

---

**Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210088743**

**Vítima: HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

**Data do Acidente: 02/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210088743**

**Vítima: HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

**Data do Acidente: 02/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000002719**

Conta: **000000021180-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do fêmur esquerdo. Ferimento no 5º dedo da mão esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 70°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico em 03/11/2020 com desbridamento e lavagem exaustiva, e com colocação de fixador externo em fêmur esquerdo, e sutura do ferimento do 5º dedo da mão esquerda. Em 05/11/2020 realizada nova cirurgia com retirada do fixador, com osteossíntese da fratura com uso de placa bloqueada, 03 parafusos corticais e 07 parafusos de bloqueio, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Realizada fisioterapia, não comprova data da alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/04/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 75% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO MEMBRO INFERIOR.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 327.829.694-04 4 - Nome completo da vítima: HUMBERTO FERREIRA DANTAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: HUMBERTO FERREIRA DANTAS 6 - CPF: 327.829.694-04  
7 - Profissão: ELETRICITARIO 8 - Endereço: RUA PROFESSOR LUIZ GONZAGA FORTO 9 - Número: 711 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SAN MARTIN 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50760-670  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (51) 9.8864-9869

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECUSO INFORMAR  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  Bradesco (237)  Itaú (941)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou resíduo (patrimônio)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_ 5 de março 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 004ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESPINHEIRO - DP4ª CIRC DIM/2ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0094000380**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/02/2021** às **11:55**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **2/11/2020** às **18:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTOR SEVERINO PINHEIRO, 1, LOGO APOS A PONTE ESTACIO COIMBRA.** - Bairro: **MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **50720-535** - Ponto de Referência: **PERTO DO QUARTEL DO DERBY.**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
DAMIANA JOSEFA BARBOSA ( OUTRO )  
HUMBERTO FERREIRA DANTAS ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LAURINETE FERREIRA DANTAS** Pai: **ISMAR DANTAS DA SILVA** Data de Nascimento: **4/3/1961** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1991231/SDS/PE (RG), 32782969404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **TECNICO (OUTROS)**

Telefones Fixos:

- **8131321288**

Telefones Celulares:

- **81986181713**

Endereço Residencial: **RUA PROFESSOR LUIZ GONZAGA PORTO, 111 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, HOTEL FADA.**

**DAMIANA JOSEFA BARBOSA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DAMIANA JOSEFA BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PDJ7920 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

**AUTOMOVEL (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

**DESCONHECIDO**


Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

RELATOU O SENHOR HUMBERTO QUE GUIAVA SUA MOTOCICLETA, DE FORMA TRANQUILA, SEGUIA PELA RUA CITADA (SEVERINO RAMOS), SENTIDO CLUBE INTERNACIONAL...SUBIRIA A PONTE. SEGUIA PELA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO, REPENTINAMENTE, UM CARRO, NÃO IDENTIFICADO, QUE VINHA PELA FAIXA DA DIREITA, MUDOU DE FAIXA (PARA A DA ESQUERDA) DE FORMA ABRUPTA, SEM O DEVIDO CUIDADO... "TRANCOU" A VÍTIMA QUE BATEU NUM "GELO BAIANO" QUE FICA NO CENTRO DA VIA.. O MESMO FOI SOCORRIDO PELO "SAMU" PARA O HOSPITAL ESPERANÇA. QUEBROU O FÊMUR ESQUERDO E FICOU, APROXIMADAMENTE, 08 DIAS INTERNADO. POR FIM, CONTOU QUE O AUTOR DO ACIDENTE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR O DEVIDO SOCORRO, TAMPOUCO PRESTOU ESCLARECIMENTOS ÀS AUTORIDADES COMPETENTES.

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



**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **HELIO RICARDO BORGES SAMARY** - Matrícula: **221260-9**  
(Liberado em 17/02/2021 às 12:36)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 327.829.694-04 4 - Nome completo da vítima: HUMBERTO FERREIRA PANTAS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: HUMBERTO FERREIRA PANTAS 6 - CPF: 327.829.694-04  
7 - Profissão: ELETRICITARIO 8 - Endereço: RUA PROFESSOR LUIZ BONZAGA FORTO 9 - Número: 711 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: SAN MARTIN 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50760-670  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): (51) 9.8864-9869

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  RECURSO INFORMAR  R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (941)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 2719 CONTA: 00021180 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou reserbo (ou reserbo)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_ 5 de março 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**DECLARAÇÃO - Registro Estatístico Nº 79937**

Número de Registro:	79937
Av. / Rua:	RUA DR SEVERINO PINHEIRO
Bairro:	Derby
Data:	02/11/2020
Hora:	
Natureza do acidente:	Choque Objeto Fixo
Vítima(s):	HUMBERTO FERREIRA DANTAS
Placa e condutor (V1):	PDJ 7920 - HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que consta em nossos arquivos, o registro de um acidente com vítima com os dados acima referidos, não podendo a CTTU emitir cópia do Registro Estatístico, tendo em vista que, em acidentes com vítima, a competência não é desta Autarquia, sendo o registro realizado apenas para fins estatísticos.

Recife, 18 de janeiro de 2021

Celso Rodrigues  
Chefe do SPM  
Mat. 860.-6  
CTTU / Recife

Nilton Prazeres dos Santos  
Diretor de Trânsito

AUTENTICAÇÃO PELA CTTU/GPC

1st. Resp

32588  
Mat. Nº 8688-6

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 58116947 Set/2020  
 LAURINETE FERREIRA DANTAS  
 R PRF LUIZ GONZAGA PORTO, N. 00111 - SAN MARTIN RECIFE PE 5076  
 0-670  
 INSCRIÇÃO: 347.512.269.0318.000 GRUPO: 12 DEB. AUTOMÁTICO: 058116947

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FACTIVELO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175507016	DATA LEIT. ANTERIOR 04/09/2020	DATA LEIT. ATUAL 05/10/2020	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

ÁGUA:  
 LEIT ANT: 0 CONSUMO: 0  
 LEIT ATU: 0  
 LEIT FAT: 0

HISTÓRICO DE CONSUMO  
 REFERÊNCIA CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
08/2020 00	TURBIDEZ	129	129	128
07/2020 00	COR APARENTE	129	129	121
06/2020 00	CLORO RESIDUAL	129	129	129
05/2020 00	COLIF. TOTAIS	129	129	128
04/2020 00	E. COLI	129	129	129
03/2020 00				
MEDIA: 00				

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)  
 OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
 (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
 (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	44,08

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÓSTO
IR COFINS	44,08	1,65	0,73
	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 20/10/2020 TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:

82878888888-4 44626818347-3 05811694781-4 09282878888-4 IMPRESSO EM 05/10/2020 09:12:18

Limite Total de Crédito	R\$ 4.300,00
Limite para saque à vista**	R\$ 0,00
Limite disponível em 20/02/2020	R\$ 2.201,54

\*\*A utilização deste limite comprometerá o limite total do cartão.

Parcele esta fatura em 12 X 176,23	Pagamento Mínimo R\$ 219,63	Total desta Fatura R\$ 1.295,22
---------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

Se você pagar qualquer valor entre o **Pagamento Mínimo** e o **Total da Fatura**; esta diferença será financiada pelo próximo período com os juros do **Crédito Rotativo** e IOF.

Vencimento  
06/03/2020

Parcelas a vencer	Próxima Fatura	Total a Vencer*
Compras Parceladas	R\$ 240,70	R\$ 803,24
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 240,70</b>	<b>R\$ 803,24</b>

\*Somatória de todas as parcelas a vencer, incluindo as que vencerão na próxima fatura (demonstradas acima).

**Conveniência**

Parcele o total desta fatura em:

24 X	135,65	18 X	147,50	15 X	158,45	11 X	184,65
08 X	223,98	06 X	273,70	04 X	375,14		

**PARA CONTRATAR O PARCELAMENTO DE FATURA:**

Faça um único pagamento do valor da parcela escolhida até o vencimento desta fatura. O valor da parcela já inclui IOF e taxa de juros. Cartões em atraso devem consultar a Central de Atendimento Santander antes da contratação.

**Esfera**

Explore descontos de até 50% e opções para juntar e trocar pontos para comprar, viajar e curtir.  
Acesse: [www.esfera.com.br](http://www.esfera.com.br) e saiba mais.

**Importante**

A PARTIR DE 22/09/19 A CADA R\$ 8,00 GASTOS COM SEU CARTÃO VOCE ACUMULA 1 PONTO E AINDA CONTA COM DESCONTOS PARA COMPRAR, VIAJAR E SE DIVERTIR. CONSULTE NOVA REGRA EM [WWW.SANTANDERESFERA.COM.BR](http://WWW.SANTANDERESFERA.COM.BR). EM 16/09/19 O CONTRATO DO SEU CARTÃO DE CRÉDITO SERÁ ALTERADO. CONSULTE EM [WWW.SANTANDER.COM.BR](http://WWW.SANTANDER.COM.BR).

**Juros (ao mês) para o próximo período**

Parcelamento automático	9,99%
Crédito Rotativo	12,29%
Saques	17,89%
Compras Parceladas com juros	4,99%
Parcelamento de Fatura	9,99%
Total Parcelado	4,69%

Pagando apenas o valor mínimo desta fatura até a data de vencimento, o valor dos juros mais impostos a ser pago na próxima fatura será de: **R\$ 143,42**.

Data de fechamento desta fatura	20/02/2020
Previsão de fechamento da próxima fatura	24/03/2020

	Prefixo 033-7	03399.49281 36981.908506.62238 801021 8 00000000000000		
Nome do Pagador: ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE - CPF/CNPJ: 050.419.044-05 TV PRO XII 645 - B N CARMELO CEP 54762-622 CAMARAGIBE PE				
Nosso Número 8190850622388	Número do Documento 7097660024576200	Data de Vencimento 06/03/2020	Valor do Documento R\$ 1.295,22	Valor pago R\$
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011				
Agência / Código - Beneficiária 050 04 92836 9		Autenticação Mecânica		

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu Alaide Elaine Gomes de Albuquerque

inscrito (a) no CPF/CNPJ 050.419.044 / 05, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Humberto Ferreira Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.829.694 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Humberto Ferreira Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.829.694 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Pio XII</u>	Número: <u>685</u>	Complemento: <u>caso</u>
Bairro: <u>centro</u>	Cidade: <u>Camapicipo</u>	Estado: _____
E-mail: _____	CEP: <u>54762-622</u>	Tel.(DDD): <u>(181) 98864-9869</u>

Local e Data: Camapicipo 05 de MARÇO 2021

Alaide Elaine Gomes de Albuquerque  
Assinatura do Declarante

ATENDIMENTO EMERGÊNCIA *em. GR67 20:07*

Procedência

Domicílio  Outro Hospital  Home Care  Outros:

HUMBERTO FERREIRA DANTAS

\* Caso procedente de outro hospital, home care ou clínica de hemodiálise, seguir protocolo de medidas de precaução de contato da CCIH.

Nasc: 04/03/1961 - 59a7m29d  
Reg: 1966081 - Pront: 000059418  
FACHESP/ESPECIAL - Sexo: M  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 20:08  
Matrícula: 011853290000  
N. Soc:

Horário do início do atendimento SMART : h Horário do início do atendimento leito *19:50* h

CIRURGIA Leito: URGEN

QUEIXA PRINCIPAL: *Dole Trauma*

SSV: FR *18* FC *91* PA *165x89*

Leito: URGEN *8*

SATURAÇÃO O2 *93* TEMPERATURA: DOR  SIM ( ) NÃO LOCAL DA DOR *perna e, ombros* INTENSIDADE (ESCALA DE EVA): *8*

Alergias  Sim  Não Quais:

Assin. Enfermagem *facilene 1187634*

Horário do início do atendimento médico : h



MA:

Antecedentes

HAS  Sim  Não Tabagismo  Sim  Não Alergia  Sim  Não  
DM  Sim  Não Etilismo  Sim  Não Internamento último 90 dias  Sim  Não  
Asma/DPOC  Sim  Não Angina/IAM  Sim  Não Motivo:  
AVC  Sim  Não Dist. coag.  Sim  Não Uso de ATBs nos últimos 60 dias  Sim  Não  
Convulsões  Sim  Não Neoplasia  Sim  Não Quais:  
IRA/IRC  Sim  Não Uso de QT  Sim  Não Cirurgias prévias  Sim  Não  
Outros: História de Doença Psiquiátrica  Sim  Não  
Nível de Risco:

H.D.A. *Paciente trazido pelo SAMU, após ser resgatado por queda moto. Teu suspenso de fratura femur, além de ferimento no 5º dedo da mão esquerda*

Medicamentos em uso *Nega vômitos ou perda consuemie usava capacet*

Exame físico  
Geral: Temperatura °C *36,3, consciente, contactivo.*  
ORL: *supernas, corado*  
AR: FR *irpm* *18*  
ACV: PA / mmHg FC bpm *165x89*  
ABD: *flácido, indolor* *imobilização em M + E esquerda.*  
SN: *elb: 15*  
Extremidades: *ferimento quinto dedo man eq.*

Hipóteses diagnósticas  
1 - *trauma moto* CID 10:  
2 - *trauma* CID 10:  
3 - *ferimento 5º dedo man eq*  
4 -

Ass. Médica: *João Paulo Martins*





# REAVALIAÇÃO MÉDICA

ESCALA VISUAL ANALÓGICA



Hora Dor: Sim ( ) Não ( ) Escala de Dor (EVA):

20:25h À ortopedia

João Paulo Martins  
Cr. Geral Digestiva  
CREMESP 14698

HUMBERTO FERREIRA DANTAS  
Nasc: 04/03/1961 - 59a7m29d  
Reg. 196689 - Prof. 000059419  
FACHESP/ESPECIAL - Sexo: M  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 20:08  
Matricula: 011853290000  
N. Soc:  CIRURGIA  
Leito: URGEM

### Diagnóstico final do serviço de emergência

- 1- queda moto CID 10:
- 2- trauma M.D. CID 10:
- 3- ferimentos S. dedo mar esp CID 10:
- 4- CID 10:

Horário de Conclusão do atendimento 20:25 h

### Destino do paciente

- Alta hospitalar
- Alta a pedido
- Evasão
- Óbito
- Transferência
- Internamento
- UTI
- Apartamento
- Encaminhamento a outra especialidade ORTOPEDIA

João Paulo Martins  
Cr. Geral Digestiva  
CREMESP 14698

Médico responsável pela conclusão do atendimento (assinatura e carimbo)

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Data/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

06/11/2020 Enfermagem  
08:20

Nome:  
HUBERTO FERREIRA DANTAS

Nasc: 04/03/1961 - 59a8m1d  
Reg: 1966938 - Pront: 000059418  
FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
Matrícula: 011853290000  
N. Soc:



ORTOPEDIA  
Leito: 412

Paciente com HD: 1º DPO  
TT Fratura exposta (E) Fêmur  
Ocluindo em ECR, consciente  
orientado, restrito ao leito, Sfelil, eufórico  
normotense, SSW estáveis. AUP em MSF com  
traço para 08/11 sem sinais flogísticos. Deto  
na sua oral com moderada edulação. Anom  
lento. Peli. curativo em FO (Fémur (E)) com  
curativo limpo externamente. Glândulas  
apertadas presentes. Sem queixas de o mo  
mento. Inserido nos protocolos de queda, fl-  
luto, infecção, lesão de pele, dor, condu-  
tos, manter como travado e guals deve  
dos. Traço de AUP a cada 72 horas por  
sem dos mas. Mudanças de decúbito a  
72 horas. Avaliar limbo de dor (Escril  
gov) medica conforme prescrição, repulso  
dos após 60 minutos. Segue as condutas  
do exupl.

Paulina Santos  
COREN-PE 507.500-ENF

06/11/2020 # Osteoquia (1º DPO TT) amiguo FX de fémur (E)  
no: Dr. Daniel Mendes

Paciente adleu sem queixas algicas, em 500, apêlul,  
boa perfusão distal, no other em unta, fustis  
lupis 1 ano.

