão geral do assunto. O texto foi elaborado com base em fontes confiáveis e segue a estrutura de um relatório técnico. O conteúdo é apresentado de forma clara e objetiva, com o intuito de facilitar a compreensão do leitor. O documento foi elaborado com base em fontes confiáveis e segue a estrutura de um relatório técnico. O conteúdo é apresentado de forma clara e objetiva, com o intuito de facilitar a compreensão do leitor.

TENSÃO							
	CONDIÇÃO	VARIÁVEL ANALISADA	LIMITE NOMINAL	VALOR TENSÃO TENSÃO	LIMITE ADMISSÍVEL	TENSÃO NOMINAL (V)	
						MINIMO	MAXIMO
DR		1,05	0,51	0,00	0,00	0,00	0,00
PR		1,00	1,2	0,00	0,00	0,00	0,00
DRG		1,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Unité 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, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 8



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014484842471
EXERCÍCIO 2019

RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
JAB GUARARAPES-PE

848.922.184-72 PLACA PD04152

CHASSI LXKXCL08E0233031

TIPO / CICLOMOTOR

2E / 45CL

1 YPVA 2019

V 1

15.42

SEM RESERVA

JAB GUARARAPES-PE

02/04/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484842471 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

JAB GUARARAPES-PE

848.922.184-72 PLACA PD04152

CHASSI LXKXCL08E0233031

TIPO / CICLOMOTOR

2E / 45CL

1 YPVA 2019

V 1

15.42

SEM RESERVA

JAB GUARARAPES-PE

02/04/19

COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A
1º AGO 2020
PROTOCOLO
AGÊNCIA REGISTRO



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0110001726**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/07/2020** às **10:34**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/2/2020** às **09:30**

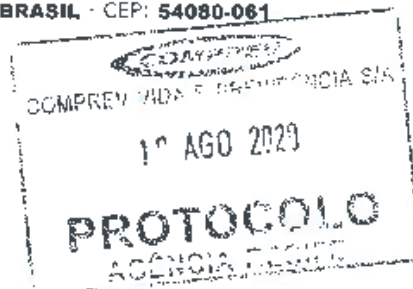
Fato ocorrido no endereço: **RUA CATENDE, 1, PROX. AO POSTO DE SAUDE** - Bairro: **VISTA ALEGRE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54080-061**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(**PEDRINHAS NA PISTA**) (AUTOR / AGENTE)
RIVALDO VIEIRA DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **RIVALDO VIEIRA DE SOUZA**



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

RIVALDO VIEIRA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA BERNADETE VIEIRA DE SOUZA** Pa: **COSMO ELIAS DE SOUZA** Data de Nascimento: **11/5/1973** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4168990/SDS/PE (RG), 84892218472 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 986831237**

Endereço Residência: **RUA CATENDE, 99, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: VISTA ALEGRE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

(**PEDRINHAS NA PISTA**) (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a). **RIVALDO VIEIRA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RIVALDO VIEIRA DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDU4152 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **107184202** Chassi: **LXYXCEL08E0233031**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **PLACA PDU - 4152.**



Complemento / Observação

O QUEIXOSO AFIRMA QUE ESTAVA DESLOCANDO-SE COM SUA MOTONETA, INDO DO BAIRRO VISTA ALEGRE PARA SANTO ALEIXO, EM JABOATÃO DOS GUARARAPES, QUANDO, DE PASSAGEM PELO REFERIDO LOCAL, ANTES DE UMA CURVA, O PNEU DIANTEIRO DA MOTONETA DERRAPOU EM PEDRINHAS ACUMULARADAS NATURALMENTE AO LADO DA VIA PROVOCANDO SUA QUEDA. RESSALTA QUE CAIU E A MOTONETA CAIU EM CIMA DE SUA PERNA DIREITA, PROVOCANDO FRATURA. TAMBÉM BATEU O BRAÇO DIREITO NO CHÃO TENDO OUTRA FRATURA. ENFATIZA QUE FOI SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS, SENDO LEVADO PARA A UPA DO CURADO, EM JABOATÃO DOS GUARARAPES, DE ONDE FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DOM HÉRLDER CÂMARA, NO MUNICÍPIO CABO DE SANTO AGOSTINHO, PARA SUBMETTER-SE À CIRURGIA NA PERNA E TRATAMENTO DO BRAÇO.

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

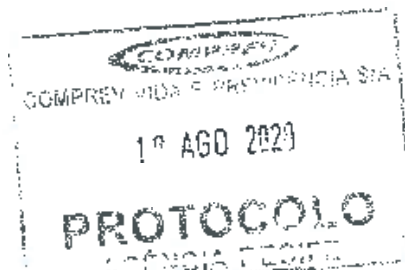
RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
(VITIMA)

Rivaldo Vieira de Souza

B.O. registrado por: LUIZ CARLOS PEREIRA - Matrícula: 221771-6
(Liberado em 31/07/2020 às 11:18)

Luiz Carlos Pereira

31 07 2020
Luiz





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2020APH000414 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). RICARDO AUGUSTO SALDANHA LIMA FILHO, 24 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 9054642 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 107.913.154-01, residente à RUA ABIGAIL BASTOS RUSSEL, nº 117, , NOSSA SENHORA DO O, PAULISTA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 10/02/2020, por volta das 10:31 hs, no endereço: RUA CATENDE, SN, VISTA ALEGRE JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTO, envolvendo CICLOMOTOR SHINERAY, BRANCO, PDU4152-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) RIVALDO VIEIRA DE SOUZA, inscrito sob o CPF nº 848.922.184-72 e Registro Geral nº 4168990, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940483-0 DENILSON. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DO CURADO. Registrado(a) com o prontuário nº 148444. Ficou aos cuidados do médico FERNANDO, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 12/08/2020

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2020APH000414

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

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





Nome: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA Nº registro: 148444
Dt. Nasc.: 11/05/73 - 46 ano (s)
Sexo: Masculino Mãe: MARIA BERNADETE VIEIRA DE SOUZA Fone: 91 88831237
Endereço: CATENDE, nº 99, VISTA ALEGRE, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Data/hora: 10/02/2020 - 18:21
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

REFERE ACIDENTE DE MOTO COM DORES NO MSE E MIE.SIC. NEGA OUTRAS QUEIXAS.

OBS:

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: () Temperatura: °
PA: 120 x 80 mmHg HGT: mg/dL
DOR E ESCORIAÇÃO NO COTOVELO DIREITO. DOR E EDEMA NA PERNA DIREITA. PANTORRILHA FLACIDA. DORES DISCRETA NA REGIÃO OCCIPITAL E QUADRIL DIREITO.

CONDUTA:

TALA COXO PODALICO E AXILO PALMAR.

Exames Complementares/Resultados:

RX: CONFIRMA OS DIAGNOSTICOS.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S821 - Fratura da extremidade proximal da tibia | Cabeça ?<? | Côndilos ?#? da tibia, com ou sem menção de | Epifise proximal ?#? fratura do perônio [fibula] | Tuberosidade ?>?

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSP. DOM HELDER CÂMARA

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5880266

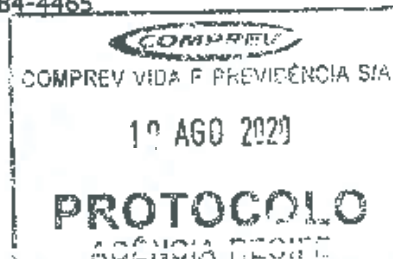
Especialidade: ORTOPEDIA

Prioridade de Remoção:

Dr. Fernando Carvalho
Traumatologia - Ortopedia
CRM-PE 7453

Dr. FERNANDO ANTONIO DE SOUZA CARVALHO
CRM : 7453

Rua Leonardo da Vince, nº 68, Curado II
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: FERNANDO ANTONIO DE SOUZA CARVALHO. CRM: 7453. Data e Hora: 10/02/2020 18:27:52.

Rua Leonardo da
Vince, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 549257

Data e Hora: 11/02/2020 01:15

Senha da Classificação:

0004

Paciente: 112603 RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 11/05/1973 Idade: 46 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA BERNADETE VIEIRA DE SOUZA

Nome do Pai: COSMO ELIAS DE SOUZA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA CATENDE

99

Bairro: VISTA ALEGRE

Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: ANAKPC

RG (Identidade): 4168990

SDS PE

Data de Emissão: 17/08/2012

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 84892218472

Fone: 86831237

Cartão SUS: 709607638583372

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal

Pct vítima de acidente motociclistico há cerca de 20 Hrs. Evoluindo cl. dor + DEF. de JOELHO + Cl. @. AC RX: Fratura de platibial + Frat. coxa pmo esq.