CP: Sólido tab  
Anoquencia de alta hippla anota!  
Anoquencia.

Dr. Lucas Mousinho  
MEDICO  
CREMEPE 29797

Data/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

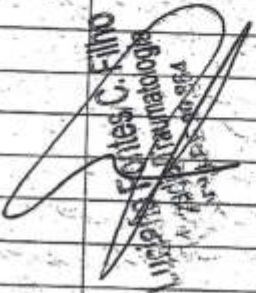
07.11.20

Ortopedia

Paciente em ZDPO. Sem  
queixas no momento.  
BEG, eufórico, atv., hipertensão  
hol: K<sup>+</sup> 2,8 - N<sup>+</sup> 146.  
Hb: 2,6

ep: 1) Suspeita de at-  
meto

2) Idade avançada 66ms.

  
Filipe Soares C. Filho  
Médico Ortopedista  
CRM-PE 25026

07/11/2020

# Intercorridas #

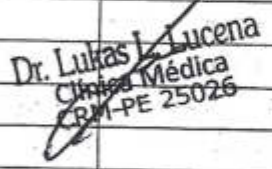
Paciente relata evacuações ausentes há 05 dias. Refere  
eliminação de gases. Evacuação relata evacuação apenas  
em pequena quantidade. S/ bruxismos na prescrição. Faz  
Tramadol fixo e s/ mobilizar no leito (ZDPO Fx Emiss)

Ac rone: EGB, core, empneco, corado e hidratado.

Apêndix

AGJ: Semglobozo, depressivo, levemente doloroso, hipertimpânico  
RHA (+)

- cp:
- 1) Procinético fixo + mirtilax fixo + Duda lactose
  - 2) Prescrição supressão glicêmica
  - 3) Mirtilax s/n.

  
Dr. Lukas Lucena  
Clínica Médica  
CRM-PE 25026

LABORAÇÃO

or: Comissão de Prontuário  
ne: Isabella Lobato, Janny Leonor.  
inatura:

APROVAÇÃO

Setor: Diretoria Médica  
Nome: Adriana Passos Pequeno

ência: 17/05/2022

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Data/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

07/11/2020  
13:30h # Quimioterapia #  
# cl. Médica #

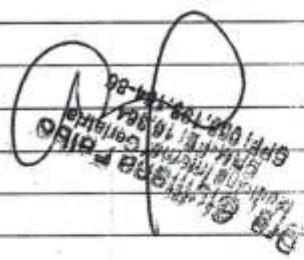
**HURBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nasc: 04/03/1961 - 59a8m3d  
 Reg: 1965938 - Pront: 000059418  
 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matrícula: 011853290000  
 N Soc:  
 ORTOPEDIA  
 Leito: 412

chamada para avaliação por desme-  
tido a coleção ciliungra de fra-  
tura de fêmur (E) (2º DPO) hiper-  
tensão dialéctica, evoluindo e hipocalcemia re-  
fratária a reposição a slow K e constipação  
há 5 dias.

Por não náuseas, vômitos, dor abdominal. Refere  
cãibras.

Ex físico plcut.  
abd unpele, rta (+), timpânico.  
ECG = 15

- Plantarilhas livres, sem edemas.  
 CD: 1. Faco reposição rápida de K  
 2. manutenção slow K  
 3. Fleut enema aquosa.  
 4. lav. plamaula.



08/11/2020 # Ortopedia  
 Mt: Dr. Arnaldo Campos  
 Plante em 3º DPO 100 unidades de DX fêmur (E)  
 Siquil em BCO, dor de, F.O. de 1000ml.  
 LP: sig. monitorado de CM pl. progressiva alta us. pl.  
 de fêmur.

Dr. Lucas Mousinho  
 MÉDICO  
 CREMPE 29797

Data/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

08/11/2020 Enfermagem  
10h

Paciente com HTA: 6º DPO TTO Fratura  
Proposta Fêmur (E) + 3º DPO TTO Fratura  
Fêmur (E), evoluindo em ECG concêntrico,  
orientado, restrição de leite, gástrico, suplexão,  
normotensão, SSW extensas. AVP em MSA  
com troca para 0111 sem sinais fisiológicos.  
Dieta por via oral com moderada restrição  
cas. Anamnése. Pele: curativo em  
MIE, com ulcera em m. (E) descoberto  
& curativo com colapto em MIE com  
troca para 0911 (T. (E)). Clemências epon-  
tomas presentes. Sem queixas do o. momen-  
to. Anamnése rotativa de 3,3, razoáveis  
reperções. Incluído nos métodos de queda  
flúvia; infecção, TAV, lesão de pele con-  
clusa: Monitor, como trauma e gases  
elevados. Troca de AVP e cole. F. (E) e  
Noem da mãe. População farmacológica  
para TAV. Mudança de decúbito 2/2 horas  
segundo as ordens da equipe

08/11/2020  
12:25h

# cl. médica #

Paulina Santos  
COREN-PE 67500-ENF

ATB: Kepton  
DE: S/alterações  
HAT: 259 | 212 | 223 | 332

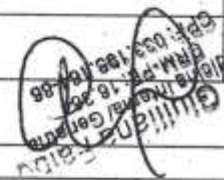
LAB OS/11: K=33 Mg=1,5 Na=142 Hb=8,3  
leuco=10.400 (0188) Pt=279.000  
Paciente sem dor, evacuação (+). Refere já estar  
debaixo pressão por cardiologia, hipocalcemia em  
investigação.  
ECG, eupnéico, aférril, hipotensão (+144), hidrata-  
do, consciente, orientado.  
RR 21 FC=96  
NW (+) AHT 120/80 PR=16 Sano 2=99. an. consciente  
Ced. livre, RHA (+) normotensão.  
ECG=IS  
Pantufas livres, sem edemas.  
ad: s. livre pela an. planta e p. (E). de blau II +  
nariz. Orientado por acetar novo II em  
UH e levar PMA. Investigar hipocalcemia.

LABORAÇÃO

Setor: Comissão de Prontuário  
Nome: Isabella Lobato, Janny Leonor.  
Assinatura:

APROVAÇÃO

Setor: Diretoria Médica  
Nome: Adriana Passos Pequeno





Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
19/05/20	<p><del>Ortopedia</del></p> <p>Paciente # sem em lu sem guia no momento</p> <p>Mj da : 1 filho</p> <p>co : (i) Alvo Mides</p> <p>(ii) Onina</p> <p>(iii) Rubeo e fide</p>

Luciano Fontes C. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PE 29.664

<b>ELABORAÇÃO</b>	<b>APROVAÇÃO</b>
Setor: Comissão de Prontuário Nome: Isabella Lobato, Janny Leonor.	Setor: Diretoria Médica Nome: Adriana Passos Pequeno
Assinatura:	
Vigência: 17/05/2022	

### RELATÓRIO DE CIRURGIA



ORTOPEDIA  
 Leito: 412

NOME		HUMBERTO FERREIRA DANTAS				REGISTRO	1966938
DATA DA CIRURGIA	03/11/2020	INICIO	00:00:00	TÉRMINO	01:00:00	LEITO	412
CIRURGIÃO		DANIEL CAMPOS	1AUXILIAR		LUCAS SEVERO		
2 AUXILIAR	MARCOS HENRIQUES	3 AUXILIAR	LUCAS MOUSINHO	INSTRUMENTADOR		LIDIANE ROCHA	
ANESTESISTA		ANA PAULA SIMÕES					
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO		FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO					
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO		O MESMO					
CIRURGIA PROPOSTA		TRAT.CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO (3072516-0) + DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS (3073003-1) + SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS (3010179-4) + RADIOSCOPIA (4081102-6)					
CIRURGIA REALIZADA		TRAT.CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO (3072516-0) + DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS (3073003-1) + SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS (3010179-4) + RADIOSCOPIA (4081102-6)					
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA				Não houve			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO				INTENSIFICADOR DE IMAGEM			
INTERCORRÊNCIAS		Não houve					
DESCRIÇÃO							

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA DO MIE;
3. INCISÃO LATERAL EM COXA ESQUERDA NO SITIO DE EXPOSIÇÃO + DESBRIDAMENTO E LAVAGEM EXAUSTIVA COM 6L DE SF 0,9%;
4. COLOCAÇÃO DE 02 PINOS SCHANZ PROXIMAIS + 02 PINOS DE SCHANZ DISTAIS EM DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO;
5. REALIZADO REDUÇÃO DE FRATURA GUIADO POR INTENSIFICADOR DE IMAGEM;
6. MONTAGEM DE 01 FIXADOR EXTERNO LINEFIX;
7. SUTURA E CURATIVO ADAPTIC EM FEMUR ESQUERDO;
8. SUTURA DE PEQUENO CORTE EM MÃO ESQUERDA + CURATIVO;

Dr. Lucas Mousinho  
 MÉDICO  
 CREMERM 29797

Paciente: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nome da Mãe: **LAURINETE FERREIRA DANTAS**  
 Registro: **1968938**  
 Médico: **CFM - 29787-PE - LUCAS MOUSINHO SILVA RODRIGUES**



Sexo: **Masculino**  
 Data Nasc./Idade: **04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 2 dias**  
 Matricula: **011853290000**  
 Data da Prescrição: **06/11/2020**

Peso de Nascimento: **70 kg**  
 Data da Internação: **02/11/2020**  
 Leito do Paciente: **412**

**ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA**

Medicamentos		Via		Intervalo		Data Nasc.		Prontuário	
Dose	Volume	Via	Intervalo	06/11/2020	07/11/2020	06/11/2020	07/11/2020	06/11/2020	07/11/2020
<b>DIETA LIVRE DM E HIPERTENSO</b>									
<b>MEDICAMENTOS</b>									
1. LANTUS 1000UI/10ML FA	20 UI	SUBCUTANEA	24 X 24 HORAS	18:00 ✓ 50	08:00	02:00	06:00	10:00	10:00
2. keffron 1g FA	1 FR. AMPOLA 10 ML 100 ML	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	18:00 ✓ 50	06:00	14:00	06:00	14:00	10:00
...AGUA DESTILADA 10ML AMP									
...SORO FISIOL.0.9 % BOLSA 100ML									
3. novALGina 1g/2ml amp	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	18:00 ✓ 50	06:00	06:00	06:00	06:00	12:00
...AGUA DESTILADA 10ML AMP									
4. DRAMIN B6 DL 30MG+50MG/10ML IV AMP	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	18:00 ✓ 50	06:00	06:00	06:00	06:00	06:00
...SORO FISIOL.0.9 % BOLSA 100ML									
Se necessário									
Obs.: SE NAUSEAS OU VÔMITOS									
5. tramadON 100mg/2ml amp	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	18:00 ✓ 50	06:00	06:00	06:00	06:00	06:00
...SORO FISIOL 0.9% 50ML BOLSA									
6. humalOG 1000 UI/10ml FR	1 FRASCO	SUBCUTANEA	ACM						
Obs.: oxalato de Mg: 0 a 150=0; 151 a 200=2U; 201 a 250=4U; 261 a 300=6U; 301 a 350=8U; 351 a 400=10U; > 400=12 U									
7. clascione 40MG SERINGA	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24 HORAS	18:00 ✓ 50	06:00	06:00	06:00	06:00	06:00
8. SLOW K 600MG DRG	1 DRAGEA	ORAL	8 X 8 HORAS	18:00 ✓ 50	06:00	06:00	06:00	06:00	06:00
e NORIFURUM 100MG CP	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24 HORAS	18:00 ✓ 50	06:00	06:00	06:00	06:00	06:00
9. NORVASC 10MG CP	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24 HORAS	18:00 ✓ 50	06:00	06:00	06:00	06:00	06:00
11. renITEC 20mg cpr	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24 HORAS	18:00 ✓ 50	06:00	06:00	06:00	06:00	06:00
<b>CUIDADOS</b>									
<b>1. CURATIVOS</b>									
Intervalo		06/11/2020		07/11/2020		06/11/2020		07/11/2020	
***	***	***	1X AO DIA	23:59					



Paciente: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Nome da Mãe: **LAURINETE FERREIRA DANTAS**  
Prontuário: **000059418**  
Registro: **1966938**  
Médico: **CRM - 16364-PE - GIULLIANA ALLIZ FALBO DE AGUIAR**

**ESPERANÇA**  
R E C I F E

**ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA**

Sexo: **Masculino**

Data Nasc. / Idade: **04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 3 dias**  
Matrícula: **011853290000**  
Data da Prescrição: **07/11/2020**

Peso do Paciente: **70 kg**

Data da Internação: **02/11/2020**  
Leito do Paciente: **412**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Data Nasc.: \_\_\_\_\_

Prontuário: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS**

	Dose	Via	Intervalo		
13. DIGESAN 10MG/2ML AMP ...SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMP Obs: CORRER LENTAMENTE	1 AMPOLA 1 AMPOLA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	14:00 22:00	06:00 14:00
14. muVnlax sachê14g Obs: DILUIR EM 100 ML DE ÁGUA E OFERECER AO PACIENTE 3 X AO DIA	1 SACHE	ORAL	8 X 8 HORAS	14:00 22:00	06:00 14:00
15. GLICERINA SUPOS ADULTO	1 SUPOSITÓRI	RETAL	AGORA	09:56	
16. MINILAX CREME BISN. 6,5GR Se necessário e a critério médico Obs: SE EVACUAÇÃO AUSENTE A DESPEITO DE SUPUSITÓRIO	1 APLICACAO	RETAL	24 X 24HORAS		
17. cloreto de POTássio 19,1% 10mL amp ...SORO FISIOL 0.9% 250ML BOLSA Bomba infusora -83 ML/H	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	DOSE UNICA	13:43	
18. PHOSFOENEMA SOL 130ML	1 FRASCO	RETAL	DOSE UNICA	13:43	

**GUIDADOS**

1. CURATIVOS	***	***	1X AO DIA	23:59	08/11/2020
2. HGT	***	***	4 X 4 HORAS	08:00 20:00	00:00 12:00 16:00 08:00
3. CUIDADOS GERAIS	***	***	4 X 4 HORAS	08:00 20:00	00:00 12:00 16:00 08:00

Recife, 07 de Novembro de 2020, 13:51:39

**Giulliana Alliz Falbo de Aguiar**  
CRM - 16364-PE  
C.R.M. 003 08.104-85

**Edilaine Sousa**  
CRM - 532.175-EM

Enf. (SD):  
Tec. Enf. (SD):  
Nutrição:

Enf. (SN):  
Tec. Enf. (SN):  
Farmácia:





FORMULÁRIO / INSTITUCIONAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA UNIDADE DE INTERNAÇÃO ADULTA

HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Nasc: 04/03/1961 - 59a8m2d  
 Reg: 1965988 - Pron: 0000559418  
 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matrícula: 011653250000  
 N. Soc:



DRTOPEDIA  
 Leito: 412

PROTOCOLO:  Dor Torácica  Trauma  Sepsis  IRA  ITU  AVC  Diarréia  Cólica Nefrética  HDA/HDB

OUTROS: 5. Vfo Ho eusco fatura fimo e

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO:  CONTATO  GOTÍCULA  AEROSSOL  PADRÃO  
 Data: 07/11/20

Hora		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	
Frequência respiratória	Valor																									
	Score																									
Saturações de oxigênio	Valor																									
	Score																									
Oxigênio suplementar	Valor																									
	Score																									
Temperatura	Valor																									
	Score																									
Pressão arterial sistólica	Valor																									
	Score																									
Frequência Cardíaca	Valor																									
	Score																									
Estado de Consciência	Valor																									
	Score																									
Total MEWS																										
Pontuação Score EVA (Dor)																										
Validação Enfermeiro																										
Glicemia																										
Análise de acordo com Score EVA																										
Escala Glasgow	Olhos																									
	Verbal																									
Motora	Verbal																									
	Motora																									
Score Total																										
Pupilas (mm)	D																									
	E																									

**SCORE EVA - Dor**

LEVE MODERADA INTENSA

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

😊 😐 😞 😡 😤 😈






ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE SEPSIS


- Taquicardia (FC > 90)
- Temperatura < 36°C ou > 38°C
- Taquipneia (FR > 20 irpm)
- Hiperglicemia > 150 mg, percentagem em paciente não diabético
- Redução do nível de consciência
- Hipotensão arterial (PAS < 90 mmHg)

Parâmetros	3	2	1	0
Frequência respiratória	58	58	58	58
Saturações de oxigênio	92-93	92-93	92-93	92-93
Oxigênio suplementar	Sim	Sim	Sim	Sim
Temperatura	35,0	35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0
Pressão arterial sistólica	90	91-100	101-110	111-219
Frequência Cardíaca	540	41-50	51-90	91-110
Estado de Consciência	540	41-50	51-90	91-110

SCORE DE NEWS

Hora	Anotações de enfermagem - Diurno 07/11/2020.
06h	<del>06h</del> Decebe e plantar com o.
	presente em ne pramo no leito
	comeriti wi entulo economio.
	com sup. hidrolyio com.
	dieta entubada espe viente e
	com mte e com pntive e com
	medicacos pntive, e com
	ite# de humoio, e por este ne
	quites de dor ps nos conquis.
	des pueren e puelo mel. co
	vidio da urgenes pson do
	reponioio e mde pito 05/20
	se puelo evioio ps. poverio
	recursoio e muelos p lavagem
	intestinal ps pntive conquis
	so evioio, e em uso de pntes.
	pocent puerne o trnal e ps o budo,
	e muelos ps con evioio pntes.
	e vidio e opido e muelos
	e quies
	<input type="checkbox"/> Em isolamento de contato <input type="checkbox"/> Realizado troca de cateter periférico com trava de segurança
	Utilizado <input type="checkbox"/> Capotele 50l Utilizado <input type="checkbox"/> Seringa Posiflush 40ml <input type="checkbox"/> Seringa Posiflush 5ml
	Em uso de oxigênio ( )
	<input type="checkbox"/> Cateter de O <sup>2</sup> ( ) IMV % <input type="checkbox"/> Nariz artificial e O <sup>2</sup> contínuo <input type="checkbox"/> Em uso de colchão pneumático <input type="checkbox"/> Realização de exame <input type="checkbox"/> Fragilidade capilar <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Dificuldade de punção <input type="checkbox"/> Instalado Tegaderme em AVP <input type="checkbox"/> Troca de válvula Safeflow
Nome técnico de enfermagem / COREN	

Hora	Anotações de enfermagem - Noturno
19h	Reubo o plantas com paient
	EAB, comiunt, dunt aio
	com AVP hidrolisado, realizando
	HAT de horario por - opatois
	de flatana de fmu e, uso
	de ATB, pequ os muelos
	de empimioio. * - 
22h	Medicaco com dligem. e V 
	recurso muelos, apre o
	ceitacois de em pmoio. * - 
00h	pacient medicado com
	Medicacois + shocis + flagan,
	con pntes pntes. * - 
05h	pacient recusoio Tronal, requio
	os muelos de em pmoio. * - 
06h	pacient medicado com
	Kiftion + mololopine + dligem
	reolizacois HAT 132mg e recusoio
	muelos, pequ o plantas
	e o recusoio de em pmoio
	<input type="checkbox"/> Em isolamento de contato <input type="checkbox"/> Realizado troca de cateter periférico com trava de segurança
	Utilizado <input type="checkbox"/> Capotes Utilizado <input type="checkbox"/> Seringa Posiflush 40ml <input type="checkbox"/> Seringa Posiflush 5ml
	Em uso de oxigênio ( )
	<input type="checkbox"/> Cateter de O <sup>2</sup> ( ) IMV % <input type="checkbox"/> Nariz artificial e O <sup>2</sup> contínuo <input type="checkbox"/> Em uso de colchão pneumático <input type="checkbox"/> Realização de exame <input type="checkbox"/> Fragilidade capilar <input type="checkbox"/> Obesidade <input type="checkbox"/> Dificuldade de punção <input type="checkbox"/> Instalado Tegaderme em AVP <input type="checkbox"/> Troca de válvula Safeflow
Nome técnico de enfermagem / COREN	

  
 Alexandre Silva  
 Fac. de Enfermagem  
 COREN 195389



**Paciente:**  
**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nome da Mãe: LAURINETE FERREIRA DANTAS  
 Registro: 1966938  
 Médico: CRM - 29797-PE - LUCAS MOUSINHO SILVA RODRIGUES

**Data Nasc. / Idade:**  
 04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 4 dias  
**Sexo:**  
 Masculino  
**Matrícula:**  
 011853290000  
**Data da Prescrição:**  
 08/11/2020

**Peso de Nascimento:**  
 70 kg  
**Data da Internação:**  
 02/11/2020  
**Leito do Paciente:**  
 412

**ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: **08/11/2020** Prontuário: **09/11/2020**

**DIETAS**  
 1. **DIETA PARA DIABETICO**  
 Obs: LAXATIVA

**MEDICAMENTOS**

Intervalo	Via	Volum	Intervalo	NUTRICA	Intervalo
24 X 24 HORAS	SUBCUTANEA	20 UI	08:00	24 X 24 HORAS	08:00
12 X 12 HORAS	INTRAVENOSA	1 FR. AMPOLA 10 ML 100 ML	18:00	12 X 12 HORAS	06:00 LS
6 X 6 HORAS	INTRAVENOSA	1 AMPOLA 10 ML	18:00 NR	6 X 6 HORAS	00:00 FS 06:00 LS 12:00
8 X 8 HORAS	INTRAVENOSA	1 AMPOLA 1 BOLSA	16:00	8 X 8 HORAS	00:00 RECUSA 08:00
ACM	SUBCUTANEA	1 FRASCO	06:40	ACM	
24 X 24 HORAS	SUBCUTANEA	1 SERINGA	18:00	24 X 24 HORAS	08:00
8 X 8 HORAS	ORAL	1 DRAGEA	08:00 NR	8 X 8 HORAS	08:00
24 X 24 HORAS	ORAL	1 COMPRIMIDO	12:00 NR	24 X 24 HORAS	12:00
24 X 24 HORAS	ORAL	1 COMPRIMIDO	10:00 NR	24 X 24 HORAS	10:00
24 X 24 HORAS	ORAL	1 COMPRIMIDO	08:00 NR	24 X 24 HORAS	08:00
8 X 8 HORAS	ORAL	40 GOTAS	08:00 NR	8 X 8 HORAS	08:00 FS

Dr. Lucas Mousinho  
 MEDICO  
 CREMEPE 29797

Data da Prescrição: 08/11/2020 07:40:56



**Paciente:**  
**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nome da Mãe:  
**LAURINETE FERREIRA DANTAS**  
 Registro: 1966938  
 Médico: CRM - 29797-PE - LUCAS MOUSINHO SILVA RODRIGUES

**Data Nasc. / Idade:**  
 04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 4 dias  
**Sexo:**  
 Masculino  
**Matrícula:**  
 011853290000  
**Data da Prescrição:**  
 08/11/2020

**Peso do Nascimento:**  
 70 kg  
**Data da Internação:**  
 02/11/2020  
**Leito do Paciente:**  
 412

**ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo	Intervalo	Prontuário:
13. DIGESAN 10MG/2ML AMP ...SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMP Obs: CORRER LENTAMENTE	1 AMPOLA 1 AMPOLA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	14:00 09:00	09/11/2020 14:00
14. muVinlax sachê 14g Obs: DILUIR EM 100 ML DE ÁGUA E OFERECER AO PACIENTE 3 X AO DIA	1 SACHE	ORAL	8 X 8 HORAS	14:00 06:00	14:00
15. MINILAX CREME BISM. 6.5GR Se necessário a critério médico Obs: SE EVACUAÇÃO AUSENTE A DESPEITO DE SUPUSITÓRIO	1 APLICACAO	RETAL	24 X 24 HORAS		
<b>CUIDADOS</b>					
1. CURATIVOS	***	***	1X AO DIA	23:59	09/11/2020
2. HGT	***	***	4 X 4 HORAS	08:00 12:00 16:00	00:00 12:00 04:00 (109) 08:00
3. CUIDADOS GERAIS	***	***	4 X 4 HORAS	08:00 20:00	00:00 12:00 04:00 08:00

Recife, 08 de Novembro de 2020, 07:41:53

Enf. (SD): \_\_\_\_\_ Enf. (SN): \_\_\_\_\_  
 Tec.Enf. (SD): \_\_\_\_\_ Tec.Enf. (SN): \_\_\_\_\_  
 Nutrição: \_\_\_\_\_ Farmácia: \_\_\_\_\_

**Dr. Lucas Mousinho**  
 MÉDICO  
 CRM - 29797

**Daniela Ang Cha**  
 Nutricionista  
 CRNS 747

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA UNIDADE DE INTERNAÇÃO ADULTA**

IDENTIFICAÇÃO

PROTÓCOLO:  Dor Torácica  Trauma  Sepse  IRA  ITU  AVC  Diarréia  Cólica Nefrética  HDA/HDB

OUTROS: 6: DPO ITO Inativa Exposta Gêmus E + 3: DPO ITO Inativa I Gêmus E Espirido

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO:  CONTATO  GOTÍCULA  AEROSSOL  PADRÃO

Data: 09/11/2020

HUMBERTO FERREIRA DANTRAS

Nasc: 04/03/1961 - 59a8m3d  
 Reg: 1865938 - Pront: 000059418  
 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matrícula: 011853280000  
 N. Soc:

CRIOPE01A  
 Leito: 412

Hora	Frequência respiratória		Saturações de oxigênio		Oxigênio suplementar		Temperatura		Pressão arterial sistólica		Frequência Cardíaca		Estado de Consciência	
	Valor	Score	Valor	Score	Valor	Score	Valor	Score	Valor	Score	Valor	Score	Valor	Score
7														
8														
9														
10														
11			98%											
12			98%											
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														
1														
2														
3														
4														
5														
6														
<b>MONITORAMENTOS</b>														
Total MEWS														
Pontuação Score EVA (Dor)														
Validação Enfermeiro														
Intervenções														
Análisis de acordo com Score EVA														
Escala Glasgow														
Olhos														
Verbal														
Motora														
Score Total														
Pupilas (mm) (Reacção-S/N)														
D														
E														

**SCORE EVA - Dor**

LEVE | MODERADA | INTENSA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

☺ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹ ☹

**ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE SEPSE**

- Taquicardia (FC > 90)
- Temperatura < 36°C ou > 38°C
- Taquipneia (FR > 20 irpm)
- Hiperglicemia > 150 mg, percentagem em paciente não diabético
- Redução do nível de consciência
- Hipotensão arterial (PAS ≤ 90 mmHg)



U FERREIRA DANTAS

**Paciente:**  
**UMBERTO FERREIRA DANTAS**  
**Nome da Mãe:**  
**AURINETE FERREIRA DANTAS**  
**Registro:**  
 366938  
**Idade:**  
 04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 5 dias  
**Sexo:**  
 Masculino  
**Matrícula:**  
 011853290000  
**Data da Prescrição:**  
 09/11/2020  
**RM - 29864-PE - LUCIANO FONTES CEZAR FILHO**

**Data Nasc. / Idade:**  
 04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 5 dias  
**Sexo:**  
 Masculino  
**Matrícula:**  
 011853290000  
**Data da Prescrição:**  
 09/11/2020

**Nome do Paciente:**  
 UMBERTO FERREIRA DANTAS  
**Prontuário:**  
 000059418  
**Convênio e Plano:**  
 FACHESF/ESPECIAL  
**Nome da Mãe:**  
 AURINETE FERREIRA DANTAS  
**Prontuário:**  
 000059418  
**Idade:**  
 04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 5 dias  
**Sexo:**  
 Masculino  
**Matrícula:**  
 011853290000  
**Data da Prescrição:**  
 09/11/2020  
**RM - 29864-PE - LUCIANO FONTES CEZAR FILHO**

**Nasc:** 04/03/1961 - 59a, 8m, 3d  
**Reg:** 1956938 - **Pront:** 000059418  
**FACHESF/ESPECIAL - Sexo:** M  
**Entrada:** 02/11/2020 - **Hora:** 22:27  
**Matrícula:** 011853290000  
**N. Sob:** **ORTOPEDIA**  
**Leito:** 412

**ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA**

**Nome do Paciente:** UMBERTO FERREIRA DANTAS **Leito:** 412 **Data Nasc.:** 09/11/2020 **Prontuário:** 000059418

DIETAS	Volum	Via	Intervalo	Data Nasc.:	Prontuário:
1. DIETA PARA DIABETICO Obs: LAXATIVA	***	ORAL	NUTRICAÇÃO	09/11/2020	10/11/2020
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>Dose</b>	<b>Via</b>	<b>Intervalo</b>	<b>09/11/2020</b>	<b>10/11/2020</b>
1. LANTUS 1000UI/10ML FA	20 UI	SUBCUTANEA	24 X 24HORAS	08:00	08:00
2. novALGina 1g/2ml amp ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	12:00	00:00
3. DRAMIN B6 DL 30MG+50MG/10ML IV AMP ...SORO FISIOL.0.9 % BOLSA 100ML Se necessário Obs: SE NAUSEAS OU VÔMITOS	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	18:00	06:00
4. tramaDON 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 50ML BOLSA Obs: SE NAUSEAS OU VÔMITOS	1 AMP 1 BOLSA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	08:00	00:00
5. humaLOG 1000 UI/10ml FR Obs: conforme HGT: 0 a 150=0; 151 a 200=2U; 201 a 250=4U; 251 a 300= 6U; 301 a 350=8U; 351 a 400=10U; > 400=12 U	1 FRASCO	SUBCUTANEA	ACM	16:00	08:00
6. clexane 40MG SERINGA	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24HORAS	18:00	00:00
7. SLOW K 600MG DRG	1 DRAGEA	ORAL	8 X 8 HORAS	05:00	08:00
8. NORIPURUM 100MG CP	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24HORAS	12:00	12:00
9. NORVASC 10MG CP	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24HORAS	10:00	10:00
10. reniTEC 20mg cpr	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24HORAS	06:00	08:00
11. muVilnax sachê14g Obs: DILUIR EM 100 ML DE AGUA E OFERECER AO PACIENTE 3 X AO DIA	1 SACHE	ORAL	8 X 8 HORAS	14:00	06:00
12. MINILAX CREME BISN. 6,5GR Se necessário e a critério médico Obs: SE EVACUAÇÃO AUSENTE A DESPEITO DE SUPUSITÓRIO	1 APLICAÇÃO	RETAL	24 X 24HORAS	22:00	14:00

**Luciano Fontes C. Filho**  
 Categoria: Traumatologia  
 Contribuição: 2000 - Antimicrobiano  
 Alérgico Alta Vigilância Restrito Uso Restrito  
 Data da Prescrição: 09/11/2020 07:00:59

Nome: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nasc: 04/03/1961 - 59a.8m3d  
 Reg: 1966938 - Pront: 000059418  
 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matrícula: 011853290000  
 N. Soc:   
 ORTOPEDIA  
 Leito: 412

Nome do Pai: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Mãe: **JRINETE FERREIRA DANTAS**  
 Prontuário: 000059418  
 Convênio e Plano: **FACHESF/ESPECIAL**  
 M - 29864-PE - LUCIANO FONTES CEZAR FILHO

Sexo: **Masculino**  
 Data Nasc. / Idade: **04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 5 dias**  
 Matrícula: **011853290000**  
 Data da Prescrição: **09/11/2020**  
 Peso de Nascimento: **70 kg**  
 Data da Internação: **02/11/2020**  
 Leito do Paciente: **412**