Exame Físico

verossimil, pulsc+, pele integm.

Hipótese Diagnóstica

Frat. Platibial esq
Frat. cox esq

COMPRESA
COMPRESA VIDA E PROTEÇÃO SIA
1º AGO 2020

Conduta Terapêutica

Int. Hospitalar

PROTÓCOLO
ASSINADO

Prescrição Médica

1- SFC, 9% 100ml + clamp tmm @
2- tab COXOCETIL + tab 0x 0,6 ml mm

Igor A. A. A.

Ortopedia e Traumatologia

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 549261

Data e Hora do Atendimento: 11/02/2020 01:28

Usuário do Atendimento: ANAKPC

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

Prontuário: 112603

Nome da Mãe: MARIA BERNADETE VIEIRA DE SOUZA

Nome do Pai: COSMO ELIAS DE SOUZA

Data do Nascimento: 11/05/1973

Idade: 46 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 4188890

SDS PE Data Emissão: 17/08/2012

CPF: 84892218472

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: RECIFE

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 709607638583372

Ocupação Habitual: AUTONOMO

Endereço: RUA CATENDE

99 VISTA ALEGRE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

PE CEP: 54070080

Fone: 86831237

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA CURADO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 11

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, 11/02/2020

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhora

Diagnóstico: Fratura do platô tibial (D)

Procedimento: Redução da fratura com fixação com placar e parafusos

Alta em: 11 / 02 / 2020 Hora: 12:00h

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

HIDH - Hospital Dom Helder Camara
CON-COMIS Controle Inf. Hosp.
02/03/20

02 MAR 2020



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/02/2020 00:50

Nome Paciente:	RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	11/05/1973
Sexo:	Masculino
Idade:	46 anos
Senha:	0004
Convênio:	-
Atendimento:	SAME

Período: 11/02/2020 01:10 - 11/02/2020 01:12

DIANA CARLA DIAS DOS SANTOS - COREN: 533434 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE PROVENIENTE DA UPA CURADO SENHA:5880266 COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO A MAIS DE 12 HORAS COM QUEIXA DE DOR EM MÍD.

Medicamento(s): APLASOLAN 2MG

Observação: DM(-)
HAS(-)

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - PAD: 130.00 MMHG
- PAS: 90.00 MMHG
- SAT02: 99.00 %

Acolhido(a) por: DIANA CARLA DIAS DOS SANTOS - COREN: 533434 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 11/02/2020 01:12

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Nome do documento:	Nome do documento:	Emissão:
TÍTULO DE CONSENTIMENTO	TER 002	17/04/2019
Título:		Versão número:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA		001
Responsável pela elaboração:	Responsável pela aprovação:	Revisão:
Bárbara Fernandes Silva - Assistente de	Dr. André Sambrão	1 / 1
Mão:		

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiologista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico:

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiologista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiologista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Raimundo marinho de Oliveira Souza RG: _____

Data de nasc.: _____ Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de _____ de 20 ____

Raimundo marinho de Oliveira Souza
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____
médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Ass. Responsável pela elaboração	Ass. Responsável pela aprovação:	Página 1 de 1
----------------------------------	----------------------------------	---------------





NOME: Pluvaldo Vieira DATA NASC: 11/05/1973
 REGISTRO: _____ DATA: 12-01-2020 HORA: _____
 SETOR DE ORIGEM: _____ SETOR DE DESTINO: 720

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>consciente</u> HGT: <u>96</u> PA: <u>140x73</u> Pulso: <u>71</u> Temp: <u>36,6</u> FR: <u>19</u> Oximetria: <u>98%</u> Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CM02 () N92 () TOT () Fraqueza VM () Fraqueza VEB Intervenção nas últimas 24h: _____
B	Base de cuidado (medicina)	Breve relato do caso: <u>Frot. polipneumonia +</u> <u>cholecistite</u> Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Gotas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Oral _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVO () Não () Sim Alente: () Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Risco: () LPF () Queda () Fiebre () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediária () Baixa
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de imagem: () Realizado _____ () Pendente _____ Curativo: () Não () Sim Local: _____ Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Fabiola Alexandra
SOLÍS-PEÑA-ENE

More: [How to find the best deal on a car](#)



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: RJURIDO VICTOR DE SILVA Registro: 112603 Nº Atendimento: 549287
Idade: 46 Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: TRC Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

DOX CH + JOGHE GIG

História da Doença Atual:

Acute metacirculose Hb ach. DOX:
Frot. Pletihmi + ctu gig.

Interrogatório Sintomática:

DOX 1001-



115203

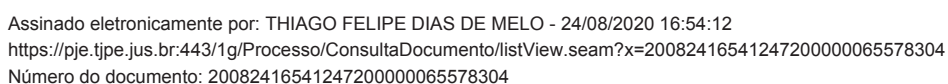
Clinica: 1010 TRO Enfermaria: 1013 Leito: 1013

Igor Abutrab
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27778

Parte su intersección
70 segundos

Oct 27, 1950

1952





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Ricardo Diana de Souza

Registro: 112603

Clinica: otitis

Enfermaria: 95

Leito: 404.4

[illegible]

CỐ Đ. 38251



Nome: Rivaldo Vieira de Souza Registro: 112603

Clinica: Neurol Enfermaria: 404 Leito: 4

Jr. Hospital Dom Bosco Câmara
Eduarda Lyra
Faturamento SAME





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

DATA: 21/2/2020 10:37

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA			
REGISTRO: 112603	IDADE: 46	DATA ADMISSÃO: 11/02/2020	DATA ALTA: 21/02/2020

**EVOLUÇÃO CLINICA
ALTA ORTOPEDIA**

HQ: FRATURA EM PLANALTO TIBIAL DIREITO

CD: PLACA EM T. + PARAFUSOS

PCT EM BOM ESTADO GERAL APÓS TTO CIRURGICO. NO MOMENTO SEM QUEIXAS, FERIMENTO SEM SAÍDA DE SECREÇÃO PURULENTE E SEM DEMAIS SINAIS INFECCIOSOS. NO MOMENTO EM CONDIÇÕES DE ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

OBS: -

EXAME FISICO:

1) EGR/AAA/LOTE/EUPNEICO

2) GLASGOW 15

3) NEUROVASCULAR (+)

ALTA SOB ORIENTAÇÕES DR CANEJO

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

Retorno
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27778



Nome: Rivaldo Vieira de Souza Registro: 112603

Clinica: _____ Enfermaria: 404 Leito: 04

OH - Hochschule Heilbronn
 Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
 Fachhochschule Heilbronn
 Fachbereich Wirtschaftswissenschaften
 Fachhochschule Heilbronn



**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA 26/12/19

NOME: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA		
ENFERMARIA/ LEITO 404-4	REG: 112603	

404-4

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: 1º DPO DE FRAT TÍBIA D COM FIX + FRAT MSD?

PCT EM BOM ESTADO GERAL E NEGA QUEIXAS

- 1. NEUROVASCULAR (+)**
- 2. MOBILIDADE PRESERVADA**
- 3. EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**

CD: AGUARDA CONDIÇÕES DE PARTES MOLES PARA TTO

Igor Nutrab
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27778



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA 26/12/19

NOME: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA			
	ENFERMARIA/ LEITO 404-4	REG: 112603	

404-4

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: 2º DPO DE FRAT TÍBIA D COM FIX + FRAT MSD?

PCT EM BOM ESTADO GERAL E NEGA QUEIXAS

- 1. NEUROVASCULAR (+)**
- 2. MOBILIDADE PRESERVADA**
- 3. EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**

**CD:
AGUARDA TRATAMENTO CIRÚRGICO**

Pedro Augusto Amorim de Oliveira
Traumato - 2º DPO
CRM: 18558
26/12/2019





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA 26/12/19

NOME: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA			
	ENFERMARIA/ LEITO 404-4	REG: 112603	

404-4

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: 2º DPO DE FRAT TÍBIA D COM FIX + FRAT MSD?

PCT EM BOM ESTADO GERAL E NEGA QUEIXAS

- 1. NEUROVASCULAR (+)**
- 2. MOBILIDADE PRESERVADA**
- 3. EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**

**CD:
AGUARDA SEGUNDO TEMPO**

Assinado eletronicamente por: THIAGO FELIPE DIAS DE MELO - 24/08/2020 16:54:12
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082416541247200000065578304
Número do documento: 20082416541247200000065578304





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA 26/12/19

NOME: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA		
ENFERMARIA/ LEITO 404-4	REG: 112603	

404-4

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: 2º DPO DE FRAT TÍBIA D COM FIX + FRAT MSD?