**ALERGIAS: NAO INFORMADA ALERGIA**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo	Data Nasc.: 09/11/2020	Prontuário: 10/11/2020
13. DIGESAN 10MG/2ML AMP ***SORO FISIOLÓGICO 0.9% 10ML AMP Obs: CORRER LENTAMENTE	1 AMPOLA 1 AMPOLA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	14:00	06:00 14:00
14. flaGASS 75MG/ML EMUL GTS 10ML	40 GOTAS	ORAL	8 X 8 HORAS	08:00	00:00 08:00
<b>CUIDADOS</b>			<b>Intervalo</b>	<b>09/11/2020</b>	<b>10/11/2020</b>
1. CURATIVOS	***	***	1X AO DIA	23:59	
2. HGT	***	***	4 X 4 HORAS	08:00 20:00	00:00 04:00 12:00
3. CUIDADOS GERAIS	***	***	4 X 4 HORAS	08:00 20:00	00:00 04:00 12:00 08:00

Recife, 09 de Novembro de 2020, 07:01:22

Enf. (SD): \_\_\_\_\_ Enf. (SN): \_\_\_\_\_  
 Tec.Enf. (SD): \_\_\_\_\_ Tec.Enf. (SN): \_\_\_\_\_  
 Nutrição: \_\_\_\_\_ Farmácia: \_\_\_\_\_

*AD*

*Luciano Fontes C. Filho*

**Luciano Fontes C. Filho**  
 Ortopedia Traumatologia  
 CRM-PE 29864

FORMULÁRIO / INSTITUCIONAL

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA UNIDADE DE INTERNAÇÃO ADULTA

IDENTIFICAÇÃO

PROTÓCOLO:  Dor Torácica  Trauma  IRA  ITU  AVC  Diarréia  Cólica Nefrética  HDA/HDB

OUTROS: 7: DDTTO Entusca Exposta Sênior E + Y: DDTTO Entusca Fêmea E

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO:  CONTATO  GOTÍCULA  AEROSSOL  ADRÃO

Data: 09/11/2020

HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Nasc: 04/03/1961 - 59a6m4d  
Reg: 156638 - Pront: 000959418  
FACHESF/ESPECIAL - Sexo: K  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
Matrícula: 01165329000  
N. Soc:

ORTOPEDIA  
Leito: 412

Hora		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	
Frequência respiratória	Valor																									
	Score																									
Saturações de oxigênio	Valor																									
	Score																									
Oxigênio suplementar	Valor																									
	Score																									
Temperatura	Valor																									
	Score																									
Pressão arterial sistólica	Valor																									
	Score																									
Frequência Cardíaca	Valor																									
	Score																									
Estado de Consciência	Valor																									
	Score																									
Total MEWS																										
Pontuação Score EVA (Dor)																										
Validação Enfermeiro																										
Intervenções																										
Glicemia																										
Análise de acordo com Score EVA																										
Escala Glasgow	Olhos																									
	Verbal																									
	Motora																									
Score Total																										
Pupilas (mm) (Reação-S/N)	D																									
	E																									

Parâmetros	Frequência respiratória	Saturações de oxigênio	Oxigênio suplementar	Temperatura	Pressão arterial sistólica	Frequência Cardíaca	Estado de Consciência
3	58	91	Sim	35,0	90	540	Consciência
2	9-11	92-93	Sim	35,1-36,0	101-110	41-50	Alerta (A)
1	12-20	94-95	Não	36,1-38,0	111-219	51-90	Alerta (A)
0	21-24	296		38,1-39,0		91-110	Alerta (A)
2	25			239,1		111-130	Alerta (A)
3						2220	Alerta (A)
						2131	Alerta (A)

**SCORE EVA - Dor**

LEVE MODERADA INTENSA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ATENÇÃO PARA OS SINAIS DE SEPSE

- Taquicardia (FC > 90)
- Temperatura < 36°C ou > 38°C
- Taquipneia (FR > 20 irpm)
- Hiperglicemia > 150 mg, percentagem em paciente não diabético
- Redução do nível de consciência
- Hipotensão arterial (PAS ≤ 90 mmHg)





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME	HUMBERTO FERREIRA DANTAS					REGISTRO	1966938
DATA DA CIRURGIA	05/11/2020	INICIO	11:00	TÉRMINO	12:30	LEITO	412
CIRURGIÃO	DANIEL CAMPOS	1AUXILIAR		EDUARDO AKEL			
2 AUXILIAR	MARCOS HENRIQUES	3 AUXILIAR	RANILSON PINTO	INSTRUMENTADOR	LIDIANE ROCHA		
ANESTESISTA	RODRIGO CARVALHO						
FACHESF/ESPECIAL							
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO						
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO	O MESMO						
CIRURGIA PROPOSTA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR (3072512-7) + ARTROTOMIA (3072600-0) + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (3071005-7) + RADIOSCOPIA (4081102-6)						
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR (3072512-7) + ARTROTOMIA (3072600-0) + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (3071005-7) + RADIOSCOPIA (4081102-6)						
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	Não houve						
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	INTENSIFICADOR						
INTERCORRÊNCIAS	Não houve						
DESCRIÇÃO							

- 1-PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
- 2- RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA;
- 3-ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA;
- 4-INCISÃO LATERAL DE FEMUR E EM CICATRIZ PREVIA DIVULSÃO POR PLANOS ATE VISUALIZAÇÃO DE FRATURA + ARTROTOMIA;
- 5-REDUÇÃO DA FRATURA ;
- 6- COLOCAÇÃO DE PLACA ANATÔMICA PARA FÊMUR DISTAL BLOQUEADA ESQ 14 FUIROS + 3 PARAFUSOS CORTICAIS + 7 PARAFUSOS DE BLOQUEIO;
- 7- VISUALIZADO BOA REDUÇÃO SOB AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM;
- 8-IRRIGAÇÃO C/ SF E SUTURA DE PELE C/ NYLON 3.0 + CURATIVO
- 9- COLOCADO CURATIVO ADATIC EM FERIMENTOS NA PERNA ESQUERDA;

Dr. Lucas Mousinho  
 MÉDICO  
 CREMEPE 29797



**FHA DE ADMISSÃO NA SRPA**

L 06.

HUMBERTO FERREIRA DANTAS

a: 5/11/2020 Hora: 12:55

Internado:  Sim  Não

Nasc: 04/03/1991 - 59,8mId

Reg: 200508 - Pront: 000059418

FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M

Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27

Matricula: 011853290000

N. Soc:

ORTOPEDIA Leito: 412

v: II

Logias prévias e medicações em uso:

AS Subocipital/Lendopril  
M batus (155) Herbagerista

AE=706

ocorrências no transoperatório:

metros na saída da SO e evolução na SRPA

metro	H: 12:55 ADMISSÃO	H: 13:10	H: 13:25	H: 13:40	H: _____	H: _____	H: _____	H: _____	H: 13:40
	150x60	128x68	130x67						Alta SRPA 137x72
ênica	98	98	100						96
ide	2	2	2						2
ação	2	2	2						2
Resp.	18	18	15						2
e	0	0	0						18
Card.	60	0	0						0
lumér.	0	0	0						0
C		33.3	32.5						33

rição Médica:

paciente chegado à SRPA sem queixas, exceto fra

rição Médica:

Observação / Medicação	Horário	Enfermagem
<u>SB/PPAP/SpO2/Temp</u> <u>antes de iniciar</u> <u>o S.O.U., EV,</u> <u>unidades quias</u>		

Equipamento:  Manta térmica  Meias elásticas  Compressa gelo curativo  Outros:

ocorrências:

Condições de Alta/Escore Aldrete e Kroulik modificada:

Alta no

Assinatura da SRPA: Data: 5/11/20 Hora: 13:40  Apt/Enf.  UTI  Residência

Dra. Fátima Bezerra  
Anestesiologista  
CRM PE. 15500  
[Assinatura]  
Assinatura / carimbo

Condições de Aldrete e Kroulik modificada

Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota
	<b>Respiração</b>		<b>Consciência</b>		<b>Circulação (PA)</b>		<b>SpO2</b>	
2	Profunda, tosse	2	Completamente acordado	2	±20% nível pré-anestésico	2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2
1	Limitada, dispnéia	1	Despertando ao chamado	1	±20% a 49% nível pré-anestésico	1	Mantém SpO2 > 90% com O2	1
0	Apnéia	0	Não responde ao chamado	0	±50% nível pré-anestésico	0	Mantém SpO2 < 90% com O2	0



**Paciente:**  
**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nome da Mãe:  
**LAURINETE FERREIRA DANTAS**  
 Registro:  
 1968938  
 Médico:  
 CRM - 26169-PE - POLYANA RIBEIRO

**Sexo:**  
 Masculino  
 Data Nasc./idade:  
 04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 2 dias  
 Matrícula:  
 011853290000  
 Data da Prescrição:  
 06/11/2020

**Peso do Paciente:**  
 70 kg  
**Data da Internação:**  
 02/11/2020  
**Leito do Paciente:**  
 412



**ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: 06/11/2020 Prontuário: \_\_\_\_\_  
 07/11/2020

MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo	Data Nasc.:	Prontuário:
12. flaGASS 75MG/ML EMUL GTS 10ML	40 GOTAS	ORAL	8 X 8 HORAS	06/11/2020	07/11/2020
13. DULCOLAX 5MG DRAG	1 DRAGEA	ORAL	AGORA		08:00

Recife, 06 de Novembro de 2020, 22:48:22

Ent. (SD): \_\_\_\_\_  
 Tec. Ent. (SD): \_\_\_\_\_  
 Nutrição: \_\_\_\_\_

Ent. (SNI): \_\_\_\_\_  
 Tec. Ent. (SNI): \_\_\_\_\_  
 Farmácia: \_\_\_\_\_

**POLYANA RIBEIRO**  
 CRM - 26169-PE

*Polyana Ribeiro*  
 Médica  
 CRM-PE 26169

*Lia Ariane*  
 Farmácia  
 CRM-PE 38017-538

Ent. (SNI): **FS**  
 Tec. Ent. (SNI): **Farmácia M<sup>te</sup> dos Santos Leite**  
**CORRENTPE-400-4043E**



**ESPERANÇA**  
R E C I F E

**Paciente:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS  
**Nome da Mãe:** LAURINETE FERREIRA DANTAS  
**Registro:** 1968938  
**Médico:** CRM - 29864-PE - LUCIANO FONTES CEZAR FILHO  
**Convênio e Plano:** FACHESF/ESPECIAL

**Data Nasc. / Idade:** 04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 3 dias  
**Sexo:** Masculino  
**Matrícula:** 011853290000  
**Data da Prescrição:** 07/11/2020

**Peso do Nascimento:** 70 Kg  
**Data da Internação:** 02/11/2020  
**Leito do Paciente:** 412

**ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA**

**Nome do Paciente:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_ **Data Nasc.:** \_\_\_\_\_ **Prontuário:** \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo	Data Nasc.	Prontuário
1. LANTUS 1000UI/10ML FA	20 UI	SUBCUTANEA	24 X 24HORAS	07/11/2020	08/11/2020
2. kefron 1g FA ...AGUA DESTILADA 10ML AMP ...SORO FISIOL.0.9 % BOLSA 100ML	1 FR.AMPOLA 10 ML 100 ML	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS	08:00 07:00 18:00	08:00 06:00
3. novALgina 1g/2ml amp ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS	07:00 12:00 18:00	00:00 06:00 12:00
4. DRAMIN B6 DL 30MG+50MG/10ML IV AMP ...SORO FISIOL.0.9 % BOLSA 100ML <i>Se necessário</i> Obs: SE NAUSEAS OU VÔMITOS	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	08:00 16:00	00:00 08:00
5. tramaDON 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 50ML BOLSA	1 AMP 1 BOLSA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS	08:00 16:00	00:00 08:00
6. humaLOG 1000 UI/10ml FR Obs: conforme HGT: 0 a 150-0,151 a 200=2U; 201 a 250=4U; 251 a 300=6U; 301 a 350=8U; 351 a 400=10U; > 400=12u	1 FRASCO	SUBCUTANEA	ACM		
7. clexane 40MG SERINGA	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24HORAS	18:00	
8. SLOW K 600MG DRG	1 DRAGEA	ORAL	8 X 8 HORAS	08:00 16:00	00:00 08:00
9. NORIPURUM 100MG CP	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24HORAS	12:00	12:00
10. NORVASC 10MG CP	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24HORAS	10:00	10:00
11. reniTEC 20mg cpr	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24HORAS	08:00	08:00
12. flaGASS 75MG/ML EMUL GTS 10ML	40 GOTAS	ORAL	8 X 8 HORAS	08:00 16:00	00:00 08:00

**CUIDADOS**

	Intervalo	Data Nasc.	Prontuário
1. CURATIVOS	1X AO DIA	07/11/2020	23:59
2. HGT	4 X 4 HORAS	07/11/2020	08:00 12:00 16:00 20:00

Data da Prescrição: 07/11/2020 06:02:20

Alérgico  Uso Restrito  Controleado  Antimicrobiano

**Luciano Fontes Cezar Filho**  
Médico Traumatólogo  
CRM-PE 27706



**Paciente:**  
**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nome da Mãe:  
**LAURINETE FERREIRA DANTAS**  
 Registro:  
 1966938  
 Médico:  
 CRM - 29864-PE - LUCIANO FONTES CEZAR FILHO

**Sexo:**  
 Masculino  
**Data Nasc. / Idade:**  
 04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 3 dias  
**Matricula:**  
 011853290000  
**Data da Prescrição:**  
 07/11/2020

**Peso do Nascimento:** 70 kg  
**Data da Internação:**  
 02/11/2020  
**Leito do Paciente:**  
 412

**ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_

Intervalo	07/11/2020	08/11/2020
4 X 4 HORAS	09:00 - 12:00 12:00 - 15:00 15:00 - 18:00	00:00 - 04:00 04:00 - 08:00 08:00 - 12:00

**3: CUIDADOS GERAIS**

Recife, 07 de Novembro de 2020, 06:02:52

Enf. (SD): \_\_\_\_\_ Enf. (SN): \_\_\_\_\_  
 Tec.Enf. (SD): \_\_\_\_\_ Tec.Enf. (SN): \_\_\_\_\_  
 Nutrição: \_\_\_\_\_ Farmácia: \_\_\_\_\_  
 Iris Ariane S. Carvalho  
 COREN-PE 380174-ENF

**Luciano Fontes C. Filho**  
 Especialista Traumatologista  
 CRM-PE 29.864



Paciente: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nome da Mãe: **LAURINETE FERREIRA DANTAS**  
 Registro: **1966938**  
 Médico: **CRM - 16384-PE - GIULLIANA ALLIZ FALBO DE AGUIAR**

Sexo: **Masculino**  
 Data Nasc. / Idade: **04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 3 dias**  
 Convênio e Plano: **FACHESF/ESPECIAL**  
 Matrícula: **011853290000**  
 Data da Prescrição: **07/11/2020**

Peso de Nascimento: **70 kg**  
 Data da Internação: **02/11/2020**  
 Leito do Paciente: **412**

**ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA**

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: **07/11/2020** Prontuário: **08/11/2020**