PCT EM BOM ESTADO GERAL E NEGA QUEIXAS

- 1. NEUROVASCULAR (+)**
- 2. MOBILIDADE PRESERVADA**
- 3. EGB/AAA/LOTE/EUPNEICO**

**CD:
AGUARDA RAIOS X DE COTOVELO D
FLEET ENEMA**

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE: 26.693





**HOSPITAL
DOM HELDER**



SERVIÇO DE TRAUMATOLOGIA

EVOLUÇÃO ENFERMARIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

DATA 26/12/19

NOME: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA		
ENFERMARIA/ LEITO 404-4	REG: 112603	

404-4

EVOLUÇÃO CLINICA

HD: 8º DPO DE FRAT TÍBIA D COM FIX + FRAT MSD?

PCT EM BOM ESTADO GERAL E NEGA QUEIXAS

- 1. NEUROVASCULAR (+)**
- 2. MOBILIDADE PRESERVADA**
- 3. EGB/AAA/LOTE/EUPNEICÔ**

**CD:
AO BLOCO HOJE**

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia / Traumatologia
CRM 16.693



Aviso de Cirurgia : 45347

Paciente : 112603

Convênio Atend. : 1

Leito : 624

Dt. Início : 12/02/2020 08:10

Cid Pré-Operatório : S821

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02

RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

SUS - INTERNACAO

LEITO 11

Dt. Fim : 12/02/2020 09:10

FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento : 549261

Carteira :

Idade : 46 Anos

Procedimento: 0408050551

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

14583 EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASEPSIA E ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO DA SUBLUXAÇÃO
5. FIXAÇÃO TRANS-ARTICULAR EM JOELHO D COM FIXADOR
6. CURATIVO
7. RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR
CRM : 14583

Edgley Lacerda
Traumatologista
CRM 14583

Hospital Dom Helder Camara
Serviço de Cirurgia
Faturamento
Emissão de Fatura

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

FICHA DE ANESTESIA



Registro: 112603

Atendimento: 549261

Dt. Cad: 07/01/2019

Nome: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

Dt. Nasc: 11/05/1973

Mãe: MARIA BERNADETE VIEIRA DE SOUZA

Bairro: VISTA ALEGRE

End.: RUA CATENDE Nº 95

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Enferm.: LEITO 11

Leito: 624

CNS: 709607638583372

Sexo: M Cor: Pd Idade: 46 Risco: ASA 2 DATA: 10/02/20

CRM: 20703 Anestesiista: Carlos Borges Cirurgião: Edigley

Medicação Pré-Anestésica: 0 Urgência: ☒ Não ☐ Sim

Cirurgia: Tratamento cirúrgico por tumor de fígado

Horário: 09:50 01:50

SaO2 99% 99% 99% ETCO2 32mmHg 32mmHg 32mmHg

ECG RSR RSR RSR

DIU 220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anestésicos

Líquidos

SaO2 99% 99% 99%

ETCO2 32mmHg 32mmHg 32mmHg

ECG RSR RSR RSR

DIU 220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anestésicos

Líquidos

SaO2 99% 99% 99%

ETCO2 32mmHg 32mmHg 32mmHg

ECG RSR RSR RSR

DIU 220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anestésicos

Líquidos

Drogas Usadas	Doses
1) Cisplatina	2
2) Hidralazina	10mg
3) Fentanyl	50µg
4) Droperidol	25µg
5) Desmetano	10
6) Clonazepam	100
7) Dipiridamol	2
8) Ondansetron	16

9) Buspirona	12
10) Lorazepam	0,5
11) Morphina	80µg
12) Sufentanil	2,5µg

Monitorização	
☒ Cardíaco	☐ BIS
☒ Oxímetro	☐ Temperatura
☒ ECG	☐ Swan-Ganz
☐ Sonda Vesical	☐ Analisador de Gases
☐ Capnógrafo	☐ PVC
☐ Estet. Pré-Cordial	☐ Estimulador de Nervo
☐ Outros	☐ Linha Arterial
	☐ PP / VS

Técnica Anestésica

☐ Acompanhamento Respiratório	FR
☒ Sedação	PIT
☐ A. Geral	PEEP
☐ EV	FiO2
☐ Intubação	Bloqueio
☐ Balneação	Supor
☐ A.G. + Bloqueio	IOT
☐ Método	INT
☐ Valsalva	ML
☐ Avaliador	Traqueal
	Cateter S/N

Destino

☐ SRPA
☐ Apart./Enf.
☐ UTI
☐ Externo
☐ Encaminhado
☐ Acordado
☐ Sonolento
☐ Intubado
☐ Drogas
☐ Vasotivas

Balanco hídrico final:

Perdas:	Ganhos:
Jejum	RL
Perdas insensíveis	SF0,9%
Diurese	
Sangramentos	
Intercorrências:	☐ Sim ☐ Não

OBS: 1) Sedação venosa. 2) P2 Pd. 3) Respiração controlada. 4) Reparamento. 5) Ventilação por máscara anestésica. 6) Punção 13-14 ligamento do. 7) Bloqueio efetivo.

Assinatura do Anestesiista

Carlos Borges
CRM: 20703

TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Ricardo Vinícius de Souza DATA NASC: 11/05/73
REGISTRO: 11 26 03 DATA: _____ HORA: _____
SETOR DE ORIGEM: SRPA SETOR DE DESTINO: _____

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: _____ HGT: _____ PA: _____ Pulso: _____ Temp: _____ FR: _____ Oximetria: _____ Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NB2 () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: _____ Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Flebite () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado _____ () Pendente <u>Rx</u> Curativo: () Não () Sim Local: <u>MID</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico _____ Ass. Enfermeiro _____

Recebido por: Ass. Enfermeiro _____ Hora: _____





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

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 112803

Atendimento: 549261

Dt. Cad: 07/01/2019

Nome: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

Dt. Nasc: 11/05/1973

Mãe: MARIA BERNADETE VIEIRA DE SOUZA

Bairro: VISTA ALEGRE

End.: RUA CATENDE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Enferm.: LEITO 13

Leito: 624

CNS: 709607638583372

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

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

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

- ☒ Não
☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
☐ Sim

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

- ☒ Antecipação de eventos críticos:
- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Redução da fratura*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1.000 / sim*

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
☐ Não se aplica

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

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

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

*Fixador externo em fratura
plomático tibial*

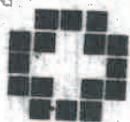
*Thiago Felipe Dias de Melo
Cohen PE 477652-5877*



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA		GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA					
Nome: <u>Rivaldo Vieira de Souza</u>		Registro: <u>112603</u>		Leito: <u>12</u>	
Procedimento cirúrgico: <u>Exat. Pro. Pto. R. R. D.</u>		Data: <u>12/02/2020</u>		Hora: <u>18:00</u>	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS			
1. Ansiedade ()	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☒ Outros				
2. Ventilação prejudicada ()	☒ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz ☐ Manter o paciente em posição de Fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☒ Instalar () Manter () Anotar oximetria de pulso ☐ Outros	12 18 00		06	
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 () Leve () Moderada () Severa	☒ Verificar qual posição adequada do paciente ☒ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidades da dor ☐ outros ☐ Descrever características da lesão				
5. Integridade tissular prejudicada ()	☒ Realizar curativo a cada <u>24/24</u> h ☐ Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação ☐ Medir débito de dreno de ___/___h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros				
6. Sangramento () Leve () Moderada () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ___/___ min ☐ Manter elevado: _____ ☒ Realizar curativo oclusivo ☐ Outros				
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao manusear o paciente ☐ Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____				

CÓD. 38605





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 02

Nome: Quilbo Viana de Souza data: 12/02/2020 Hora: 9:20 Registro: 112603

Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Remoção de fístula de próstata + biópsia
Tipo de anestesia: Roque + Sedação
Equipe: Dr. Edgley Anestesista: Dr. Carlos

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: MSE
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (X) Não () Sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 94 x 68 mmHg FR: 14 p/min FC: 67 p/min SaPO2: 95%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	9:35 96x70	9:50 121x63	10:20 118x81	10:50 120x79	11:20 121x85	12:00 131x82
FR	16	15	14	15	15	15
FC	73	88	85	81	103	98
SaPO2	95%	95%	95%	94%	97%	99%
Glasgow	—	—	—	—	—	—

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 131x86 FC: 97 FR: 16 SaPO2: 100% Glasgow: _____

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

Data: 12/02/2020 Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: Dra. Rebeca Felissa

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dra. Rebeca Felissa
Médica Anestesiologista
CPF: 047.524.114-70
CRM-18.488

Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Rinaldo Viana de Souza D. Nasc.: 11/08/1973 Registro: 112603Clínica: B.E. Enfermaria: 3.2. Leito: 02Diagnóstico: Inf. de pleo fibial Data: 12/02/2020

(3) Plantão Diurno

Estado Geral: Regular

Dieta: VO() SNE() GTT() Dieta zero()

Padrão respiratório: espontâneo() VNI() Cat. 02() Venturi()

Acesso Venoso: Periférico() Central() Local: Data da troca: 13/02/2020

Drenos: Sim() Não()

Diurese: Espontânea() SVD() Outros: Evacuação: Presente() Ausente()

Observações:

Alta: Transferência() Local Melhorada() Óbito() Evasão()

Técnico em enfermagem: Fete admitido em SRPA, no PAT; Casos e qd, orientado, promovendo continuamente.
Adriano Farias
94.257

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO									
	HGT	FC	PA	SAT O ₂ E FR	TEMP	DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	TRANS FUSÃO	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	SONDA NASOG
08															
09		72	98x64	96% 15											
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Rinaldo Zúlio de Souza			DATA:	12/07/2020		
CIRURGIÃO:	Dr. Edgar			RG:	1.2603		
ANESTESISTA:	Dr. Carlos			AUXILIAR:			
CIRURGIA:	Fechadura de Plástico Fechado externo U.S.D.			ANESTESIA:	Ragui 4 sedação		
ESTRUMENTADOR:	Jidiane / Theodor			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruan		
CIRCULANTE:	Ragui			COREN:	IMIP 023		
ENFERMEIRA:	Thais			HORÁRIO INICIAL:	07:15		
				HORÁRIO FINAL:			

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 03			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
AQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 03			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 18	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	NASO 24
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRURGICOS			
ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OGSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 8

CÓD. 38407

IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Rinaldo Ribeiro de Souza Data: 12/02/20 Registro: 442603
Convênio: SUS Leito: _____ Hora: 07:15

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Edgley 1º auxiliar: _____
Anestesista: Dr. Carlos Instrumentador: Lidiane / Thallan
Circulante: Raquel

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lap r carote MMS	11.02.20 ↑ STEAM ↓ 11.08.20	Chemdyne 029 Double strip 501114-2 Type 5 2024-05 Initial: _____ Date: _____
Punho de Foco Atadur Eixador tubo a tubo Ocomus Motor breco	11.02.20 ↑ STEAM ↓ 18.02.20	Chemdyne 029 Double strip 501114-2 Type 4 2024-05 Initial: _____ Date: _____
	11.02.20 01 ↑ STEAM ↓ 11.03.200007	
	11.02.20 01 ↑ STEAM ↓ 10.02.200312	blue → black ↑ STEAM ↓
	11.02.20 01 ↑ STEAM ↓ 11.03.200341	
	11.02.20 01 ↑ STEAM ↓ 27.01.20 02 ↑ STEAM ↓ 27.07.205733	blue → black ↑ STEAM ↓
	11.02.20 01 ↑ STEAM ↓ 11.03.200340	

CÓD. 38236



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Rivaldo Pereira de Souza Data: 12/02/2020 Hora: 07:50 Registro: 46603
Convênio: 313 Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Edgley Anestesiologista: Dr. Carlos
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Lidiane Almeida

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Fechadura de Placa D. Fimada Int. Início: 08:30 Término: 08:48
Anestesia: Ragui + sedação Início: 08:05 Término: 08:55

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (X) Monitor Cardíaco (X) PNI (X) Bomba CEC () Aspirador ()
Colchão Térmico () Bisturi Ultrasônico () Artoscópio () Microscópio ()
Bisturi Elétrico () Local da Placa () Intensificador () Capnógrafo ()
Campo de Anestesia (X) Diprofusor ()
Ap. Vídeo (X) Bomba de infusão () Nº ()
Oxigênio () Início _____ Término _____
Protóxido () Início _____ Término _____
Gás Carbônico () Início _____ Término _____
Outros: _____

5.2 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 12/02/2020 Hora: _____ Enfermeira: Thais Circulante: Ragui

CÓD. 33997



Título:	
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA	
Assinatura:	

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição. Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico:

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☐ Paciente/Responsável Legal ☐

Nome: Thiago Felipe Dias de Melo

RG: _____

Data de nasc.: 11/1

Grau de parentesco: _____

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do paciente/representante legal
Thiago Emerson Batista
Médico
CRM: 20702

Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu,

médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Ass. Responsável pela elaboração	Ass. Responsável pela aprovação:	Página 1 de 1
----------------------------------	----------------------------------	---------------





HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA

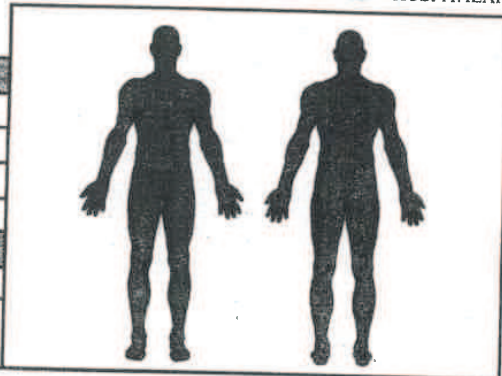
Data: 12/02/20

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Hora: ____:



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome:	Rivaldo Vieira
Data de Nascimento:	11/07/1973
Registro:	112603
Sector:	Leito:



SINAIS VITAIS		
PA:	T:	HGT:
Observação:		

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

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

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

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM (x)	NÃO ()	À partir do dia: ____ às ____: Observação:
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (x)	NÃO ()	Observação:
TRICOTOMIA:	SIM ()	NÃO ()	Observação:
RETIRADO ADORNOS:	SIM (x)	NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM (x) NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (x)	Quais/Datas: M&B (perno)	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas:	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (x)	Observação:	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM () NÃO (x)

Enfermeiro Responsável:

(Assinar e Carimbar)

Jaciane Mendes
Enfermeira
COREN 340329

CÓD. 38404



Aviso de Cirurgia : 45485 Sala : 0004 SALA 04
Paciente : 112603 RIVALDO VIEIRA DE SOUZA Atendimento : 549261
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 714 404 - 04 - LT TRAUMA Idade : 46 Anos
Dt. Início : 20/02/2020 11:50 Dt. Fim : 20/02/2020 11:51
Cid Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIAO 15463 CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN

Descrição Cirúrgica :

- 1 DECUBITO VENTRE LAT E + ASSEPSIA + ANTISEPSIA + CAMPOS CIRURGICOS
- 2 ACESSO POST A TBIA PROXIMAL D + DISSECCAO POR PLANOS + REDUCAO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL COM FIXACAO COM 1 PLACA EM T + 2 PARAFUSOS CORTICAIS
- 3 ACESSO ANTERO LAT + REDUCAO DE FRATURA COM FIXACAO COM 1 PLACA EM L + 2 PARAFUSOS + 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS
- 4 CONTROLE RX + LAVAGEM COM SF
- 5 FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURA + CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

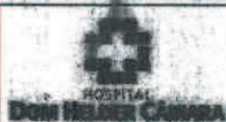
DR(A) : CARLOS ROBERTO PINHEIRO RIHAN
CRM : 15463

Dr. Carlos Rihan
Ortopedia-Traumatologia
CRM 15.463

Atividade: Cirurgia
Soluç. 1991
Faturado: 01/03/2020
82 MAR 2020

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
FICHA DE ANESTESIA



Registro: 112603 Atendimento: 549261 Dt. Cad: 07/01/2019
Nome: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA Dt. Nasc: 11/05/1973
Mãe: MARIA BERNADETE VIEIRA DE SOUZA Bairro: VISTA ALEGRE
End.: RUA CATENDE Nº. 95 Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES
Enferm.: 404 - 04 - LT TRAUMA Leito: 714 CNS: 709607638583372