DIETAS	VOLUME	VIA	INTERVALO	NUTRICAO	Intervalo	Prontuário
1. DIETA PARA DIABETICO Obs: LAXATIVA	***	ORAL				08/11/2020
MEDICAMENTOS	Dose	Via	Intervalo			07/11/2020
1. LANTUS 1000UI/10ML FA	20 UI	SUBCUTANEA	24 X 24HORAS		08:00	08:00
2. kefron 1g FA ...AGUA DESTILADA 10ML AMP ...SORO FISIOL.0.9 % BOLSA 100ML	1 FR-AMPOLA 10 ML 100 ML	INTRAVENOSA	12 X 12 HORAS		07:00	06:00
3. novAlgina 1g/2ml amp ...AGUA DESTILADA 10ML AMP	1 AMPOLA 10 ML	INTRAVENOSA	6 X 6 HORAS		07:00	06:00
4. DRAMIN B6 DL 30MG+50MG/10ML IV AMP ...SORO FISIOL.0.9 % BOLSA 100ML Se necessário Obs: SE NAUSEAS OU VÔMITOS	1 AMPOLA 1 BOLSA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS		08:00	08:00
5. tramaDON 100mg/2ml amp ...SORO FISIOL 0.9% 50ML BOLSA	1 AMP 1 BOLSA	INTRAVENOSA	8 X 8 HORAS		16:00	00:00
6. humaLOG 1000 UI/10ml FR Obs. conforme HGT: 0 a 150=0; 151 a 200=2U; 201 a 250=4U; 251 a 300=6U; 301 a 350=8U; 351 a 400=10U; > 400=12 U	1 FRASCO	SUBCUTANEA	ACM			
7. clexane 40MG SERINGA	1 SERINGA	SUBCUTANEA	24 X 24HORAS		18:00	08:00
8. SLOW K 600MG DRG	1 DRAGEA	ORAL	8 X 8 HORAS		16:00	12:00
9. NORIPURUM 100MG CP	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24HORAS		10:00	10:00
10. NORVASC 10MG CP	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24HORAS		08:00	08:00
11. reniTEC 20mg cpr	1 COMPRIMIDO	ORAL	24 X 24HORAS		08:00	08:00
12. flaGASS 75MG/ML EMUL GTS 10ML	40 GOTAS	ORAL	8 X 8 HORAS		16:00	08:00

**Giulliana Falbo**  
 Médica R. 16.384  
 CRM-PE 196.194-85  
 CPF: 039.198.194-85

Data da Prescrição: 07/11/2020 13:43:38

- Alérgico
- Alta Vigilância
- Uso Restrito
- Controlado
- Antimicrobiano



ESPERANÇA

**Paciente:**  
**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nome da Mãe:  
**LAURINETE FERREIRA DANTAS**  
 Registrador:  
 1966938  
 Médico:  
 CRM - 29797-PE -- LUCAS MOUSINHO SILVA RODRIGUES

**Data Nasc. / Idade:**  
 04/03/1961 - 59 anos, 8 meses e 2 dias  
**Sexo:**  
 Masculino  
**Matrícula:**  
 011853290000  
**Data da Prescrição:**  
 06/11/2020

**Peso de Nascimento:**  
 70 kg  
**Data da internação:**  
 02/11/2020  
**Leito do Paciente:**  
 412

**ALERGIAS: NÃO INFORMADA ALERGIA**

Nome do Paciente:

Data Nasc:

Prontuário:

Leito*	Intervalo	06/11/2020	07/11/2020
4 X 4 HORAS	12:00	16:00	00:00 12:00
4 X 4 HORAS	12:00	16:00	04:00 08:00

CUIDADOS

2. HGT

3. CUIDADOS GERAIS

Recife, 06 de Novembro de 2020, 08:59:25

*Lucas Mousinho*  
 CRM - 29797-PE  
 LUCAS MOUSINHO SILVA RODRIGUES

Enf. (SD):  
 Tec.Enf. (SD):  
 Nutrição:

Enf. (SN): *FS*  
 Tec.Enf. (SN): *Fábrica M<sup>o</sup> dos Santos Sora*  
 Farmácia: *00099494-4031E*

*Daniel de Tola Chc*  
 Nutrição

### RELATÓRIO DE CIRURGIA

HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Nasc: 04/03/1961 - 59a8m5d  
 Reg: 1966938 - Pront: 000059418  
 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matricula: 011653290000  
 N. Soc:



ORTOPEDIA  
 Leito: 412

NOME	HUMBERTO FERREIRA DANTAS					REGISTRO	1966938
DATA DA CIRURGIA	03/11/20	INICIO	00:00:00	TÉRMINO	01:00:00	LEITO	412
CIRURGIÃO	DANIEL CAMPOS	1º AUXILIAR		LUCAS SEVERO			
2º AUXILIAR	MARCOS HENRIQUE	3º AUXILIAR	LUCIANO FONTES	INSTRUMENTADOR	LIDIANE ROCHA		
ANESTESISTA	ANA PAULA SIMOES						
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO						
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO	O MESMO						
CIRURGIA PROPOSTA	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO (3072516-0) + DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS (30101280)+SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS (3010179-4)+RADIOSCOPIA(4081102-6)						
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO (3072516-0) + DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIDAS (30101280)+SUTURA DE PEQUENOS FERIMENTOS (3010179-4)+RADIOSCOPIA(4081102-6)						
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	Não houve						
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	INTENSIFICADOR						
INTERCORRÊNCIAS	Não houve						
DESCRIÇÃO							

- 1-PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
- 2-ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MIE
- 3- INCISAO LATERAL EM COXA ESQUERDA NO SITIO DE EXPOSIÇÃO+DESBRIDAMENTO E LAVAGEM EXAUSTIVA COM 6L DE SF 0,9%
- 4-COLOCAÇÃO DE 02 PINOS DE SCHANZ PROXIMAIS+02 PINOS DE SCHANZ DISTAIS EM DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO
- 5-REALIZADO REDUÇÃO DA FRATURA GUIADO POR INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- 6-MONTAGEM DE 01 FIXADOR EXTERNO LINEFIX
- 7-SUTURA E CURATIVO ADAPTIC EM FEMUR ESQUERDO
- 8-SUTURA DE PEQUENO CORTE EM MAO ESQUERDA + CURATIVO

*Luciano Fontes C. Filho*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM - 19.864

Data: 02/11/2020

Acomodação: APTO

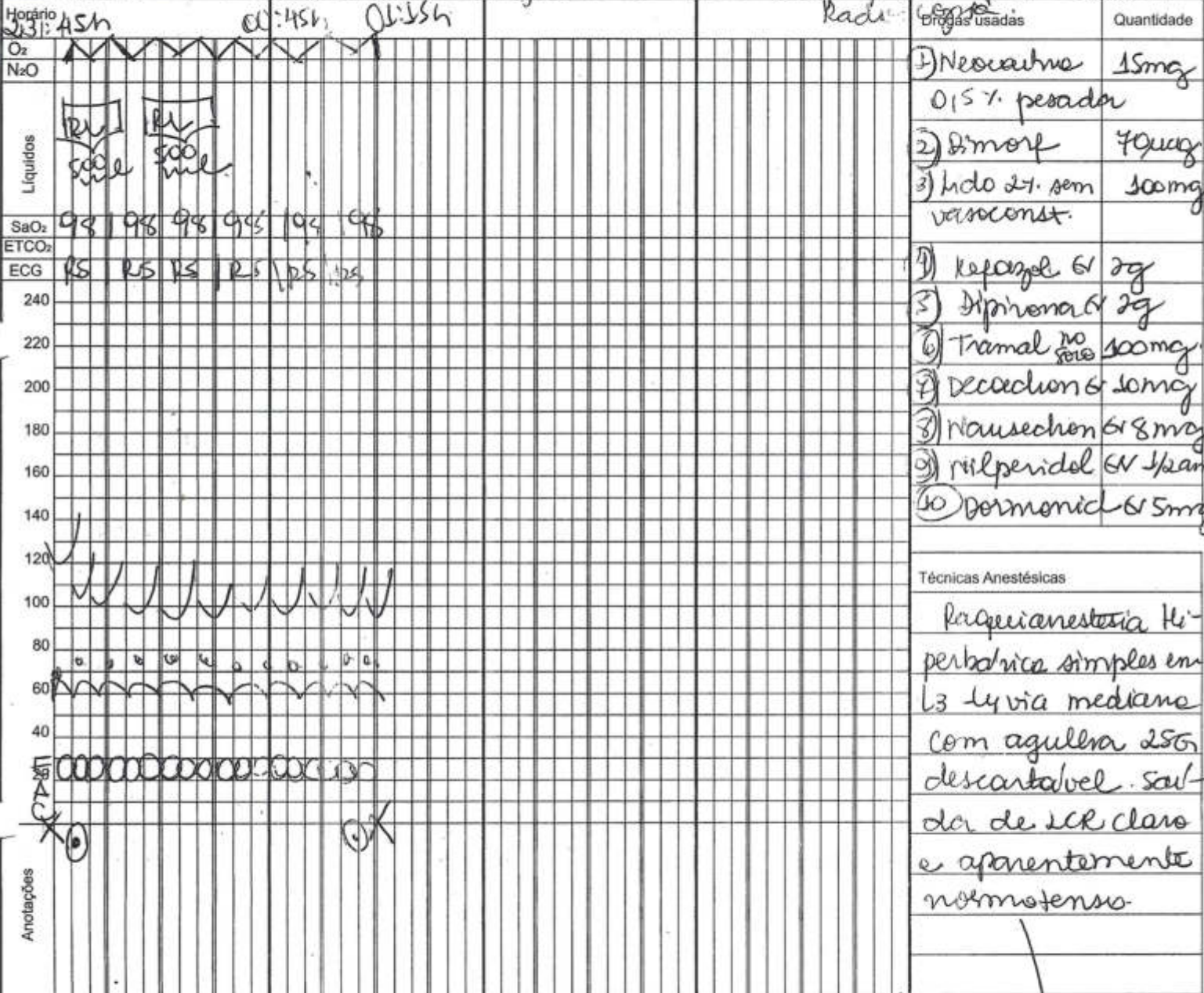
Reg: 1966938

Paciente: HUMBERTO FERREIRA DANTAS Sexo: M Cor: Parda Idade: 59a Risco: ASA II

CRM: 11989 Nome do Anestesista: ANAYANA PAULA SIMÕES Nome do Cirurgião: DIAMIEL CARNIOS

Medicação Pré-anestésica: conv: FACHESF ESPECIAL Urgência:  NÃO  SIM

Cirurgia: T+9 Cúmg. de fratura exposta do fêmur com fixador externo + deslocamento cálcico + sutura de pequenos ferimentos +



- Monitorização**
- Cardioscópio
  - Oxímetro
  - PNI
  - Sonda Vesical
  - Capnógrafo
  - Estet. Pré-cordial
  - Outros
  - BIS
  - Temperatura
  - Swan-Ganz
  - Analisador Gases
  - PVC
  - Estimulador de Nervo
  - Linha Arterial
  - Volemia IBP Plus

- Encaminhado**
- Acordado
  - Sonolento
  - Entubado
- Destino**
- SRPA
  - UTI
  - Externo
  - Apart./ Enf.
- Caso encaminhamento para apartamento:  SIM  NÃO
- Paciente preenche critérios de alta SRPA?  SIM  NÃO
- Score de Aldrete: \_\_\_\_\_

Intercorrência:  NÃO  SIM

Descrever: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

- Verificação do funcionamento antes do procedimento:**
- Carro de Anestesia:  SIM  NÃO
  - Material de Assistência Ventilatória:  SIM  NÃO
  - Material para Bloqueio Anestésico:  SIM  NÃO

*Ana Paula Simões*  
Médica Anestesiologista  
CRM 11989

Assinatura do Anestesista

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Nasc: 04/03/1961 - 59a7m29d  
Reg: 1966938 - Prot: 000059418  
FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
Matricula: 011653290000  
N. Soc: \_\_\_\_\_

ORTOPEDIA  
Leito: 412

# FICHA DE ADMISSÃO NA SRPA

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Data: 03/11/2020 Hora: 01:20h  
 ASA: II

Internado:  Sim  Não  
 Urgência:  Sim  Não

Nasc: 04/03/1961 - 59a7m29d  
 Reg: 1966938 - Pront: 000059418  
 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matrícula: 011853290000  
 N. Soc:



ORTOPEDIA  
 Leito: 412

Patologias prévias e medicações em uso:

HAS / OM

Intercorrências no transoperatório:

✓

Parâmetros na saída da SO e evolução na SRPA

Hora/Parâmetro	H: 01:20h ADMISSÃO	H: 01:30h	H: 01:45h	H: 02:00h	H: _____	H: _____	H: _____	H: _____	H: _____
PA	96/57	97/50	93/54	90/53					
SpO2	97%	95%	96%	96%					
Consciência	1.	2.	2	2.					
Atividade	1	1	1.	1					
Respiração	2	2.	2.	2.					
Freq. Resp.	12.	16.	16.	16.					
Diurese	-	-	-	-					
Freq. Card.	72	75.	77	73					
Aval. Numér. DOR	0	0	0	0					
Temp °C	Afebril	Afebril	Afebril	Afebril					

Evolução Médica:

Paciente estável, sem queixas

Prescrição Médica:

Monitorização / Medicação	Horário	Enfermagem
4) PNE, Cardioscopia, oxím. de pulso	01:20h	
5) Ringer lactato - cont. em AEM		
3) vigilância	atenuado	

Uso de:  Manta térmica  Meias elásticas  Compressa gelo curativo  Outros:

Intercorrências:

✓

Condições de Alta/Escore Aldrete e Kroulik modificada:

(9)

Alta Médica da SRPA: Data: 03/11/2020 Hora: 02:00h Destino:  Apt/Enf.  UTI  Residência

Ana Paula Simões  
 Médica Anestesiologista  
 CRM 11989

Ana Paula Simões Mager

Assinatura / carimbo

Escala de Aldrete e Kroulik modificada

Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota
<b>Atividade</b>		<b>Respiração</b>		<b>Consciência</b>		<b>Circulação (PA)</b>		<b>SpO2</b>	
Move 4 membros	2.	Profunda, tosse	2	Completamente acordado	2	+20% nível pré-anestésico	2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2
Move 2 membros	1	Limitada, dispnéia	1	Despertando ao chamado	1	+20% a 49% nível pré-anestésico	1	Mantém SpO2 > 90% com O2	1
Move 0 membros	0	Apnéia	0	Não responde ao chamado	0	+50% nível pré-anestésico	0	Mantém SpO2 < 90% com O2	0

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



ORTOPEDIA  
 Leito: 412

NOME	HUMBERTO FERREIRA DANTAS					REGISTRO	1966938
DATA DA CIRURGIA	05/11/2020	INICIO	11:00	TÉRMINO	12:30	LEITO	412
CIRURGIÃO	DANIEL CAMPOS	1AUXILIAR		EDUARDO AKEL			
2 AUXILIAR	MARCOS HENRIQUES	3 AUXILIAR	RANILSON PINTO	INSTRUMENTADOR	LIDIANE ROCHA		
ANESTESISTA	RODRIGO CARVALHO						
FACHESF/ESPECIAL							
DIAGNOSTICO PRÉ OPERATORIO	FRATURA DIÁFISE DE FEMUR ESQUERDO						
DIAGNOSTICO PÓS OPERATORIO	O MESMO						
CIRURGIA PROPOSTA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR (3072512-7) + ARTROTOMIA (3072600-0) + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (3071005-7) + RADIOSCOPIA 30726042 (4081102-6)						
CIRURGIA REALIZADA	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR (3072512-7) + ARTROTOMIA (3072600-0) + RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO (3071005-7) + RADIOSCOPIA 30726042 (4081102-6)						
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	Não houve						
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	INTENSIFICADOR						
INTERCORRÊNCIAS	Não houve						
DESCRIÇÃO							

*Daniel Campos dos Santos*  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM 15126

- 1-PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
- 2- RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM COXA ESQUERDA;
- 3-ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA;
- 4-INCISÃO LATERAL DE FEMUR E EM CICATRIZ PREVIA DIVULSÃO POR PLANOS ATE VISUALIZAÇÃO DE FRATURA + ARTROTOMIA;
- 5-REDUÇÃO DA FRATURA ;
- 6- COLOCAÇÃO DE PLACA ANATÔMICA PARA FÊMUR DISTAL BLOQUEADA ESQ 14 FUIROS + 3 PARAFUSOS CORTICAIS + 7 PARAFUSOS DE BLOQUEIO;
- 7- VISUALIZADO BOA REDUÇÃO SOB AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM;
- 8-IRRIGAÇÃO C/ SF E SUTURA DE PELE C/ NYLON 3.0 + CURATIVO
- 9- COLOCADO CURATIVO ADATIC EM FERIMENTOS NA PERNA ESQUERDA;

*Daniel Campos dos Santos*  
 Ortopedia / Traumatologia  
 CRM 15126

*Dr. Lucas Mousinho*  
 M.DICO  
 CREMEPE 29797



FICHA DE ADMISSÃO NA SRPA

L 06.

HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Data: 5/11/2020 Hora: 12:55  
ASA: II

Internado:  Sim  Não  
Urgência:  Sim  Não

Nasc: 04/03/1961 - 59a8m1d  
Reg: 1966938 - Pront: 000259418  
FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
Matricula: 01185329000  
N. Soc:  
ORTOPEDIA  
Leito: 412

Patologias prévias e medicações em uso:

HAS subocipital/lenoxapril  
DM mantido (1ES) Harbagista.

AB=702

Intercorrências no transoperatório:

Parâmetros na saída da SO e evolução na SRPA

Hora/Parâmetro	H: 12:55 ADMISSÃO	H: 13:10	H: 13:25	H: 13:40	H: _____	H: _____	H: _____	H: _____	H: 13:40h Alta SRPA
PA	150x60	122x68	130x68						137x72
SpO2	98	98	100						96
Consciência	2	2	2						2
Atividade	1	2	2						2
Respiração	2	2	2						2
Freq. Resp.	18	18	15						18
Diurese	0	0	0						0
Freq. Card.	60	60	60						60
Aval. Numér. DOR	0	0	0						0
Temp °C		35.3	37.5						37.8

Evolução Médica:

Paciente chegou à SRPA sem queixas, exceto fra.

Prescrição Médica:

Monitorização / Medicação	Horário	Enfermagem
1) ECG/PPV/SpO2/Temp		
2) Monitor térmico		
3) SRE Sinal, EV.		
4) curativos locais		

Uso de:  Manta térmica  Meias elásticas  Compressa gelo curativo  Outros:

Intercorrências:

Condições de Alta/Escore Aldrete e Kroulik modificada:

Aldrete 10

Alta Médica da SRPA: Data: 5/11/20 Hora: 13:40

Dra. Fabiana Bezerra  
Anestesiologista  
CRM - PE. 18367

Assinatura / carimbo

Escala de Aldrete e Kroulik modificada

Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota	Item	Nota
<b>Atividade</b>		<b>Respiração</b>		<b>Consciência</b>		<b>Circulação (PA)</b>		<b>SpO2</b>	
Move 4 membros	2	Profunda, tosse	2	Completamente acordado	2	+20% nível pré-anestésico	2	Mantém SpO2 > 92% em ar ambiente	2
Move 2 membros	1	Limitada, dispnéia	1	Despertando ao chamado	1	+20% a 49% nível pré-anestésico	1	Mantém SpO2 > 90% com O2	1
Move 0 membros	0	Aprnéia	0	Não responde ao chamado	0	±50% nível pré-anestésico	0	Mantém SpO2 < 90% com O2	0

FORMULÁRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Diabetes + Infecção aguda  
sem DF sem E  
Ferimento na E.

CONDUTA / PLANO TERAPÊUTICO

Intenções corretas de  
prevenção aguda, porém  
sintomas persistentes e sem

PROTOSCOLOS

<input type="checkbox"/> SEPSE	<input type="checkbox"/> DOR TORÁCICA	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> ITU
<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA AO PARTO	<input type="checkbox"/> HEMORRAGIA DIGESTIVA	<input type="checkbox"/> IDOSO FRÁGIL	<input type="checkbox"/> CUIDADOS PALIATIVOS	
<input type="checkbox"/> CONTROLE GLICÊMICO	<input type="checkbox"/> TEV	<input type="checkbox"/> ALERGIA	<input type="checkbox"/> PHM NA CRIANÇA	<input type="checkbox"/> ASMA NA CRIANÇA

EXAMES SOLICITADOS

<input type="checkbox"/> USG	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> RM	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> EDA
<input type="checkbox"/> BRONCOSCOPIA	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> CINTILOGRAFIA	<input type="checkbox"/> SWABS DE VIGILÂNCIA	

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO DE CONTATO	<input type="checkbox"/> ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> PADRÃO
--	--	---------------------------------

MEDICAÇÕES PRESCRITAS

<input type="checkbox"/> DROGA VASOATIVA	QUAL (AIS):	
<input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO	QUAL (AIS):	PREVISÃO DE TÉRMINO: DIAS

Marcelo André C. Ferreira  
Cirurgia da Coluna Vertebral  
CRM: 10.910  
Mat: 197192-2

MÉDICO  
(ASSINATURA E CARIMBO)

ELABORAÇÃO

Setor: Comissão de Prontuários  
Nome: Adriana Passos Pequeno

APROVAÇÃO

Setor: Diretoria Médica  
Nome: Adriana Passos Pequeno

Assinatura:

Vigência : 20/09/2022

FORMULÁRIO DE ADMISSÃO MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME COMPLETO:

DATA DE NASCIMENTO: / /

REGISTRO:

DATA DA ADMISSÃO 02/11/2022

Nome: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

ANAMNESE

MÉDICO ASSISTENTE: Dr. Daniel Campos

FONE:

QUEIXA PRINCIPAL/DURAÇÃO:

H.D.A.:

peito an br, bem  
coax E qñ qual de  
mot. Coax E q, perimete  
partipante s-ped.

EXAME FÍSICO:

AR: FR \_\_\_\_\_ irpm SaTO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ °C

ACV: PA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg FC \_\_\_\_\_ bpm

ABD:

SNC:

EXTREMIDADES:

Mao E q perimete s  
sind de peso de  
crullo traxico.  
R q sfero b perim  
E q dente.

RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA - MEDICAÇÃO EM USO DOMICILIAR

MEDICAÇÕES SUSPENSAS NO INTERNAMENTO - (FAVOR JUSTIFICAR MOTIVO)

Incha + hipertensio  
sic.

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Da. / Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

02/11/2020 # Enfermagem #

22h00

Paciente atendido na emergência vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU. Atendido inicialmente pelo cirurgião que pediu parecer da ortopedia que solicitou internação cirúrgica de urgência por fratura de fêmur. Refere hipertensão e diabetes mellitus, nega alergia medicamentosa. Evolue ECG compro metido, consciente, orientado, hipocorado, aciarótico, anictérico, eupneico em ar ambiente, dieta zerada para realizar procedimento cirúrgico de urgência. Apresenta lesão em MIE e depressividade. Eliminações fisiológicas espontâneas. Segue aguardando os trâmites de autorização. Riscos e condutas em prescrições de enfermagem.

HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Nasc: 04/03/1961 - 59 anos  
Reg: 1966981 - Pront: 000059418  
FACHESF/ESPECIAL  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 20:08  
Matricula: 011853290000  
N. Soc



Leito: URGEM

MA: Daniel Campos

Elielma Ramos de Oliveira Ferreira  
Coren-PE 465130 ENF

Preparação cirúrgica para 22h30.

Elielma Ramos de Oliveira Ferreira  
Coren-PE 465130 ENF

03/11/2020

Ortopedia

Ortop

Paciente internado no TCU Unimed para fratura de fêmur G59 + Desbridamento com fixação externa  
em A JN  
AX Cirúrgico  
Ag. Cirúrgico para Cirurgia de Urgência

Daniel Campos dos Santos  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15126

ta/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

# ENFERMAGEM #

RE  
S

05/11/2020  
02:10h

PACIENTE ADMITIDO NESTE SETOR PROCEDENTE DO  
POT TIO URGENTE DE FRATURA DO FEMUR (E) C/  
EXTERNO, REFE HA E DA NEVA ALERGICAS. EXERC  
CONSUENTE, ORIENTADO EM REPOUSO NO LEITO. CURVEL  
NORMOVARADO, HIDRATADO, AUP EM UBO TROCA P/ 05/11 SEM  
SINAIS FLOUSTRUB, FO EM COXA (E) COM FIXADOR EX-  
TERNO, PUNA (E) E MAO (E) DISTA LIBERADA. RISCO DE  
QUEDA + FLEBITE + INFECÇÃO + TVU + BRONWASPIRACÃO + UPY.  
CD: CENAR E TRAVAR GRUBES TROVAR AUP A CADA 72 HORAS  
CUIDADOS COM AUP + FO PREVENIR ANTIWACULANTE, NA  
DEUBITO CLENADO 30-45° COLOVAR COLCHAO e PNEUMATICO  
RECEBO PACIENTE SEM ACOMPANHANTE

Fabryca G. dos Santos  
Corep-PE 328.353-ENF

Fabryca G. dos Santos  
Corep-PE 328.353-ENF

03/11/2020

# Atendida (fratura do fêmur (E))  
m: Daniel Lopes

Recult submetto a procedimento cirurgico para  
colocar o fixador de fratura do fêmur (E) com  
placa e parafusos, com sucesso. Paciente  
estavel sem dor, analgesia adequada e sem  
sinais de infecção. Curvel em repouso.  
CD: Soluções para o pós-operatório e P. Cuidos

Dr. Lucas Mousinho  
MÉDICO  
CREMEPE 29797

Corep-PE 482130-ENF  
Eliana Ramos de Oliveira Farias

ABORAÇÃO

Setor: Comissão de Prontuário  
Nome: Isabella Lobato, Janny Leonor.  
Assinatura:

APROVAÇÃO

Setor: Diretoria Médica  
Nome: Adriana Passos Pequeno

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Data/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

03/11/2020 Conferência  
13hs

Nome: **HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nasce: 04/03/1961 - 59a7m30d  
 Reg: 1968938 - Pront: 000059478  
 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matrícula: 011953290000  
 N. Soc:  
 ORTOPEDIA  
 Leito: 412

Paciente com HA: 1º DPO  
 + TO Fratura exposta fêmur  
 (E) + fratura externa, evoluindo  
 em EGE consciente, orientado, restitudo ao  
 leito, oral, eufórico, normotensão, SSW este-  
 per. AVF em MSD com taca por 05/11 em  
 áreas plásticas. Deito por sup eol com me-  
 dula bacterias. Anomali. Pele: lesões  
 do curativo em FO MIE + fratura externa  
 utilizando: 05 gaze, 01 compresso algodão  
 de, 02 algodões de 15cm. Olcos 70%, mi-  
 croper, FO presente sangramento em local  
 de inserção do fixador e em FO. Curativo  
 em mão (E) com sutura, sem sangramento.  
 MIE com dptc. Alimnecias espontâneas  
 presentes. Sem zúlcas. Includo nos  
 protocolos de queda, febre, infecção, lesão  
 de pele. Conduta: manter com torçoes e  
 grades elevadas. Troca de AVF a cada 72 horas  
 Olanoxm da mão. mudança de decubito  
 2/2 horas. Segue aos cuidados da equipe.

Paulina Santos  
 COHEN-RE-500-ENE

03.11.20: Amolância Nutricional

Paciente admitido para realização de procedimento  
 cirúrgico (fratura exposta fêmur E), previsto para 03/11.  
 Repen por dietético, hipertensão. Repen alimnecias  
 alimentar, repen poucas intestinais regular.  
 De dia Autoparéticos:  
 Repen (apenas) = 72hp / altura = 1,60m / IMC = 28.  
 Diagnóstico Nutricional: Sobrepeso (0,95, 94).  
 Risco Nutricional: Presente (0,95, 02).  
 Classificação em NAW = Secundário.  
 Meta Nutricional: 1800 kcal/d (20 kcal/kg/d) // 100g Prot/d (1,0g/prot/d)  
 Plano terapêutico  
 - Dieta Branda, Dietético, hiposódica, hipoprotéica  
 fracionada 3/3 horas;

ta/Hora

Cada registro deve ser assinado e carimbado

- observa glicemia, PA e acúmulos alimentares;
- segue em acompanhamento nos próximos 48h;
- Reavaliação nos próximos 7 dias (se continuar)

Edyane Sousa  
Nutricionista  
CRM 1727

Intervenção 1 hora  
03/11/2020  
16h 40s dias

Edyane Sousa  
Nutricionista  
CRM 1727

Em tempo: 15h 30

Paciente abriu o placar  
do de plano emergencial, par-  
ticipando por 10 minutos  
ocorrendo a ocorrência de  
que um profissional que  
vem trabalhar aqui  
para a emergência para cha-  
mar a assistência social  
para o paciente em um tri-  
psiquiátrico, porém não  
se encontra neste momento

Edyane Sousa  
Nutricionista  
CRM 1727

21/3/14 #Intervenção #  
03/11/2020

paciente apresentando sintomas  
Culito K=30.

Sem outras alterações analisadas na  
situação de seus sinais

Col. @ para 16h 40

Amanda Cantarelli  
Médica  
CRM: 24388

**ABORAÇÃO**

tor: Comissão de Prontuário  
me: Isabella Lobato, Janny Leonor.  
sinatura:

**APROVAÇÃO**

Setor: Diretoria Médica  
Nome: Adriana Passos Pequeno

R

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Data/Hora	Cada registro deve ser assinado e carimbado
04/11/2020	# Ortopedia (Fx Dx fêmur E)
	M.A.: Dr. Daniel Campos.
	<p>paciente evoluiu com dor na região da nuca em arco da mão ⊕. Sem queixas mais específicas. Sem queixas óticas.</p> <p>Exames laboratoriais (03/11): K3,0 / ur 80 / INR 1,17 / A/E 69%.</p> <p>Hb 9,7 / HT 28,4 / leucos 11700 / Plag 250000</p>
	Apresentando sangramento em F.O. fêmur ⊕.
	<p>CO: Programação de cirurgia amputação do MBh.                  Zerar dieta a partir de amanhã às 10h.                  Suspender estereotaxia amputação                  Ar. de lãndro.                  Sinto Manipum.</p>

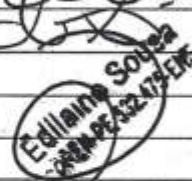
**NUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
 Nas: 04/03/1961 - 59a8m0d  
 Reg: 1866938 - Pront: 000059418  
 FACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora 22:27  
 Matrícula: 011853290000  
 N. Soc: ORTOPEDIA  
 Leito: 412

Dr. Lucas Mousinho  
 MEDICO  
 CREMEPE 29797

04/11/2020.  
 20:00 HQ emergência. Inter  
 Na exposto fêmur esquerdo  
 com fratura extensa.  
 M.A.: Daniel Campos.  
 Paciente, 60B - Amputado, des  
 lado, restado ao leito, sem  
 poder ar amputado, 350 est  
 sem dor local, zera a 00h  
 Fêmur operado com extensão  
 no fêmur esquerdo. Realize  
 do amputado conservadora.  
 Resultado: O fêmur está fixo, o l  
 levo costado. O archedo de  
 15 cm, o fêmur alçado com  
 0,5. F. 100 g. O fêmur  
 alçado. O fêmur se  
 de dente, proceda 04/11/2020  
 amputado na mão esquerda  
 amputado conservadora, realiz  
 o fêmur pelo M.A. F. no de  
 fêmur esquerdo sem perna

ta/Hora Cada registro deve ser assinado e carimbado

*Handwritten text:* História Clínica: doença da  
 do sistema respiratório. Res-  
 p. queda, de leve, congestão  
 da parede posterior, cor-de-  
 rosa, nodos e lúmen; lúmen  
 já do e observe parafar-  
 m. e o que resta. Separação  
 da cidade.



04  
 11  
 3020  
 17:20

*Handwritten text:* Cláudio  
 Sexo ♂ 59.  
 Seu Cláudio de desconhecimento / Casado  
 Hipertensão e diabete insulino depen-  
 dente. Passado limpo e infarctos -  
 Capricosa 5 Sinais Superiores Intensa  
 do pulmão.