Sexo: M Cor: PD Idade: 46 Risco: ASA1 DATA: 20/02/2020

CRM: 17271 Anestesista: MARIA EMILIA Cirurgião: RIHAN + HOMERO

Medicação Pré-Anestésica: NÃO Urgência: ☒ Não ☐ Sim

Cirurgia: TFO CIRURGICO FRATURA PLATO TIBIAL

Horário: 30

O₂

N₂O

Líquidos

SaO₂

ETCO₂

ECG

DIU

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

Anotações

Drogas Usadas	Doses
1 midazolam	0.1 amp.
2 pantanil	100 mg
3 Bupivacaína psada	17 mg
4 morfina	80 mg
5 pantanil	15 mg
6 cyardina	0.2 g
7 dypirone	0.2 g
8 ceftriaxona	100 mg
9 ondansetrona	0.4 mg
O ₂ cateter nasal	20

Monitorização

- ☒ Cardioscópio ☐ BIS
☒ Oxímetro ☐ Temperatura
☒ PNI ☐ Swan-Ganz
☐ Sonda Vesical ☐ Analisador Gases
☐ Capnógrafo ☐ PVC
☐ Estet. Pré-Cordial ☐ Estimulador de Nervo
☐ Outros ☐ Linha Arterial
☐ PP / VS

Técnica Anestésica

- ☐ Acompanhamento Respiração FR
☒ Sedação ☐ Espontânea PIT
A. Geral ☐ Controlada PEEP
☐ EV ☐ PCV FIO₂
☐ Inalatória ☐ VCV Bloqueio
☐ Balanceada ☐ Suporte ☒ Raqui 14-15
☐ A.G. + Bloqueio ☐ IOT ☐ Peri
Método ☐ INT ☐ P. Braquial
☐ Valvular ☐ ML ☐ Cateter S ☐ IN
☐ Aálvular ☐ Traqueo ☐ Cateter S ☐ IN

Destino

- ☐ SRPA
☐ Apart./Enf.
☐ UTI
☐ Externo
Encaminhado
☐ Acordado
☐ Sonolento
☐ Intubado
☐ Drogas
☐ Vasoativas

Balanco hídrico final:

Perdas: Jejum _____
Perdas Insensíveis _____
Diurese _____
Sangramentos _____
Intercorrências: ☐ Sim ☒ Não

Ganhos:

RL _____
SF0,9% _____

OBS. VENOCUSE MSE 3386

Assinatura do Anestesista

Dra. Maria Emilia Lyra



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Ronaldo Vieira de Souza DATA NASC: 11/05/73
 REGISTRO: 112603 DATA: 25/02/2020 HORA: _____
 SETOR DE ORIGEM: SRPA SETOR DE DESTINO: TRO

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>lucidez completo</u> HGT: <u>89</u> PA: <u>142x82</u> Pulso: <u>70</u> Temp: <u>36.0</u> FR: <u>12</u> Oximetria: <u>100%</u> Padrão respiratório: () Ar ambiente () Suporte de O2 () CatO2 () NBZ () TOT () Traqueo VM () Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: <u>fratura de tíbia</u> Antibiótico profilático: () Não () Sim Antibiótico terapêutico: () Não () Sim Qual: _____ Horário: _____ Drogas Vasoativas: () Não () Sim Qual: _____ Prognóstico: () Crônico () Não Crônico Nutrição: () Jejum () Dieta <u>VO</u>
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central () Não () Sim // SVD () Não () Sim Alergia: () Não () Sim Qual: _____ Hemoderivados: () Não () Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: () LPP () Queda () Febre () Outros: _____ Grau de Complexidade: () Crítico () Semi Crítico () Alta dependência () Intermediário () Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: () Coletado () Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: () Realizado _____ () Pendente <u>Ex</u> Curativo: () Não () Sim Local: <u>MID</u> Isolamento: () Não () Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico

Ass. Enfermeiro

Recebido por: Ass. Enfermeiro

Hora: _____

Dr. Carlos Rihan
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM 15.463

Thais Oliveira dos Santos
 Cogen PE 47652-100





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA:

Nome: Rivaldo Vieira de Souza data: 20/02/20 Hora: 11:25 Registro: 112603

Leito de origem:

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Pr. Cirur. Trat. de Plots de R.D. tubial
Tipo de anestesia: Raque + Sedação
Equipe: Dr. Rihan Anestesista: Dr. Emilia

3. Admissão

Estado geral: () Bom () Regular ☒ Torporoso () Grave^o
Respiração: ☒ Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não ☒ Sim Onde: _____
Acesso Venoso Central: ☒ Não () Sim Onde: _____
Drenos: ☒ não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 107x88 mmHg FR: 17 p/min FC: 76 p/min SaPO2: 99%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>113x76</u>	<u>120x81</u>	<u>122x82</u>	<u>117x82</u>	<u>119x78</u>	
FR	<u>13</u>	<u>15</u>	<u>16</u>	<u>16</u>	<u>13</u>	
FC	<u>78</u>	<u>75</u>	<u>80</u>	<u>84</u>	<u>75</u>	
SaPO2	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>98%</u>	
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

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

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____

Dra. Maria Emilia Corvino
Médica Anestesiologista
CPF: 012.963.246-57
CRM: 17274-CBO: 223104

CÓD: 38398



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Rivaldo Viana de Souza Nasc.: 11/05/1973 Registro: 112603
Clínica: Placo Enfermaria: SR Leito:
Diagnóstico: traq. de Placo, PD Data: 20/02/20

Plantão Diurno

Estado Geral:

Dieta: VO() SNE() GTT() Dieta zero()

Padrão respiratório: espontâneo() AV() VNI() Cat. 02() Venturi()

Acesso Venoso: Periférico() Central() Local: Data da troca:

Drenos: Sim() Não()

Diurese: Espontânea() SVD() Outros: Evacuação: Presente() Ausente()

Observações:

Alta: Transferência() Local

Melhorada() Óbito() Evasão()

Técnico em
enfermagem:

PT chegou na SR às 11:25h, foi realizado
curativo mtc, porque na SR o curativo da
ferida, em recuperação ambulatorial.

Thiago Felipe Dias de Melo
Thiago Felipe Dias de Melo
RSC de Enfermagem
COREN PE 00133923

Horário	SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO							
	HGT	FC	PA	SAT O ₂ E FR	TEMP	GANHOS				PERDAS			
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC. FUSÃO	TRANS	DRENO	DIUR.	EVAC. HDL
08													
09													
10													
11	-	46	114/71	100% 16									
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 112603

Atendimento: 549261

Dt.Cad: 07/01/2019

Nome: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

Dt. Nasc: 11/05/1973

Mãe: MARIA BERNADETE VIEIRA DE SOUZA

Bairro: VISTA ALEGRE

End.: RUA CATENDE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Enferm.: 404 - 04 - LT TRAUMA

Leito: 714

CNS: 709607638583372

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

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

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

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? *Redução da fratura*
 - Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *2:00 Sim*

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
 - ☐ Não se aplica
- Rx + TAC*

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

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

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

Trat. fratura platô tibial

*Thais Oliveira dos Santos
Coren-PE 477652-7*

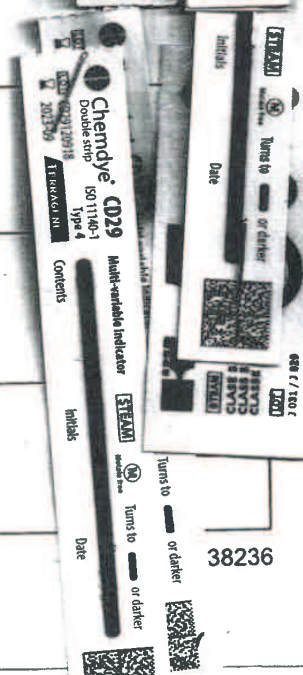


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE		GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
BLOCO CIRÚRGICO			
Nome: <u>Rinaldo Vieira de Souza</u>		Registro: <u>112603</u>	Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: <u>Tot living free plate plastic D</u>		Data: <u>26/02/2020</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos ☒ Proporcionar apoio emocional ☒ Dar informação ao paciente e familiares ☐ Outros _____ ☐ Manter decúbito elevado ☐ Aspirar vias aéreas superiores de ____/____ h ☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz		
2. Ventilação prejudicada	☒ Manter o paciente em posição de fowler ☒ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR ☒ Instalar ☒ manter ☒ Anotar oximetria de pulso ☐ Outros _____	12 18	
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 ☒ Diminuído ☐ Aumentado		
4. Dor	☒ Registrar se: ☒ Dor ao urinar ☐ Abaulamento em região suprapúbica ☐ Ausência de diurese espontânea ☐ Outros _____ ☐ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico ☐ Avaliar a localização e a intensidade da dor ☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação ☐ Identificar fatores desencadeantes da dor ☐ Registrar características e intensidade da dor ☐ Outros _____		
Local: <u>MIO</u>			
() Leve () Moderada () Severa			
5. Integridade tissular prejudicada	☒ Descrever características da lesão ☒ Realizar curativo de <u>24/24</u> h ☐ Realizar mudança de decúbito de ____/____ h ☐ Medir decúbito de dreno de ____/____ h ☒ Manter curativo oclusivo por <u>24</u> h ☐ Outros _____ ☐ Aferir pressão arterial de ____/____ h ☐ Manter decúbito: _____		
6. Sangramento	☒ Realizar curativo compressivo ☐ Outros _____ ☐ Pinçar dreno ao transportar paciente ☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: _____ ☐ Outros _____		
Local: <u>MIO</u>			
() Leve () Moderado () Severo			
7. Imobilidade no leito prejudicada			



Nome: Rinaldo Nina de Souza Data: 20/02/20 Registro: 132803
Convênio: S.V.S Leito: _____ Hora: 07:40

Cirurgião: DR. RYAN HOMERO 1º auxiliar: claudia
Anestesista: DR. EMILIA Instrumentador:
Circulante: Anusca

[illegible]

MATERIAL DE SALA CIRURGICA

PACIENTE: RINALDO ALVES DE SOUZA		DATA: 20-02-2020
CIRURGIÃO: RYAN E BOMERO		RG: 552603
ANESTESISTA: EMILIA		AUXILIAR: RAI
CIRURGIA: TR: PP: FALCÃO DE PLOTO DE PELO		ANESTESIA: RAI
ESTRUMENTADOR: CLAUDIA		COORDENAÇÃO DO BLOCO: RUANA
CIRCULANTE: THAIS		COREN: 11.00
ENFERMEIRA: THAIS		HORARIO INICIAL: 09:25 HORARIO FINAL: 11:00

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
SADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARDÍACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	ACO 6

CÓD. 38407



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Rivaldo Nival de Sousa Data: 20.02.2020 Hora: 09:25 Registro: 332603
Convênio: S.V.S. Leito: _____ Peso: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: RYAN E HOMERO Anestesiista: EMILIA
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Claudia

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Exatúra de Plântula em Pé D Início: 09:25 Término: 11:00
Anestesia: RAQU Início: 08:30 Término: 11:30

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: () Bom (X) Regular () Grave
Nível de Consciência: (X) Orientado (X) Consciente () Sonolento () Coma
Respiração: (X) Espontânea () Entubado () Traqueostomizado
otomia: () Sim (X) Não
Entrou no CC em uso de: cama Hosp. Itelton

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

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

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

Prontuário arquivado ao paciente Exatúra - 09:00
retirada - 11:05

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 20092020 Hora: 09:25 Enfermeira: THAIS Circulante: Priscila

CÓD. 33997



404.4



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

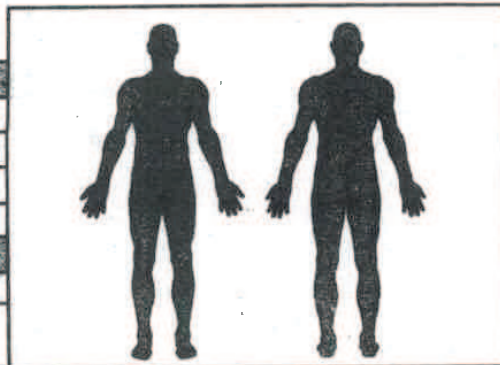
Data: 14/02/2020

Hora: _____



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CHECK LIST PRÉ-OPERATÓRIO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>Ruiolito V. de Sousa</u>	Registro: <u>913603</u>
Data de Nascimento: <u>11/07/82</u>	Leito: <u>404.4</u>
Sector: <u>400</u>	
SINAIS VITAIS	
PA: <u>120/80</u>	T: <u>36.2</u> HGT: <u>91</u>
Observação:	

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

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

ALERGIA		USO DE SONDAS
SIM (X)	QUAL: <u>Manitol</u>	SNE () SNG ()
NÃO ()	OBSERVAÇÃO: _____	SVD ()
ANTIBIÓTICO PROFIÁTICO		Outra: _____
SIM (X)	QUAL: <u>cefazolin</u>	DRENO
NÃO ()	OBSERVAÇÃO: _____	
SIM ()	QUAL: _____	
NÃO (X)	HORÁRIO DA ÚLTIMA ADMINISTRAÇÃO: _____	Local: _____

CUIDADOS GERAIS AO PACIENTE			
JEIUM:	SIM (X)	NÃO ()	A partir do dia: <u>16/02/2020</u> às: <u>7:00</u> Observação: _____
HIGIENIZAÇÃO:	SIM (X)	NÃO ()	Observação: _____
TRICOTOMIA:	SIM (X)	NÃO ()	Observação: _____
RETIRADO ADORNOS:	SIM (X)	NÃO ()	RETIRADO PRÓTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO ()
CIRURGIAS ANTERIORES:	SIM (X)	Quais/Datas: <u>10/02/2020</u>	
ALGUMA CIRURGIA COM USO DE PRÓTESE:	SIM ()	Quais/Datas: _____	
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO:	SIM (X)	Observação: _____	LATERALIDADE DEMARCADA: SIM (X) NÃO () Observação: _____

Enfermeiro Responsável: _____

CÓD. 38404

Inar e Carimbar)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	Número do documento: TER-001	Emissão: 17/04/2019
Versão número: 001		Revisão: 00
Assinatura para aprovação: Dr. André Sansão		

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PARA PROCEDIMENTOS EM GERAL -

O presente termo tem o objetivo de cumprir o dever ético de declaração do paciente e/ou responsável, de recebimento de informações quanto aos principais aspectos relacionados ao tratamento, assistência clínica, medicamento ou procedimento ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Dom Helder Câmara.

☒ Paciente

☐ Responsável

Autorizo o Drº(a) _____, credenciado(a) pelo Hospital Dom Helder Câmara, a realizar o(s) seguinte(s):

- ☒ Tratamento: _____
☐ Assistência clínica: _____
☐ Procedimento: _____ ou _____
☐ Exame: _____
a que serei submetido.

Declaro que estou ciente dos benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas possíveis que me foram explicadas claramente pelo médico, Drº(a) _____, CRM: _____, e que tive a oportunidade de fazer perguntas, que me foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para se obter o melhor resultado.

Estou ciente de que podem ocorrer complicações durante o Tratamento/Assistência Clínica/Procedimento ou Realização de exame, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas.

Confirmo que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☒ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Rosineide marlis de Oliveira Souza RG: 5.383.655
Data de nasc.: 21/11/76 Grau de parentesco: Esposa

Cabo de Santo Agostinho, 16 de 02 de 20 20

Rosineide marlis de Oliveira Souza
Assinatura do paciente/representante legal

Complemento Obrigatório Médico

Eu, _____, CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, ____ de ____ de 20 ____.

Assinatura do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



TERMO DE CONSENTIMENTO	TER-001	Emissão: 17/04/2019
Título: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO		Versão número: 001
Assinatura do médico responsável: Dr. André Sampaio		Revisão: 00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ANESTESIA

Declaro que fui informado(a) quanto aos principais aspectos relacionados ao procedimento anestésico ao qual serei submetido nesta instituição.

Autorizo o médico anestesiológista abaixo identificado, ou qualquer outro membro de sua equipe, todos devidamente cadastrados por esta instituição a realizar o seguinte procedimento anestésico

Declaro ainda que:

- Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s) será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesiológista. A(s) alternativa(s) de procedimento anestésico indicadas para possibilitar o procedimento a ser realizado, seus benefícios, riscos e complicações me foram explicadas satisfatoriamente.
- Fui esclarecido de que a anestesia envolve procedimentos invasivos e que podem ocorrer lesões que na maioria das vezes são temporárias. Raramente ocorrem lesões permanentes, mas podem ocorrer, mesmo que o procedimento tenha sido realizado sob o mais rigoroso padrão técnico. Assim como fui esclarecido, também, de que a resposta à administração de medicamentos é individual e que a ocorrência de efeitos colaterais ou indesejados é imprevisível.
- Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis nesta instituição.
- Por ocasião deste consentimento, informei ao médico anestesiológista sobre doenças pré-existentes, os medicamentos em uso, cirurgias realizadas, complicações anestésicas e reações alérgicas anteriormente apresentadas e, também, sobre o tempo decorrido de jejum (desde a última refeição/ingestão de líquidos).
- Fui informado(a) pela equipe médica de que o tabagismo, o uso de drogas entorpecentes, tais como cocaína, maconha, anfetaminas, e outras como o álcool são fatores que podem trazer prejuízo ao procedimento e/ou tratamento. Fui informado, também das complicações que podem advir do uso destas substâncias.

Confirmando que recebi explicações, compreendi e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedida a oportunidade de anular, questionar ou alterar qualquer espaço em branco, parágrafos ou palavras com as quais não concordasse.

☒ PACIENTE / ☐ RESPONSÁVEL LEGAL

Nome: Rosineide Martins de Oliveira Souza RG: 5.383.655
Data de nasc.: 23/12/76 Grau de parentesco: Esposa

Cabo de Santo Agostinho, 16 de 02 de 2020.

Rosineide Martins de Oliveira Souza
Assinatura do paciente/representante legal

Preenchimento Obrigatório Médico

Eu, _____ CRM: _____, médico responsável pelo esclarecimento do procedimento, prestei todas as orientações necessárias e solicitadas pelo paciente referente ao termo de consentimento informado.

☐ Não foi possível a coleta deste Termo de Consentimento informado, por tratar-se de situação de Emergência

Cabo de Santo Agostinho, _____ de _____ de 20____.

Assinatura / Carimbo do médico

Rodovia BR 101 Sul – KM 28, Cabo de Santo Agostinho – PE; CEP 54510-000
Fone: 3183-0000



TRANSFERÊNCIA INTERNA DO PACIENTE

NOME: Ronaldo V. de Souza DATA NASC: 11/07/73
REGISTRO: 11.2602 DATA: _____ HORA: _____
SETOR DE ORIGEM: SW SETOR DE DESTINO: _____

S	Situação (Enfermagem)	Nível de Consciência: <u>consciente, acordado</u> HGT: <u>91</u> PA: <u>120x0</u> Pulso: <u>19</u> Temp: <u>36.2</u> FR: <u>84</u> Oximetria: <u>98</u> Padrão respiratório: ☒ Ambiente ☐ Suporte de O2 ☐ CatO2 ☐ NSZ ☐ TOT ☐ Traqueo VM ☐ Traqueo NEB Intercorrência nas últimas 24h: _____
B	Base do cenário (médico)	Breve relato do caso: <u>Tuberculose</u> Antibiótico profilático: ☐ Não ☐ Sim Antibiótico terapêutico: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____ Drogas Vasoativas: ☐ Não ☐ Sim Quasi: _____ Prognóstico: ☐ Crônico ☐ Não Crônico Nutrição: ☐ Jejum ☐ Dieta _____
A	Análise (Enfermagem)	Dispositivos Invasivos: Cateter central ☐ Não ☐ Sim // SVD ☐ Não ☐ Sim Alergia: ☒ Não ☐ Sim Qual: _____ Hemoderivados: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____ Medicação de uso contínuo: _____ Riscos: ☐ LPP ☐ Queda ☐ Febre ☐ Outros: _____ Grau de Complexidade: ☐ Crítico ☐ Semi Crítico ☐ Alta dependência ☐ Intermediário ☐ Mínimo
R	Recomendação (Enfermagem)	Exames Laboratoriais: ☒ Coletado ☐ Não Coletado Qual: _____ Exames de Imagem: ☒ Realizado _____ ☐ Pendente _____ Curativo: ☐ Não ☐ Sim Local: <u>MW</u> Isolamento: ☐ Não ☐ Sim Qual: _____

Enviado por: Ass. Médico

Ass. Enfermeiro

Recebido por: Ass. Enfermeiro

Hora: _____





IMIP - Hospital Dom Helder Câmara
BR 101 Sul Km 28 S/N
Cabo de Santo Agostinho - PE
CEP: 54510-000



RA: 2497514 - RIVALDO VIEIRA DE SOUZA 46 anos 9 meses **Sexo : M**
Dr.(a): 17726 - IJACIEL SOARES **Entrada:** 11/02/2020 02:58:49
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - **Posto:** 000006 - URGENCIA **Prontuário:** 112603 **Cód.SUS:** Local de Entrega: EV-
EMERGÊNCIA VERDE
Coleta : 11/02/2020 02:58:00

Data de Nascimento : 11/05/1973

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado
20,4 mg/L

Valor de Referência:
Até 5,0 mg/L

Material: SORO

Método: IMUNOTURBIDIMETRIA

Data Assinatura: 11/02/2020 03:46:20

CREATININA

Resultado
0,89 mg/dL

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

Material: SORO

Método: PICRATO ALCALINO CINETICO

Data Assinatura: 11/02/2020 03:45:13

POTÁSSIO

Resultado
3,6 mmol/L

Valor de Referência:
De 3,5 a 5,1 mmol/L

Material: SORO

Método: ÍON SELETIVO

Data Assinatura: 11/02/2020 03:45:16

SÓDIO

Resultado
139 mmol/L

Valor de Referência:
De 136 a 145 mmol/L

Material: SORO

Método: ÍON SELETIVO

Data Assinatura: 11/02/2020 03:45:14

HEMOSEDIMENTAÇÃO (VHS)

Resultado
45 mm/1h

Valor de Referência:
Homens: Até 8 mm/1h
Mulheres: Até 10 mm/1h

Material: SANGUE

Método: TESTE DE WESTERGREN

DRªEUNICE CATARYNE DE SOUZA
BIOMEDICA
CRBM: 3633

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

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

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

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

Data da Impressão: 11/02/2020 10:19:05 Página: 1/3



Assinado eletronicamente por: THIAGO FELIPE DIAS DE MELO - 24/08/2020 16:54:13

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082416541299000000065578306>

Número do documento: 20082416541299000000065578306



IMIP - Hospital Dom Helder Camara
BR 101 Sul Km 28 S/N
Cabo de Santo Agostinho - PE
CEP: 54510-000



RA: 2497514 - RIVALDO VIEIRA DE SOUZA 46 anos 9 meses **Sexo : M**
Dr.(a): 17726 - DACIEL SOARES **Entrada:** 11/02/2020 02:58:49
Unidade: HDH-HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - **Posto:** 000006 - **URGENCIA** **Prontuário:** 112603 **Cód.SUS:** Local de Entrega: EV-
EMERGÊNCIA VERDE
Coleta :11/02/2020 02:58:00

Data de Nascimento :11/05/1973

TP - TEMPO DE PROTROMBINA

Tempo de Protrombina	14,6 seg.	Valor de Referência:
Atividade de Protrombina	79,0 %	Atividade: 70 a 100%
INR	1,15	0,80 a 1,20

Nota: INR recomendado pela OMS para anticoagulação 2,5 a 3,5 podendo ir até 4,5 na profilaxia de acidentes tromboembólicos arteriais.

Material: PLASMA

Método: COAGULOMÉTRICO

Data Assinatura: 11/02/2020 03:35:27

Resultado

25 mg/dL

Valor de Referência:

De 1 a 3 anos: 10 a 36 mg/dL
De 4 a 13 anos: 15 a 36 mg/dL
De 14 a 19 anos: 18 a 45 mg/dL
Homem até 50 anos: 19 a 44 mg/dL
Homem acima de 50 anos: 18 a 55 mg/dL
Mulher até 50 anos: 15 a 40 mg/dL
Mulher acima de 50 anos: 20 a 43 mg/dL

Material: SORO

Método: UREASE

DRª EUNICE CATARYNE DE SOUZA
BIOMÉDICA
CRBM: 3633

Data Assinatura: 11/02/2020 03:45:15

Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra Não Coletada pelo Laboratório"

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

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

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

Data da Impressão: 11/02/2020 10:19:05 Página: 3/3



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/FICHA DE ESCLARECIMENTO

PACIENTE: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

REGISTRO: 112603

IDADE: 46

DATA ADMISSÃO: 11/02/2020

DATA ALTA: 21/02/2020

1- Diagnósticos Definidos:

FRATURA EM PLANALTO TIBIAL DIREITO

2- Conduta/ Procedimentos Realizados:

PLACA EM T + PARAFUSOS

3- Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4- Informações Complementares:

1. MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE O REPOUSO
2. REALIZAR MOVIMENTOS DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO MEMBRO, CONFORME ORIENTAÇÕES DE A FISIOTERAPIA
3. RETORNO APÓS 02 SEMANAS PARA AMBULATÓRIO ORTOPEDIA HDH (A SER MARCADO POR TELEFONE)
4. ATENÇÃO: REALIZAR RADIOGRAFIA EM MUNICÍPIO DE ORIGEM PARA RETORNO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: __/__/2020
Não ()

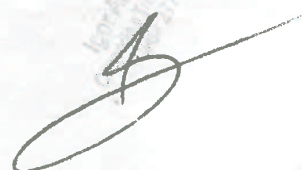
Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.



ATESTADO MÉDICO

Paciente: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 11/02/2020.

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

CID: S52.3

Cabo de Santo Agostinho, 21/02/2020



FISIOTERAPIA

Data do atendimento: 21/02/2020

Paciente:

RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

INDICAÇÃO CLÍNICA:

FRATURA EM PLANALTO TIBIAL DIREITO

Nº : VINTE (20) SESSÕES



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

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

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

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

Cabo de Santo Agostinho, 21 de fevereiro de 2020



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 54.510-000 Cabo de Santo Agostinho – PE Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

21/02/2020

Paciente: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
Endereço:

1) CEFALEXINA 500MG - 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL 6/6HRS
DURANTE 7 DIAS

[Handwritten signature]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: Ident.: End.: Cidade: Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

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 54.510-000 Cabo de Santo Agostinho – PE Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

21/02/2020

Paciente: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
Endereço:

1) CEFALEXINA 500MG - 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL 6/6HRS
DURANTE 7 DIAS

[Handwritten signature]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: Ident.: End.: Cidade: Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

21/02/2020

Paciente: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
Endereço:

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

1) LISADOR DIP 01G – 01 CAIXA
TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 6/6H
QUANTO TIVER DOR.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

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

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

21/02/2020

Paciente: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
Endereço:

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

1) LISADOR DIP 01g – 01 caixa
TOMAR 01 COMPRIMIDO VIA ORAL DE 6/6H
QUANTO TIVER DOR



IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: Ident.: End.: Cidade: UF: Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: Ident.: End.: Cidade: UF: Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____



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 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE
Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

21/02/2020

Paciente: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
Endereço:

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

1) PARATRAM (37,5MG+ 325 MG)-01 CX
TOMAR 01 CP DE 08/08 HORAS

[Assinatura]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:.....	
Ident.:.....Org. Emissor:.....	
End.:.....	
Cidade:.....UF:.....	
Telefone:.....	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	

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 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE
Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

21/02/2020

Paciente: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
Endereço:

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

1) PARATRAM (37,5MG+ 325 MG)-01 CX
TOMAR 01 CP DE 08/08 HORAS

[Assinatura]

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome:.....	
Ident.:.....Org. Emissor:.....	
End.:.....	
Cidade:.....UF:.....	
Telefone:.....	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	





HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

DADOS DO PACIENTE

Nome:

Nº Prontuário:

Data de atendimento

Data de ALTA

Para:

INSS

DPVAT

OUTROS

Data da solicitação 21/02/2020

revisão de entrega 10/03/2020

DADOS DO SOLICITANTE

Nome:

RG

Contato:

Assinatura

OBSERVAÇÃO: Os documentos aqui solicitados só serão entregues ao paciente, mediante apresentação de documento original oficial com foto.

TEL: (81) 3183-0035 (seg à sex de 08h às 12h / 13h às 17h)

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Proessor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Camara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.570-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

CÓD. 38422



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



404-04

FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: RENATAMEL

Paciente: 112603 RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG

tipo de Agendamento:

Data da Agenda: 19/03/2020

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

HORÁRIO: 09:00 ATÉ 10:00h

APÓS O HORÁRIO, NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO

CONFIRMAR CONSULTA UM DIA ANTES. FONE: (81) 3183-0149 A PARTIR DAS 13HS..

PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF



Imobilização

Paciente: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
Registro: 112603 Data da Alta: 21/02/2020

Solicito Imobilização: CURATIVO


CARLOS ALBERTO
CRA 17718

Solicitação de Radiografia (REALIZAR EM MUNICÍPIO DE ORIGEM)

Paciente: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA
Registro: 112603 Data da Alta: 21/02/2020

Solicito Radiografia:

RX DO JOELHO DIREITO AP/PERFIL

Motivo: Controle

Obs: ATENÇÃO: REALIZAR RADIOGRAFIA EM MUNICÍPIO DE ORIGEM
PARA RETORNO E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.


CARLOS ALBERTO
CRA 17718





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 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o 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, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200284277

Vítima: RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RIVALDO VIEIRA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00931/00932 - carta_11 - INVALIDEZ



00040466



Buscar no site

A
COMPANHIA ▾

SEGURO
DPVAT ▾

PONTOS DE
ATENDIMENTO
(/Pontos-de-
Atendimento)

CENTRO DE
DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾

SALA DE
IMPRENSA ▾

TRABALHE
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

Sua busca por placa: PDU4152 UF: PE CATEGORIA: 08*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento				
-	2019	R\$19,65	Quitado					
<table><tr><th>Data Pagamento</th><th>Valor Pago</th></tr><tr><td>27/03/2019</td><td>R\$19,65</td></tr></table>					Data Pagamento	Valor Pago	27/03/2019	R\$19,65
Data Pagamento	Valor Pago							
27/03/2019	R\$19,65							
+	2018	R\$57,61	Quitado					
+	2017	R\$86,38	Quitado					
+	2016	R\$134,66	Pendente					
+	2015	R\$28,16	Quitado					

(*) Ciclomotores

Voltar

Imprimir

ACESSIBILIDADE



PÁGINA INICIAL	SERVIÇOS ▼	PUBLICAÇÕES ▼	LEGISLAÇÃO ▼	TRANSPARÊNCIA ▼	INSTITUCIONAL ▼
----------------	------------	---------------	--------------	-----------------	-----------------

SEFAZ-PE > Serviços > IPVA > Calendário IPVA 2020

IPVA

Apresentação

Calendário IPVA 2020

DETRAN

Formulários

Isenção de IPVA

Legislação

Orientações sobre Pagamento do IPVA - emissão de DAE

Parcelamento de IPVA

PERC IPVA com desconto

Perguntas e Respostas

Portadores de Necessidades Especiais

Calendário IPVA 2020

CALENDÁRIO IPVA 2020

PRAZO PARA RECOLHIMENTO DO IPVA RELATIVO A VEÍCULOS USADOS EXERCÍCIO DE 2020				
NÚMERO DO ÚLTIMO DÍGITO DA PLACA IDENTIFICADORA DO VEÍCULO	COTA ÚNICA (com desconto de 7%)	1a COTA	2a COTA	3ª COTA
1 e 2	7.2.2020	7.2.2020	6.3.2020	7.4.2020
3 e 4	11.2.2020	11.2.2020	10.3.2020	14.4.2020
5 e 6	14.2.2020	14.2.2020	13.3.2020	17.4.2020
7 e 8	19.2.2020	19.2.2020	18.3.2020	23.4.2020
9 e 0	28.2.2020	28.2.2020	25.3.2020	30.4.2020

Veja o DECRETO Nº 48.450 DE 23 DE DEZEMBRO DE 2019 para consulta da tabela de valores para recolhimento do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA

SERVIÇOS

Para Cidadãos

Are Virtual
IPVA
Calculo ICMS Frete
ICD
CND

Para Municípios

Índice de Repasse
Índice de Repasse Detalhado
Transferências Constitucionais
Dados Sócio-ambientais

Para Empresas

Are Virtual
Nota Fiscal Eletrônica
SEF I
SEF II

PUBLICAÇÕES

Oficiais

Credenciamento
Descredenciamento
Editais
Notificações

Manuais e Guias

Dúvidas
Tributárias/Informativos
Fiscais

Licitações

Atas de Registro
Processo Licitatório

LEGISLAÇÃO

Financeira

Lei nº 7.741 de 23 de outubro de 1978
Lei nº 8.666 de 21 de junho de 1993

Tributária

Legislação Estadual
Consolidada por Assunto

ICMS

ICD

IPVA

PAT - Processo Administrativo Tributário

Normas de Interesse Tributário

TRANSPARÊNCIA

Finanças

Desempenho da Receita Estadual
Balancos
Demonstrativos da Lei de Responsabilidade Fiscal

Para Municípios

Índice de Repasse
Transferências Constitucionais
Dados Sócio-ambientais

Lei de Acesso à Informação

INSTITUCIONAL

A Secretaria

Acesso Restrito
Apresentação
Endereços SEFAZ/Horários de Atendimento

Programas

Todos com a Nota
Cooperação Técnica Brasil x Canadá
Educação Fiscal
Água Pura
A3P
Profisco