*Handwritten text:* Recor 02/10/2010: 140x90

*Handwritten text:* An seu Auscultação  
 Sem Sinais de Hiper-tensão

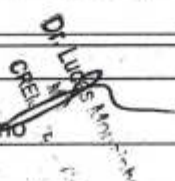
*Handwritten text:* Cel. Sinal + Sinal

*Handwritten text:* Diagnosticamente Hipertensão  
 Não limpa (II)

*Handwritten signature and stamp:* Dr. Carlos Roberto CRM: 5887

4/11/2010  
 17:48h

*Handwritten text:* # Intoxicação  
 CP: Abandonado para de repente  
 fazer dueto a partir de meia noite  
 com sinais em 9h.

<b>ELABORAÇÃO</b> or: Comissão de Prontuário ne: Isabella Lobato, Janny Leonor. inatura:	<b>APROVAÇÃO</b> Setor: Diretoria Médica Nome: Adriana Passos Pequeno 
---	--

Vigência  
01/03/2023

Revisão  
02

Código  
HES.INS.FOR.095

Página  
1/5

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

Data: 03/11/2020  
Hora: \_\_\_\_\_

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**

Nasc: 04/03/1961 - 59a/7m30d  
 RG: 19800338 - pt-unt 000050418  
 PACHESF/ESPECIAL - Sexo: M  
 Entrada: 02/11/2020 - Hora: 22:27  
 Matrícula: 011853290000  
 N. Soc: \_\_\_\_\_  
 ORTOPEDIA  
 Leito: 412

Nome do paciente: \_\_\_\_\_  
 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Registro: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
( ) Risco para eventos adversos na terapia medicamentosa	( ) Utilização de medicamentos de alta vigilância ( ) Anestésicos ( ) Polifarmácia ( ) Hepatins de alta dosagem ( ) Quimioterápicos ( ) Hemoderivados ( ) KCl	Atenção: Confirmar identificação do paciente na presença da pulseira, conferir prescrição antes da administração dos medicamentos e perguntar ao paciente sobre alergia. ( ) Verificar SSV / Oximetria de pulso / NEWS ( ) Realizar dupla checagem ( ) Monitorar e comunicar presença de sangramentos antes da administração dos anticoagulantes ( ) Realizar rodizio do local de aplicação das medicações subcutâneas. ( ) Monitorar reações adversas durante a administração de hemoderivados	
( ) Risco para Tromboembolismo Venoso (TEV) relacionado aos fatores intrínsecos e/ou complexidade do procedimento	( ) Cirurgia de porte médio e alto ( ) Cirurgia de risco alto ( ) Obesidade ( ) Infecção ( ) Varizes/insuficiência venosa ( ) História de TEV/TVP e/ou Embolia pulmonar ( ) DPOC, IAM, AVC, Câncer ( ) Cefalotes venosos( central) ( ) Internação em UTI ( ) Gravidez/Puerpério( Não considerar cesárea ) ( ) Mobilidade reduzida	( ) Monitorar e comunicar reações adversas a medicamentos : Dispneia, alterações glicêmicas, imobilidade, visão turva, tonturas confusão mental, taquicardia, bradicardia, febre, cefaléias, náuseas e vômitos, edemas, alterações de PA, prurido. ( ) Avaliar e comunicar presença de dor e /ou edema nos MMII ( Sinal de Homans) ( ) Administrar a profilaxia medicamentosa ( ) Monitorar e comunicar ocorrências de sangramento gengival, equimoses, petéquias, epistaxe e hematuria; ( ) Deambular conforme orientação médica. ( ) Monitorar alterações no padrão respiratório (Bradipnéia / taquidispnéia) conforme o Protocolo de NEWS e comunicar alterações. ( ) Instalar a profilaxia mecânica ( botas pneumáticas / meias elásticas )	

FORMULÁRIO / INSITUACIONAL  
PREVENÇÃO DE ENFERMAGENS LIMPADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de instabilidade hemodinâmica(ex.: Sangramentos)</p>	<p>Uso de drenos:  <input type="checkbox"/> Penrose  <input type="checkbox"/> Portovac  <input type="checkbox"/> Torácico  <input type="checkbox"/> Jackson Pratt  <input type="checkbox"/> Blake  <input type="checkbox"/> Diagnóstico de HDA/HDB  <input checked="" type="checkbox"/> Pós-operatório  <input type="checkbox"/> Uso de anti-coagulantes</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar sinais de choque. Comunicar as alterações nos valores de: FC &lt;40 ou &gt; 110; FR &lt;10 ou &gt;20; PA &lt;80x60 ou &gt; 140x90; Temp &lt;35 ou &gt;37; Escala de Glasgow, eliminações de urina &lt;50mL/h</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Inspeccionar o local da incisão cirúrgica a cada 24 h.</p> <p><input type="checkbox"/> Atentar para volume de drenagem e comunicar ao médico no caso de alterações.</p> <p><input type="checkbox"/> Comunicar os resultados dos exames com limite crítico</p> <p><input type="checkbox"/> Mensurar (notar débito de dreno a cada 12 horas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Atentar para presença de sangramentos</p> <p><input type="checkbox"/> Atentar para realização da troca de reservatório/risco d'água conforme protocolo institucional</p>	
<p><input type="checkbox"/> Risco de queda associado ao uso de Moraes/ Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda</p>	<p><input type="checkbox"/> Idade &gt;65 anos ou &lt;5 anos  <input type="checkbox"/> Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda  <input type="checkbox"/> História de queda nos últimos 3 meses  <input type="checkbox"/> Risco de Delirium  <input checked="" type="checkbox"/> Pós-operatório imediato</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Orientar quanto a distribuição assistida</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Manter pradas e rodas: cama travada no nível mais baixo, luzes scssas</p> <p><input type="checkbox"/> Instalar protetores laterais na cama</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sinalizar em pulseira de identificação o risco de queda</p> <p><input type="checkbox"/> Utilizar calçados/meias antiderrapantes</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar transposição cirúrgica conforme protocolo</p> <p><input type="checkbox"/> Acionar a avaliação da fisioterapia para verificação de controle de tronco/coordenação motora, e orientação aos familiares quanto a deambulação assistida</p> <p><input type="checkbox"/> Acionar assistente social quando o paciente com risco alto para queda encontrar-se sozinho em apartamento</p>	

PROFESSOR(A) RESPONSÁVEL PELO CUIDADO DE LA INTERVENÇÃO ( ) JORNAL ( ) CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	AVALIAÇÃO
<p>( ) Risco de infecção ou hipótese diagnóstica</p> <p>( ) ITU ( ) ITR ( ) IPCS</p>	<p>( ) Insuficiência Renal ( ) Diabetes Mellitus ( ) Imunodeficiência ( ) Leucopenia ou Leucocitose ( ) História prévia de infecção ( ) Tosse prolongada/produção ( ) Nutrição Parenteral / Enteral ( ) Presença de AVP- PICC, CVC, CTL, COL, CTI ( ) Internamento de longa permanência ( ) SVD; SVA</p>	<p><b>Ação:</b> Seguir protocolo institucional de higienização das mãos, cumprindo as medidas preventivas.</p> <p>( ) Higienizar as mãos sempre antes e após contato com o paciente.</p> <p>( ) Utilizar EPI's de acordo com a classificação da medida de precaução do paciente</p> <p>( ) Orientar o paciente e familiar quanto as medidas de prevenção de infecção</p> <p>( ) Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar a presença de sintomas de infecção.</p> <p>( ) Realizar troca de aquepos simples, conexões e extensões a cada 72 horas ou sempre que necessário.</p> <p>( ) Avaliar/registrar todas as vias invasivas a cada 24 horas e comunicar se sinais flogísticos.</p> <p>( ) Manter acesso com cobertura estéril conforme protocolo da instituição.</p> <p>( ) Desligar dieta por SNE/GTT durante manipulação do paciente</p> <p>( ) Realizar e avaliar a técnica de aspiração de vias aéreas e realizar aspiração se necessário</p> <p>( ) Manter fixação adequada do SVD e avaliar bolso com o abdômn até 2,5 do volume, verificando o fluxo urinário a cada 72 horas</p> <p>( ) Realizar SVA conforme prescrição médica e registrar o procedimento</p>	
<p>( ) Risco de Broncação</p>	<p>( ) Sedição ( ) Pós-operatório ( ) Convulsão ( ) Obesidade ( ) AVC ( ) Presença de sondas / tubos ( ) Paraplegia / hemiplegia ( ) Demência pré-senil</p>	<p>( ) Manter paciente em decúbito a 45º.</p> <p>( ) Avaliar retenção de alimentos/líquidos na cavidade oral.</p> <p>( ) Se paciente utilizar TQT, aspirar conforme a necessidade, Troca de fixação a cada 24 horas.</p> <p>( ) Lavar a SNE / GTT antes e após administração de medicações</p> <p>( ) Verificar pela marcação da fixação ( ) da SNE (não administrar se extensorizada).</p>	
<p>( ) Risco de dor aguda relacionado aos fatores intrínsecos/extrínsecos evidenciados pelo escore de EVA</p>	<p>( ) Algias ( ) Pós-operatório ( ) Curativos extensos/dolosos</p>	<p>( ) Registrar o escore de EVA ( 0 a 10 ), registrando em evolução intensidade, local e características da dor</p> <p>( ) Administração de analgésicos escalonados conforme prescrição médica</p> <p>( ) Reavaliar queixas algicas após administração dos medicamentos, de acordo com o tempo de ação de cada droga ( máx. de reavaliação em até 50 minutos)</p> <p>( ) Acionar TRR, nos casos em que não houver resolução das queixas algicas</p>	

<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Interação relacionado ao procedimento cirúrgico</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico</p>	<p><input type="checkbox"/> Realizar banho com agente antisséptico 2 horas antes da cirurgia com clorexidina degermente a 2%</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar tricotomia caso necessário no mesmo momento do banho</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar higiene oral com solução padronizada antes do procedimento cirúrgico.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Higienizar as mãos antes e após procedimentos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo conforme técnica aséptica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar ferida operatória e informar da vermelhidão, calor e presença de secreção.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realizar assepsias dispostivos</p>
<p><input type="checkbox"/> Risco de Suicídio</p>	<p><input type="checkbox"/> História prévia de tentativas de suicídio</p> <p><input type="checkbox"/> Presença de transtornos psiquiátricos</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de drogas ilícitas</p>	<p><input type="checkbox"/> Conferir o uso contínuo de alheres descartáveis</p> <p><input type="checkbox"/> Conferir as travas das janelas</p> <p><input type="checkbox"/> Conferir o recolhimento da chave do apt</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente internado próximo ao posto de enfermagem (preferencialmente)</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar banho aséptico do apartamento que oferece risco ao paciente ( Ex: Seringas, equipamentos perfuro-cortantes)</p>
<p><input type="checkbox"/> Risco para Hipotermia</p>	<p><input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Coagulopatias no intraoperatório</p> <p><input type="checkbox"/> Perdas Sanguíneas</p> <p><input type="checkbox"/> Infusões Endovenosas</p> <p><input type="checkbox"/> Tempo cirúrgico &gt; 60 min</p> <p><input type="checkbox"/> Neonatos, crianças &lt; 6 anos e idosos &gt; 80 anos</p>	<p><input type="checkbox"/> Monitorar e registrar temperatura corpórea</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente aquecido</p>
<p><input type="checkbox"/> Risco de Glândula Inicial ou (Hipoparatiormia / Hipercalcemia)</p>		<p><input type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipocalcemia: hiperreflexia e comunicar alterações (taquicardia, palpitações, hipotensão, taquicardia, outros).</p>



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO (X) CIRÚRGICO

Data: 02/11/20  
Hora: 22:00

Nome do paciente: Humberto Ferreira Dantas  
Data de nascimento: 04/03/1961  
Registro: 1966881

**HUMBERTO FERREIRA DANTAS**  
Nasc: 04/03/1961 - 59 anos  
Reg: 1966881 - Pront: 000059419  
FACHESP/ESPECIAL  
Entrada: 02/11/2020 - Hora: 20:08  
Matrícula: 011853290000  
N. Soc:  
 Leito: URGEN

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
( ) Risco para eventos adversos na terapia medicamentosa	( ) Utilização de medicamentos de alta vigilância ( ) Anestésicos ( ) Polifarmácia ( ) Heparinas de alta dosagem ( ) Quimioterápicos ( ) Hemoderivados ( ) KCL	Atenção: Confirmar identificação do paciente na presença da enfermeira, conferir prescrição antes da administração dos medicamentos e perguntar ao paciente sobre alergia. ( ) Verificar SSVV / Oximetria de pulso / NEWS ( ) Realizar dupla checagem ( ) Monitorar e comunicar presença de sangramentos antes da administração dos anticoagulantes ( ) Realizar rodízio do local de aplicação das medicações subcutâneas. ( ) Monitorar reações adversas durante a administração de hemoderivados	
(X) Risco para Tromboembolismo Venoso (TEV) relacionado aos fatores intrínsecos e/ou complexidade do procedimento	(X) Cirurgia de porta médio e alto ( ) Cirurgia de risco alto ( ) Obesidade ( ) Infecção ( ) Varizes/insuficiência venosa ( ) História de TEV/TVP e/ou Embolia pulmonar ( ) DPOC, IAM, AVC, Câncer ( ) Cateteres venosos( central) ( ) Internação em UTI ( ) Gravidez/Parênf (NÃO consultar obstetra) ( ) Mobilização restrita	(X) Avaliar e comunicar presença de dor e/ou edema nos MMII ( Sinal de Homans) (X) Administrar a profilaxia medicamentosa (X) Monitorar e comunicar ocorrências de sangramento gengival, equimoses, petéquias, epistaxe e hemátua; ( ) Distribuir conforme orientação médica; (X) Monitorar alterações no padrão respiratório (Bradipnéia / taquidiscritia) conforme a evolução as NEWS e comunicar alterações ( ) Avaliar e profilaxia médica ( botas pneumáticas / meias elásticas )	

FORMULÁRIO / INSITUCIONAL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
<p>( ) Risco de instabilidade hemodinâmica(ex.: Sangramentos)</p>	<p>Uso de drenos:                      ( ) Penrose                      ( ) Portovac                      ( ) Teráxico                      ( ) Jackson Pratt                      ( ) Blake                      ( ) Diagnóstico da HDAVHDB                      ( ) Pós-operatório                      ( ) Uso de anti-coagulantes</p>	<p>( ) Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar sinais de choque. Comunicar se alterações nos valores de: FC &lt;40 ou &gt; 110; FR &lt;10 ou &gt;20; PA &lt;60x60 ou &gt; 140x90; Temp &lt;35 ou &gt;37; Escala de Glasgow, eliminações da urina &lt;50ml/h.</p> <p>( ) Inspeccionar o local da incisão cirúrgica a cada 24 h ;</p> <p>( ) Atentar para volume de drenagem e comunicar ao médico no caso de alterações.</p> <p>( ) Comunicar os resultados dos exames com limite crítico.</p> <p>( ) Mensurar fnotor débito do dreno a cada 12 horas</p> <p>( ) Atentar para presença de sangramentos</p> <p>( ) Atentar para realização da troca de reservatório /selo d' água conforme protocolo institucional</p>	
<p>( ) Risco de Queda associado ao escore de Morse/ Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda.</p>	<p>( ) Idade &gt;65 anos ou &lt;5 anos                      ( ) Utilização de medicamentos que potencializam o risco de queda                      ( ) História de queda nos últimos 3 meses                      ( ) Risco de Delírium                      ( ) Pós-operatório imediato</p>	<p>( ) Orientar quanto a deambulação assistida</p> <p>( ) Manter grades elevadas, cama travada no nível mais baixo; luzes acesas</p> <p>( ) Instalar protetores laterais na cama</p> <p>( ) Sinalizar em pulseira de identificação o risco de queda</p> <p>( ) Utilizar calçados/meias antiderrapantes</p> <p>( ) Realizar transposição cirúrgica conforme protocolo</p> <p>( ) Agenciar assistência social quando o paciente com risco alto para queda encontrar-se sozinho em apartamento.</p>	



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO (X) CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICOS	FATORES RELACIONADOS	INTERVENÇÕES / PRESCRIÇÕES	APRAZAMENTO
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção ou hipótese diagnóstica</p> <p><input type="checkbox"/> ITU</p> <p><input type="checkbox"/> ITR</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> IPCS</p>	<p><input type="checkbox"/> Insuficiência Renal</p> <p><input type="checkbox"/> Diabete Mellitus</p> <p><input type="checkbox"/> Imunodeficiência</p> <p><input type="checkbox"/> Leucopenia ou Leucocitose</p> <p><input type="checkbox"/> História prévia de Infecção</p> <p><input type="checkbox"/> Tosse prolongada/produção</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nutrição Parenteral / Enteral</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Presença de AVP, PICC, CVC, CTL, CDL, CTI</p> <p><input type="checkbox"/> Internamento de longo permanência</p> <p><input type="checkbox"/> SVD/SVA</p>	<p><b>Atenção: Seguir protocolo Institucional de higienização das mãos, cumprindo as medidas preventivas.</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Higienizar as mãos sempre antes e após contato com o paciente;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Utilizar EPI's de acordo com a classificação da medida de precaução do paciente.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Orientar o paciente e familiar quanto as medidas de prevenção de infecção.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais vitais conforme protocolo de NEWS e avaliar a presença de sintomas de infecção;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realizar troca de equipamentos simples, conectores e extensões a cada 72 horas ou sempre que necessário. Inst: 05/11</p> <p><input type="checkbox"/> Avaliar/ registrar todas as vias invasivas a cada 24 horas e comunicar se sinais flogísticos;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Manter acesso com cobertura estéril conforme protocolo de substituição.</p> <p><input type="checkbox"/> Diluir dieta por SNE/GTT durante manipulação do paciente</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorar e comunicar presença de hipersecreção de vias aéreas e realizar aspiração se necessário.</p> <p><input type="checkbox"/> Manter fixação adequada da SVD e esvaziar bolsa coletora ao atingir até 2/3 do volume, verificando o fluxo urinário a cada 12 horas</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar SVA conforme prescrição médica, e registrar o procedimento.</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente em decúbito à 45°.</p> <p><input type="checkbox"/> Avaliar retenção de alimentos/líquidos na cavidade oral.</p> <p><input type="checkbox"/> Se paciente utilizar TQT, aspirar conforme a necessidade; Troca de fixação a cada 24 horas.</p> <p><input type="checkbox"/> Lavar a SNE / GTT antes e após administração de medicações</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar pela marcação da fixação ( ) da SNE (não administrar se exteriorizada).</p>	
<p><input type="checkbox"/> Risco de Dronocazpiração</p>	<p><input type="checkbox"/> Sedação</p> <p><input type="checkbox"/> Pós - operatório</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsão</p> <p><input type="checkbox"/> Obesidade</p> <p><input type="checkbox"/> AVC</p> <p><input type="checkbox"/> Presença de sondas / tubos</p> <p><input type="checkbox"/> Paraplegia / hemiplegia</p> <p><input type="checkbox"/> Demência pré - senil</p>	<p><input type="checkbox"/> Registrar o escore de EVA ( 0 a 10 ), registrando em evolução intensidade, local e características da dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Administração de analgésicos escalonados conforme prescrição médica.</p> <p><input type="checkbox"/> Reavaliar queixas algicas após administração dos medicamentos, de acordo com o tempo de ação de cada droga ( máx. de reavaliação em até 60 minutos)</p> <p><input type="checkbox"/> Acionar TRR, nos casos em que não houver resolução das queixas algicas.</p>	
<p><input type="checkbox"/> Risco de dor aguda relacionado aos fatores intrínsecos/extrínsecos evidenciados pelo escore de EVA</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Algias</p> <p><input type="checkbox"/> Pós- operatório</p> <p><input type="checkbox"/> Curativos extensos/doloroso</p>	<p><input type="checkbox"/> Registrar o escore de EVA ( 0 a 10 ), registrando em evolução intensidade, local e características da dor.</p> <p><input type="checkbox"/> Administração de analgésicos escalonados conforme prescrição médica.</p> <p><input type="checkbox"/> Reavaliar queixas algicas após administração dos medicamentos, de acordo com o tempo de ação de cada droga ( máx. de reavaliação em até 60 minutos)</p> <p><input type="checkbox"/> Acionar TRR, nos casos em que não houver resolução das queixas algicas.</p>	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM UNIDADE DE INTERNAÇÃO ( ) CLÍNICO ( ) CIRÚRGICO

\_\_\_H

<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Infecção relacionado ao procedimento cirúrgico</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico</p>	<p><input type="checkbox"/> Realizar banho com agente antisséptico 2 horas antes da cirurgia com cloroxidina degermantante a 2%.</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar tricotomia caso necessário no mesmo momento do banho</p> <p><input type="checkbox"/> Realizar higiene oral com solução padronizada antes do procedimento cirúrgico.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Higienizar as mãos antes e após procedimentos</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo conforme técnica asséptica</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar ferida operatória e informar: dor, vermelhidão, calor e presença de secreção.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Realizar assepsia de dispositivos</p>
<p><input type="checkbox"/> Risco de Suicídio</p>	<p><input type="checkbox"/> História prévia de tentativas de suicídio</p> <p><input type="checkbox"/> Presença de transtornos psicológicos</p> <p><input type="checkbox"/> Uso de drogas lícitas/ilícitas</p>	<p><input type="checkbox"/> Conferir o uso contínuo de talheres descartáveis</p> <p><input type="checkbox"/> Conferir as travas das janelas</p> <p><input type="checkbox"/> Conferir o recolhimento da chave do apt</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente informado próximo ao posto de enfermagem (preferencialmente).</p> <p><input type="checkbox"/> Recolher qualquer material do apartamento que ofereça risco ao paciente ( Ex.: Sarringas, equibos, perfuros-cortantes)</p>
<p><input type="checkbox"/> Risco para Hipotermia</p>	<p><input type="checkbox"/> Procedimento cirúrgico</p> <p><input type="checkbox"/> Coagulopatias no intraoperatório</p> <p><input type="checkbox"/> Perdas Sanguíneas</p> <p><input type="checkbox"/> Infusões Endovenosas</p> <p><input type="checkbox"/> Tempo cirúrgico &gt; 60 min</p> <p><input type="checkbox"/> Neonatos, crianças &lt; 6 anos e idosos &gt; 60 anos.</p>	<p><input type="checkbox"/> Monitorar e registrar temperatura corpórea</p> <p><input type="checkbox"/> Manter paciente aquecido</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> Risco de Glicemia Instável (Hipoglicemia / Hiperglicemia)</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemias / hiperglicemias e comunicar alterações (cefaleia, pele fria, palidez, hipotensão, taquicardia, outros)</p>



100

**AVALIAÇÕES - O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós op.**

		15 min.	30 min.	45 min.	60 min.	1 h 30 min.	2 h
Hora	12:55	13:10	13:25	13:40			
Temperatura	36,3	36,3	36,3	36,3			
Pulso	70	89	91	89			
Respiração	18	17	15	15			
Sat O <sub>2</sub>	98	98	100	96			
PA (mmHg)	150x60	128x60	130x68	137x72			

**BALANÇO HÍDRICO**

HORA	ENTRADAS								SAÍDAS					TOTAL
	SG	SLR	SF	Manitol	Albumina	Conc. Hemácias	Plasma Fresco	Perdas / Horas	Diurese	Sangramento	Dreno	SNG		

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Paciente admitido na SR, vindo da S.O. K.A.R. (contato),  
 orientado, S.S.O. estáveis, A.P. em U.I. 45G  
 curativo limpo e seco, sem queixas, segue nos  
 dados de @

**DESTINO DO PACIENTE**

- UTI     Unidade de Internação     Residência

Hora: \_\_\_\_ : \_\_\_\_





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DA INSCRICAO E REGISTRO  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRAFEGO  
 CARTERA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
**ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE**

RG IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**5599341 SDS PE**

CPF DATA NASCIMENTO  
**050.419.064-05 05/08/1984**

FILIACAO  
**LOUREVAL FREIRE DE ALB  
 UQUERQUE FILHO  
 GILSA LOPES CORDEIRO**

N.º REGISTRO VALIDADE 1.ª HABILITACAO  
**05746609059 25/20/2024 04/04/2013**

OBSERVAÇÕES

*Alaide Elaine Lopes de Albuquerque*  
 ASSINATURA PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO  
**RECIFE, PE 09/12/2019**

*Roberto Carlos Moraes Pomella*  
 Roberto Carlos Moraes Pomella  
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR  
**54442415837  
 PE095438513**

**PERNAMBUCO**

DENATRAN CONTRAN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1933572603**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1933572603**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1107320996

NOME <b>HUMBERTO FERREIRA DANTAS</b>		
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF <b>1991231 RDS PE</b>		
CPF <b>327.828.694-04</b>	DATA NASCIMENTO <b>04/03/1961</b>	
FILIAÇÃO <b>ISMAR DANTAS DA SILVA LAURIMITE FERREIRA DANTAS</b>		
PERMISSÃO <b>[REDACTED]</b>	ACC <b>[REDACTED]</b>	CAT. FINE <b>AB</b>
Nº REGISTRO <b>02328585227</b>	VALIDADE <b>25/09/2020</b>	1ª HABILITAÇÃO <b>11/10/1982</b>

OBSERVAÇÕES  
A

*[Signature]*  
AUTENTICAÇÃO DO FORTALECIDO

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1107320996

LOCAL <b>RECIFE - PE</b>	DATA EMISSÃO <b>01/10/2015</b>
<i>[Signature]</i> ASSINATURA DO EMISSOR	
<b>81325048069 PE060134622</b>	

DETRAN - PE - PERNAMBUCO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014803119674  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: 1 Cód. RENAVAM: 1169082170 R.N.T.R.C.: \*\*\*\*\* EXERCÍCIO: 2019

NOME: DAMIANA JOSEFA BARBOSA  
RECIFE-PE

CPF / CNPJ: 021.197.974-04 PLACA: PDJ7920

PLACA ANT / UF: \*\*\*\*\* PE CHASSI: 9C6RG5010K0014356

ESPECIE TIPO: 025 / 100000000000 COMBUSTIVEL:

MARCA / MODELO: YAMAHA/FZ25 FAZER ANO FAB: 2018 ANO MOD: 2019

CAP / POT / CL: 2P/249CL CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: AEDI

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	IPVA 2019 QUITADO		1ª *****
	FAIXA IRVA: 1	PARCELAMENTO / COTAS: *****	2ª ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11 ICF (R\$): 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$): 84.58 DATA DE PAGAMENTO: 27/02/19

OBSERVAÇÕES: AL. FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRA

RECIFE LOCAL: Roberto F. Dolles DATA: 23/03/19

Roberto Carlos Marcelo Fostelles

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014803119674 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DAMIANA JOSEFA BARBOSA  
AVENIDA PROFESSOR AATUR DE SA 68 50740-5  
CASA - A CID UNIVERSITARIA RECIFE-PE

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

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 23/03/19

VIA: OFF / CNPJ: PLACA: PDJ7920

RENAVAM: 1169082170 MARCA / MODELO: YAMAHA/FZ25 FAZER

ANO FAB: 2018 CL. PRE: 09 Nº CHASSI: 9C6RG5010K0014356

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNS (R\$): 36.05	DETRAN (R\$): 4.01	CUSTO DO SEGURO (R\$): 40.85
------------------	--------------------	------------------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.25	ICF (R\$): 0.32	TOTAL DO PRÊMIO DO SEGURO (R\$): 84.58
------------------------------	-----------------	--

PAGAMENTO:  COTA ÚNICA  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 27/02/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT  
CNPJ 09.048.805/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: 3210088743

Nome do(a) Examinado(a): HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Professor Luiz Gonzaga Porto, 111, , Recife/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SDS-PE / 1991231

Data e local do acidente: 02/11/2020 - Recife/PE

Data e local do exame: 15/04/2021 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta do fêmur esquerdo. Ferimento no 5° dedo da mão esquerda.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

osteossíntese da fratura, fez fisioterapia, não comprova data da alta médica.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 70°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

limitação grave de membro inferior esquerdo, com bloqueio de joelho, claudicação da marcha.

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".**

**Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

VII. Segundo previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31° da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Leonardo Naves  
Médico  
CRM/RS 17142



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA Huacaro Ferreira Dantas

DATA DO ACIDENTE 02-11-2020 CPF DA VÍTIMA 329.829.691-04

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Alvise Elaine bord de Meyer

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Procurador

ENDEREÇO DO PORTADOR Bru Pio XV 59 Favelassa

Nº 635 COMPLEMENTO 030 BAIRRO CETRIS

CIDADE Carapicoba UF PO CEP 55762-622

E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (41) 9 8861-9869

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.508,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPMATSEGURODPVATTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPMATSEGURODPVATTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPMAT 0800 022 4204

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

DATA 05/03/2021

IDENTIDADE 5599341

ASSINATURA Alvise Elaine Meyer

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA**

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta do fêmur esquerdo. Ferimento no 5º dedo da mão esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho varo, flexão aos 70°, extensão aos 110°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico em 03/11/2020 com desbridamento e lavagem exaustiva, e com colocação de fixador externo em fêmur esquerdo, e sutura do ferimento do 5º dedo da mão esquerda. Em 05/11/2020 realizada nova cirurgia com retirada do fixador, com osteossíntese da fratura com uso de placa bloqueada, 03 parafusos corticais e 07 parafusos de bloqueio, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Realizada fisioterapia, não comprova data da alta médica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/04/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR: APESAR DA VALORAÇÃO DO EXAMINADOR EM 75% DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, TENDO EM VISTA A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO, O REVISOR OPTOU POR ALTERAR A ESTIMATIVA DA SEQUELA PARA 50% DO MEMBRO INFERIOR.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS **Data do acidente:** 02/11/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO. P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.P11

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** %SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210088743

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTO DO FÊMUR ESQUERDO. P5

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.P11

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# PROCURAÇÃO

## OUTORGANTE:

NOME: HUMBERTO FERREIRA DANTAS

NACIONALIDADE: BRASILEIRO

IDENTIDADE: 1991 231 ORGÃO: SDS/PE

CPF: 327 - 829 - 694 - 04

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

ENDEREÇO: Rua PROFESSOR Luiz Gonzaga Porto N. 1011

CEP: 50760-670 BAIRRO: SAM MANTIM DEUPE PERNAMBUCO

## OUTORGADO:

NOME: ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE

NACIONALIDADE: Brasileira

IDENTIDADE: 5599341 SDS/PE

CPF: 050.419.044-05

ESTADO CIVIL: Solteira

ENDEREÇO: Rua PIO XII, 5ª TRAVESSA, Nº 645 – CENTRO – CAMARAGIBE/PE

Cep: 54762-620



Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante instituições hospitalares, corpo de bombeiro, samu e Boletim de Ocorrência e retificar caso necessário, para solicitar e retirar quais quer documentações médicas e certidões de atendimento do outorgante acima qualificado. Confio para representar-me perante SEGURADORAS, referente ao seguro obrigatório DPVAT o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o senhor (a):

HUMBERTO FERREIRA DANTAS

Escolha o (s) tipos (s) de cobertura  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  morte

Data do Acidente: 02-11-2020

Recife 14 de janeiro de 2021

Local e data



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE)

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075803/21

**Vítima:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**CPF:** 327.829.694-04

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/11/2020

**Titular do CPF:** HUMBERTO FERREIRA DANTAS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE : 050.419.044-05

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

### HUMBERTO FERREIRA DANTAS : 327.829.694-04

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2021  
Nome: ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE  
CPF: 050.419.044-05

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2021  
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA  
CPF: 703.646.014-85

ALAIDE ELAINE LOPES DE ALBUQUERQUE

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA