PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MANOEL FERREIRA DE MELO, brasileiro, casado, aposentado, RG nº 12696 SSP PE e do CPF nº 298.063.214-72, residente e domiciliado à Travessa José Soares da Costa, nº Centro Iati – Pernambuco. CEP 55345-000.

OUTORGADO: MARIA JOSÉ ARAUJO DE OLIVEIRA, brasileira, advogada, inscrito na OAB/(PE), sob o número 42.064 e no CPF sob o número 002.186.554-01, residente e domiciliado na cidade de Iati - PE, com escritório na Travessa Francisco Pereira da Costa, nº 10, centro de Iati - PE. CEP 55345-000.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

FINALIDADE: para o fim de defender seus direitos e interesses na Ação Cível por danos morais em face da Prefeitura Municipal de Iati.

Iati – PE , 08 de fevereiro de 2019.

Manoel Ferreira de Melo

MANOEL FERREIRA DE MELO

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:14
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271468000000045228483
Número do documento: 19052918271468000000045228483

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **MANOEL FERREIRA DE MELO**, brasileiro, casado, aposentado, RG nº 12696 SSP PE e do CPF nº 298.063.214-72, residente e domiciliado à Travessa José Soares da Costa, nº Centro Iati – Pernambuco. CEP 55345-000. DECLARO para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

Iati - PE, 08 de fevereiro de 2019.

Manoel Ferreira de Melo

MANOEL FERREIRA DE MELO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURD
EC-7
Manoel Ferreira de Melo.
CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1.269.612
15/09/2017
<< MANOEL FERREIRA DE MELO >>
<< JOSÉ FERREIRA DE MELO >>
<< ISABEL VIEIRA BARBOSA >>
ÁGUAS BELAS - PE
10/06/1947
<< 074542 01 55 1972 2 00001 075
0000149 16 ÁGUAS BELAS PE >>
298.063.214-72
PABLO A. TENÓRIO DE CARVALHO
DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
F-76 266.734 - 400X

República Federativa do Brasil

Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais

Certidão de Casamento

NOME:

MANOEL FERREIRA DE MELO

ANTONIA VIEIRA DE GOUVEIA

MATRÍCULA:

074542 01 55 1972 2 00001 075 0000149 16

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CÔNJUGES

MANOEL FERREIRA DE MELO, nacionalidade brasileira, nascido em Águas Belas - PE a 10 de junho de 1947, filho de JOSÉ FERREIRA DE MELO e ISABEL VIEIRA BARBOSA

ANTONIA VIEIRA DE GOUVEIA, nacionalidade brasileira, nascida em Águas Belas - PE a 13 de maio de 1952, filha de JOÃO JOAQUIM DE GOUVEIA e JOSEFA VIEIRA BARBOSA

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

Cinco de fevereiro de mil novecentos e setenta e dois.

DIA	MÊS	ANO
05	02	1972

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

comunhão de bens

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

o mesmo nome e ANTONIA VIEIRA DE MELO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro B-AUX-1, às folhas 75 sob o nº 149. Data do registro: 5 de fevereiro de 1972. Data de realização: 5 de fevereiro de 1972. Não constam averbações à margem do termo.

Nome do Ofício
Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais

Oficial Registrador
Maria Lêucia Lins da Costa

Município/UF
Águas Belas-PE/PE

Endereço
Av. Cel. Alfredo Duarte, nº 16

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Águas Belas-PE, 16 de março de 2016.

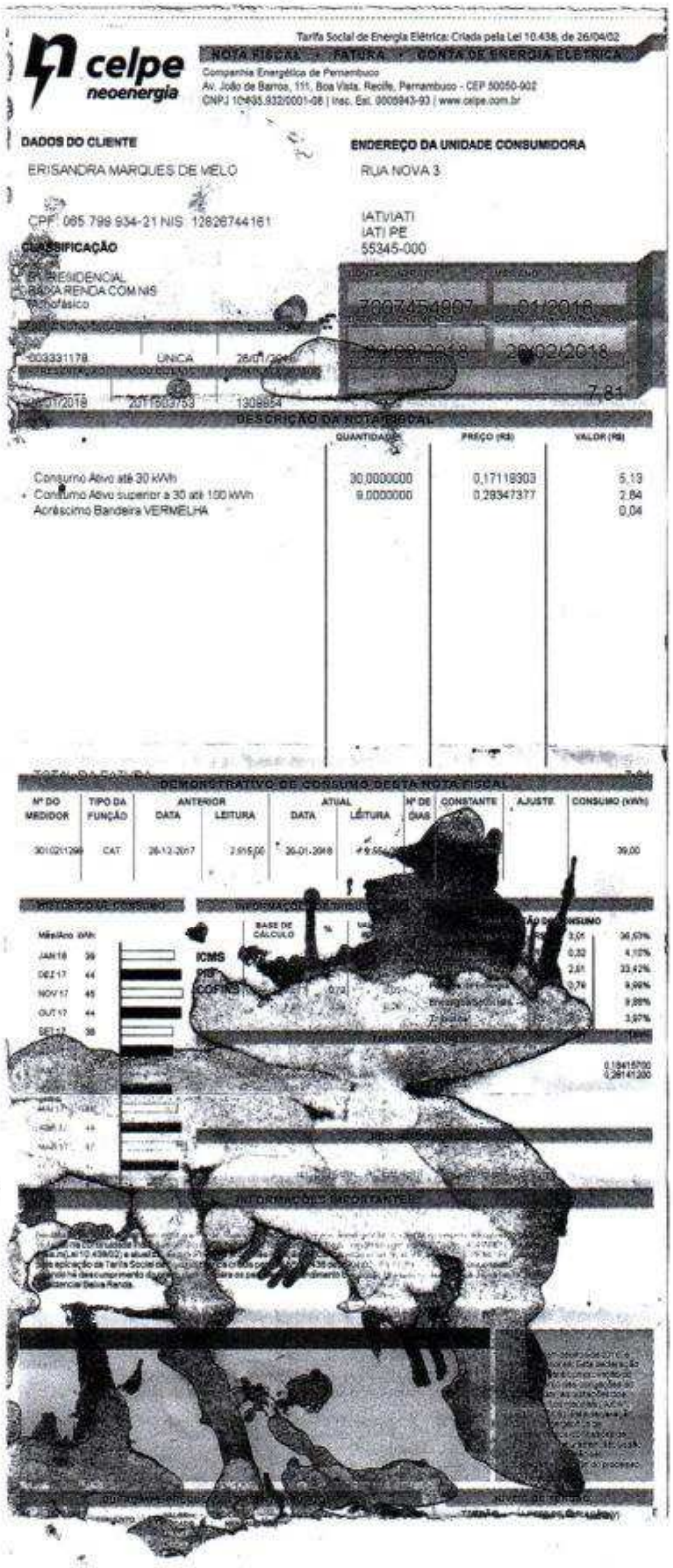
Maria Lêucia Lins da Costa
Oficiala do Registro Civil

Selo: 0074542.DJI10201501.00972
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Av. Cel. Alfredo Duarte, 16
Águas Belas - PE
Maria Lêucia Lins da Costa
TITULAR
Marcelo Lins da Costa Cintra
Maria de Fátima Gama Marçal
SUBSTITUTOS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ADULTERAÇÃO OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO.

Estado de Pernambuco



celpe neoenergia

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELETRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ERISANDRA MARQUES DE MELO

CPF: 085.799.934-21 NIS: 12826744161

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA NOVA 3

IATI/IATI
IATI PE
55345-000

7,81

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,17119303	5,13
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	9,0000000	0,29347377	2,64
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,04

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
30102129[illegible]	CAT	26-12-2017	2.915,00	30-01-2018	[illegible]				39,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 143ª CIRCUNSCRIÇÃO - IATI - DP143ªCIRC DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0233000170

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/06/2018** às **10:57**

Complementa o BO Número: **18E0233000081**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/2/2018** às **16:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE IATI, 1, BELA VISTA** - Bairro: **BELA VISTA - IATI/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROX. A FAZENDA DE APARECIDO LUCAS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE EURIDES DE BARROS CAVALCANTE (AUTOR \ AGENTE)
BFB LEASING SA ARRENDAMENTO (OUTRO)
JOSÉ BEZERRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
MANOEL FERREIRA DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE EURIDES DE BARROS CAVALCANTE
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MANOEL FERREIRA DE MELO

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

MANOEL FERREIRA DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ISABEL VIEIRA BARBOSA** Pai: **JOSE FERREIRA DE MELO** Data de Nascimento: **10/6/1947** Naturalidade: **AGUAS BELAS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1259612/SDS/PE (RG)**, **29606321472 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **APOSENTADO** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE IATI, 3, RUA NOVA - CEP: 0 - Bairro: A - IATI/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A ASSEMLÉIA DE DEUS**

JOSÉ BEZERRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DIMAS DA SILVA** Data de Nascimento: **15/9/1956** Naturalidade: **IATI / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8347764/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE IATI, 1, FAZENDA DO APARECIDO LUCAS - CEP: 0 - Bairro: A - IATI/PERNAMBUCO/BRASIL**

BFB LEASING SA ARRENDAMENTO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JOSE EURIDES DE BARROS CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:14
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271491700000045228494
Número do documento: 19052918271491700000045228494

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BFB LEASING SA ARRENDAMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE EURIDES DE BARROS CAVALCANTE**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Renavam: **987304550** Chassi: **9BD15844A9618**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL FERREIRA DE MELO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL FERREIRA DE MELO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA DECLARA QUE : NO DIA E HORÁRIO JÁ MENCIONADOS O SR. MANOEL FERREIRA DE MELO VINHA DO BAIRRO BELA VISTA TRANSITANDO PELA PE 233 SENTIDO A CIDADE DE IATI, QUANDO UM VEÍCULO UNO MELLE (COR PRETA)DE PLACA KGL-4140/PE FEZ UMA ULTRAPASSAGEM E O ATINGIU, A TESTEMUNHA PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS, FOI FEITA UMA FILMAGEM POR MORADORES. A VÍTIMA DESMAIOU E A TESTEMUNHA E POPULARES ACIONARAM A SOCORRO MÉDICO (AMBULÂNCIA) QUE O LEVARAM PARA O HOSPITAL DOM MOURA EM GARANHUNS. O IMPUTADO NÃO PRESTOU SOCORRO. A VÍTIMA DESEJA REPRESENTAR O IMPUTADO.

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

Manoel Ferreira de Melo

MANOEL FERREIRA DE MELO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVANILDO DOS SANTOS TEODORO** - Matrícula: **1599550**

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:14
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271491700000045228494
Número do documento: 19052918271491700000045228494

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180274007

Vítima: MANOEL FERREIRA DE MELO

Data do Acidente: 08/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO VICENTE DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MANOEL FERREIRA DE MELO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00617/00618 - carta_16 - INVALIDEZ

00020309

Carta nº 13770780

Seguradora LÍDER

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MANOEL FERREIRA DE MELO**

Nº Sinistro: **3180274007**
Vitima: **MANOEL FERREIRA DE MELO**
Data do Acidente: **08/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOAO VICENTE DE OLIVEIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180274007**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00241/00242 - carta_03 - INVALIDEZ
00090121
Carta nº 13048207

HOSPITAL PERPÉTUO SOCORRO
CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO PERPÉTUO SOCORRO LTDA.
Av. Simão Gomes, 33 - Fone: (87) 3762.2002 - Fax: (87) 3762.2003
CNPJ: 10.248.599/0001-30 - Heliópolis - CEP 55296-250 - Garanhuns-PE
e-mail: hpsocorro@hotmail.com

Atestado médico

Paciente Manoel [illegible] de modo traumático, foi vítima de acidente de moto no dia 08.05.2018 (Atropelamento), sofrendo Amputação Traumática ao nível da coxa E, estando [illegible]

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271511300000045228503
Número do documento: 19052918271511300000045228503

Alta definitiva a
partir desta data.

CRM 5789.

Salvador, 29.03.18

Dr. Marcos Rodrigues
Ortopedia e Reumatologia
CRM 13010

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HRDM
Hospital Regional Dom Moura
Garanhuns - PE

RECEITUÁRIO

Pernambuco
GOVERNO DO ESTADO
JUNTOS, FAZEMOS MAIS.

Unidade de Saúde: _____

Nome: _____ Registro Nº: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____

Declaração

Declaro para os devidos fins que o Sr. Manoel Ferreira de Melo teve Encaminhamento de Membro Inferior Esquerdo

AMPUTAÇÃO DO M. INF ESQ.
AO NÍVEL DA COXA

DATA: 08/02/18
HORA = 20:30

José Salgueiro C. Neto
Cirurgião Vascular
CRM-PE

Data: 08/02/18

Médico - CRM

O PRIMEIRO CIGARRO É UMA PASSAGEM PARA O VÍCIO
Disque Saúde

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271511300000045228503
Número do documento: 19052918271511300000045228503

HRDM

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
729567	08/02/2018 às 18:12:37		EMERGENCIA GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025362738 - MANOEL FERREIRA DE MELO

CNS: Nascimento: 10/06/1947 Idade: 70 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Casado(a) Profissão: APOSENTADO Naturalidade: AGUAS BELAS Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Ignorado

Filiação: Pai: Mãe: ISABEL VIEIRA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): LOTEAMENTO JOSE SOARES DA COSTA, Nº. Complemento:

Bairro: Cidade: Iati UF: PE Telefone:

Acompanhante:

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Iati Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

D. 8/02/18 Hora: 18:20 Médico: CRM: 12[illegible]

Queixa Principal:

HDA: Paciente vitima de (Atropelamento) ha + 2 horas

História do Trauma: Acidente de moto.

Perda da Consciência: Sim ☐	Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐	Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐	
Acidente de Trânsito: Sim ☒	Não ☐	Tipo:			
Colisão: Sim ☐	Não ☐	Tipo:		Motorista ☐	Passageiro
Atropelamento: Sim ☐	Não ☐	Local do Impacto:			
Vítima de Ferimento: Sim ☐	Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐	Não ☐	Altura:
Queimadura: Sim ☐	Não ☐	Por:	Transporte realizado por:		
Condições de imobilização adequada: Sim ☐	Não ☐		Por que:		

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.:
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: x mm Hg Pulso: bpm	
D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóri

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora:	Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

15

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271520400000045228510
Número do documento: 19052918271520400000045228510

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial: Esmagamento de M. Inf. Esq

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedime

Tratamento/Procedimento:

Ass. Médico + Car

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

03.05.19 CIR. PLANTÃO: Paciente veio admitido a/c vários com queixa queda de dos próprio E.

E.G.R, consciente, orientado, comunicativo, hidratado, G= 15. MVUD, BNF, RCR, ausência ruídos hidroaéreos, abdome

Inez Mª B. R. de Menezes
Médica
CREMEPE 8187 CPF 485.524.704-97

Ass. Enfermeira + C

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☒ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melh

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piora

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: CRM: Data: / / Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de trata clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271520400000045228510
Número do documento: 19052918271520400000045228510

HRDM

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
729567	08/02/2018 às 18:12:37		EMERGENCIA GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025362738 - MANOEL FERREIRA DE MELO

CNS: Nascimento: 10/06/1947 Idade: 70 anos Sexo: Masculino Cor:

Estado Civil: Casado(a) Profissão: APOSENTADO Naturalidade: AGUAS BELAS Nacionalidade: Brasileiro

Documento: Ignorado

Filiação:
Pai:
Mãe: ISABEL VIEIRA DA SILVA

Endereço (Av., Rua, etc): LOTEAMENTO JOSE SOARES DA COSTA, Nº. Complemento:

Bairro: Cidade: Iati UF: PE Telefone:

Acompanhante:

Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: Iati Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: 8/2/18 Hora: 18:20 Médico: CRM: 12328

Queixa Principal:

HDA: Paciente vitima de (Atropelamento) ha +- 2 horas Acidente de moto.

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐	
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐	Tipo:		
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐	Passageiro
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:		
Ve[illegible]a de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte realizado por:	
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐		Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.:
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: x mm Hg Pulso: bpm	
D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóri

Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:	Escore: Hora:	Escore: Hora:

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

15

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271520400000045228510
Número do documento: 19052918271520400000045228510

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial: Encaminhado do H. Inf. Cpo

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedime

Tratamento/Procedimento:

Ass. Médico + Car

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

08.05.19

Ass. Enfermeira + C

Inez Mª B. R. de Menezes
Médico
CREMEPE 8187 CPF 485.524.704-97

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melh

☐ Inalterado ☐ Piora

Transferido para:

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: CRM: Data: / / Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de trata clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271520400000045228510
Número do documento: 19052918271520400000045228510

RECEBEMOS DE ASIA MOTOS GARANHUNS COM DE MOTOS LTDA OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.002.080
Série 1

ASIA MOTOS GARANHUNS COM DE MO

RUA DOM JOSE Nº 187 - CENTRO -
GARANHUNS-PE
CEP 55293-120
FONE (87)3761-1716

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0- ENTRADA
1- SAÍDA 1

Nº 000.002.080
SÉRIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
2613 0814 5133 3500 0118 5500 1000 0020 8012 6862 8855

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VEN VEIC NOVO DE

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
126130036352191 08/08/2013 14:46:42

INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO | CNPJ
14.513.335/0001-18

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL
MANOEL FERREIRA DE MELO

CNPJ/CPF
298.063.214-72

DATA DA EMISSÃO
08/08/2013

ENDEREÇO
TRAVESA JOSE SOARES DA COSTA 15 CASA

BAIRRO/DISTRITO
CENTRO

CEP
55345-000

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

MUNICÍPIO
IATI

FONE/FAX
(00)0000-0000

UF
PE

INSCRIÇÃO ESTADUAL
ISENTO

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

FATURA/DUPLICATAS

PAGAMENTO À VISTA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.200,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.200,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME/RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF

9-SEM FRETE

ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	V. UNITÁRIO	V. DESC.	V. TOTAL	B. ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
[illegible]	EAGLE Veículo NOVO , Marca SHINERAY Tipo CICLOMOTOR Modelo EAGLE Comb. GASOLINA Ano Fab. 2013 Ano Mod. 2012 Chassi [illegible] Motor [illegible] 49cc 2,5 hp Cor PRETA Potência [illegible] Nº Ocupa. 02 Espécie PASSAGEIROS Passageiros 2	87111000	060	5405	UN	1,00	3.200,0000	0,00	3.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Garantia de 6 meses para defeitos de Fabricação

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVADO AO FISCO

VENDA SUJEITA AO REGIME DE SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 23217/10
MOT: 75[illegible]74957[illegible]8844[illegible], PEDIDO: VN-742 PRE-VENDA: 874 VENDEDOR: PRISCILA FORMA PGTO: [illegible]
[illegible] SDS-PE
DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA FOI VENDIDO SEM RESERVA DE DOMÍNIO E SEM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 08/08/2013 14:46

Desenvolvido por [illegible]

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271520400000045228510
Número do documento: 19052918271520400000045228510

HRDM

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
SIMOA GOMES, HELIOPOLIS, Garanhuns - PE
CEP: 55296-250, Fone: (87) 3761-8100

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
729567	08/02/2018 às 18:12:37		EMERGENCIA GERAL

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 025362738 - MANOEL FERREIRA DE MELO
CNS: Nascimento: 10/06/1947 Idade: 70 anos Sexo: Masculino Cor:
Estado Civil: Casado(a) Profissão: APOSENTADO Naturalidade: AGUAS BELAS Nacionalidade: Brasileiro
Documento: Ignorado
Filiação: Pai: Mãe: ISABEL VIEIRA DA SILVA
Endereço (Av., Rua, etc): LOTEAMENTO JOSE SOARES DA COSTA, Nº. Complemento:
Bairro: Cidade: Iati UF: PE Telefone:
Acompanhante:
Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Procedência: Iati Meio de Transporte:

Atendimento Médico:

Data: 8/2/18 Hora: 18:20 Médico: CRM: 12358
Queixa Principal:
HDA: Paciente vitima de (Atropelamento) ha + 2 horas
História do Trauma: Atropelado de moto.

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒	Acidente de Trabalho: Sim ☐	
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐	Tipo:		
Colisão: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Motorista ☐	Passageiro
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐	Local do Impacto:		
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:
Queimadura: Sim ☐ Não ☐	Por:	Transporte realizado por:	
Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐		Por que:	

Exame físico:

A: Geral	Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Temp.:
B: Respiratório		
C: Circulatório	PA: x mmHg	Pulso: bpm
D: Exame Neurológico	Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóri

Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:	Escore: Hora:	Escore: Hora:

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

15

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271520400000045228510
Número do documento: 19052918271520400000045228510

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial: Encaminhamento do M. Enf. [illegible]

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedime

Tratamento/Procedimento:

Prescrição do Cirurgião

Soluto:

SF a 9% 1000 ml EV 8/8h

Dipirona + [illegible]

Ass. Médico + Car

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

03.05.19 CIR. PLANTÃO: Paciente veio admitido e/ou removido em apoio para dor em FID. ECR, consciente, orientado, anictérico, acíclico, G= 15. MVUD, BNF, RCR, ausentes ruídos hidroaéreos, abdome plano, [illegible] endo. do OFTALMOLOGISTA

Inez Mª B. R. de Menezes
Médico
CREMEPE 8187 CPF 485.524.704-97

Ass. Enfermeira + C

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

☐ Curado ☐ Melh

Transferido para:

☐ Inalterado ☐ Piora

Internado na Clínica:

☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: CRM: Data: / / Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / / Nome Completo Legível:

Nº da Identidade: Assinatura:

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271520400000045228510
Número do documento: 19052918271520400000045228510

HRDM

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS/PE
SETOR DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PERNAMBUCO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FICHA DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

CLASSIFICAÇÃO:	VERMELHO	AMARELO	VERDE	AZUL

Nome: Manoel Ramos de Melo Idade:

Situação/Queixa: Acidente de moto + lat. em MSE Gravata

PROCEDÊNCIA

RESIDÊNCIA	VIA PÚBLICA	TRABALHO	UNIDADE DE SAÚDE:

Doenças Preexistentes:

Medicações em uso: ?

INTOLERÂNCIA/ALERGIAS

PARÂMETROS

PA 110/70	P:	R:	T:	SpO2:	HGT 215	Peso:	Glasgow:

RÉGUA DE DOR

LEVE	MODERADA	GRAVE

ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SIM ☒ NÃO

Consciente	Orientado	Desorientado	Ansioso	Calmo
Agitado	Torporoso	Comatoso	Não atende voz de comando	

Ritmo Sinusal	Palpitações	Taquicardia	Bradicardia
Dispnéias aos esforços	Dispnéia de repouso	Dispnéia de noturna	Cianose
Palidez	Sudorese		

DOR TORÁXICA

INTENSA	MODERADA	LEVE

Duração da dor:

Localização:

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

IRRADIAÇÃO DA DOR

Braço E	Braço D	Escápula	Mandíbula	Tórax posterior	Abdômen

DOR PRESENTE

EM REPOUSO	AOS ESFORÇOS	QUANDO RESPIRA

Fluxograma: Ao cumprir / Ortopedista

CTL

Data: 08/02/16

Assinatura/Carimbo

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271520400000045228510
Número do documento: 19052918271520400000045228510

CONDUTA DE ENFERMAGEM

HORA	DATA	TRANSCRIÇÃO DE ENFERMAGEM - MANEJO INICIAL - SAE	HORÁRIO

Assinatura/Carimbo

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinatura/Carimbo

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Manoel Ferreira de Melo	298.063.274-72	03.02.13

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	**Telefone (DDD)**
jvicente1616@hotmail.com	(87)9.81050237

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☑ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jati, 10 de maio de 2018
Local e Data

Manoel Ferreira de Melo.
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271536500000045228512
Número do documento: 19052918271536500000045228512

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	298.063.274-72	Manoel Ferreira de Melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Manoel Ferreira de Melo		CPF titular da conta: 298.063.274-72	Profissão: Aposentado
Endereço: Rua Nova		Número: 03	Complemento: Casa
Bairro: Tati	Cidade: Tati	Estado: PE	CEP: 55345-000
Email: Vicente4646@hotmail.com			Telefone (DDD): (87)9.87050287

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2107-	5	7.760-7	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Tati, 10 de maio de 2018
Local e Data

Manoel Ferreira de Melo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271536500000045228512
Número do documento: 19052918271536500000045228512

Ourocard
International
4001 6361 8029 1140
12/15
MANOEL F MELO
2107-5 7.760-7
VISA
ELECTRON

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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[1] 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[2]**.

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Vicente de Oliveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 407353974 / 49, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Ferreira de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 298.063.214/ 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Manoel Ferreira de Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 298.063.214/ 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Aposentado 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		Número	Complemento
Rua maria		03	casa
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
Centro	Jati	Pernambuco	55.345-000
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
jvicente4646@hotmail.com		(87) 9 8105-0287	

Jaraguá do 10 de maio de 2018
Local e Data

João Vicente de Oliveira
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271536500000045228512
Número do documento: 19052918271536500000045228512

REVISÃO DE PRONTUÁRIOS

PACIENTE: Manoel Ferreira da Silva ALTA: 20 / 02 / 18

DIAGNÓSTICO: Amputação MMII Nível 5 ÓBITO: / /

ADMISSÃO: 09 / 02 / 18 (TRAUMA) TRANSF.: / /

NÃO CONFORMIDADES 307.233

MÉDICO	DR.

→ Conclusão de Alta (Dr. Henrique)
→ Evolução dos 14/02 (Dr Gabriel)
→ Evolução dos 16/02 (Dr Henrique)

CID

ENFERMEIROS

TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Diurno 12
Noturno = 32
Diurno = 11
Conc. Noturno = 32
Diurno = 21
PCR = 01
Noturno = 21
Diurno = 01

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 2ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

REVISOR:

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

VACINAS	1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE	REFORÇO
HEPATITE B	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:
DIFTERIA TÉTANO (dT)	03/02/2017 Lote: 2290 1405 P Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:
TRÍPLICE VIRAL	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:
INFLUENZA	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:
OUTRAS	03/02/2017 Lote: 2290 1405 P Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:	___/___/___ Lote: Ass.:

Gripe Aplic - Retomada

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS
GARANHUNS - PE
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

SAE	TRATAMENTO ANTIRRÁBICA					
___/___/___	DOSE	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
	DIA					
LOTE:	MÊS					
	ANO					
PESO:	LOTE					
	REEXPOSIÇÃO					
DOSE(ML):	DOSE	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
	DIA					
LAB. PROD.:	MÊS					
	ANO					
RUBRICA:	LOTE					

CARTÃO DE IMUNIZAÇÃO

NOME: Jhenet Ferreira da Silva

ENDEREÇO:

CARTÃO SUS Nº:

DATA DE NASC: ___/___/___

UNIDADE DE SAÚDE:

Num. 45926338 - Pág. 3
Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | Secretaria de Saúde Pernambuco

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA — 2 - CNES: 2 7 0 2 9 8 3

3 - Nome do estabelecimento executante: HRDM — 4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): 702 6009 4902 2162 — 6 - SIS Prenatal — 7 - Idade/Geração — 8 - Nº do Prontuário: 6439

9 - Nome do Paciente: MARCOS FERREIRA DE MELO — 10 - Data de Nascimento: 10/06/1969 — 11 - Sexo: Masc. [X] Fem. [ ]

12 - Nome da mãe ou responsável: [illegible] — DDD 13 - Tel. Contato:

14 - Endereço (Rua, Nº, Bairro): [illegible]

15 - Município de Residência: [illegible] — 16 - Cód IBGE Município: 2607509 — 17 - UF — 18 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - História Clínica / Exame Físico: Paciente vítima de acidente de moto há 2 horas

20 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados): Ex clínico

21 - Diagnóstico Inicial: Politraumatismo — 22 - Cid. 10 Principal: A49

23 - Diagnóstico Secundário: [illegible] — 24 - Cid. 10 Secundário — 25 - Cid. 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - Descrição do procedimento solicitado: [illegible] — 27 - Cód. do procedimento: 0408020013

28 - Clínica: [illegible] — 29 - Caráter de internação: [illegible] — 30 - Documento: [X] CNS [ ] CPF — 31 - Nº do documento (CNS/CPF) do profissional solicitante/assistente: [illegible]

32 - Assinatura e carimbo do solicitante / assistente — 33 - Data da Solicitação: 08/10/18 — 34 - Ass. e Carimbo (diretor médico)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - [ ] Acidente de Trânsito
36 - [ ] Acidente de Trabalho Típico
37 - [ ] Acidente de Trabalho Trajeto

38 - CNPJ da seguradora — 39 - Nº do bilhete — 40 - Série

41 - CNPJ da empresa — 42 - CNAE da empresa — 43 - CBOR

44 - Vínculo com a previdência: [ ] Empregado [ ] Empregador [ ] Autônomo [ ] Desempregado [ ] Aposentado [ ] Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

45 Código do procedimento autorizado — 46 - Cód. Órgão Emissor

47 - Documento: [ ] CNS [ ] CPF — 48 - Nº do documento (CNS/CPF) do profissional autorizador

49 - Data da autorização — 50 - Assinatura e carimbo (nº do registro do conselho)

51 - Nº da autorização de internação hospitalar (AIH): 2618104186368

Admissão: 08/10/18 Alta: 08/10/18 Enf. _____ Leito _____

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 0434
Data 05 / 08 / 2018
Hora 18:30

UNIDADE DE SAÚDE:

PACIENTE

Nome: MARCIA FERREIRA DE MELO Categoria:
Sexo: FEM Idade: 36 ANOS Cor: Estado Civil: CASADO
Naturalidade: AGUAS BELAS PE Profissão: APOSENTADO
Endereço: GUARANI CRUZ ALVES DE OLIVEIRA 74
Procedência: HMT

RESPONSÁVEL

Pessoas de quem depende: Parentesco:
Endereço: Fone:
Trazido por:
Endereço: Fone:

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: Data: Hora:

NATUREZA	☐ Casual	☐ Acid. de Trânsito	☐ Tentativa de Suicídio
DO	☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outras Causas
ACIDENTE	☐ Acidente de Trabalho	☐ Agressão	

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico

História da Doença Atual:

Abdômen Diferente
Exame de Trabalho de 42 Horas

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:

Encaminhado p/ Hospital
Cirurgia

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

Diagnóstico Provisório: ESMAGAMENTO MÃO Direita
por Atropelamento (MOTO x MOTO)

RAIMUNDO F SILVA
Recepcionista

Médico / Cremepe

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

HRDM

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

PERNAMBUCO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE: REGISTRO Nº 0439

CLÍNICA: LEITO Nº

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
		08/02/18
		Rel. Enfermagem Grupo
		Le M. Enf Cp2

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HRDM Hospital Regional Dom Moura

PERNAMBUCO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE: REGISTRO Nº

CLÍNICA: LEITO Nº

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
16/5/18		
		José Gadelha Filho MÉDICO CRM-PE 31...
16/05/18		Paciente [illegible] comparecido, consciente, orientado, [illegible] deambulando, [illegible] acuidade [illegible], [illegible] [illegible], [illegible] [illegible] [illegible]

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HRDM

PERNAMBUCO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE: Manoel Ferreira REGISTRO Nº 0439

CLÍNICA: Cirúrgica LEITO Nº 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
13/2/18		Paciente evolui c/ EGE, consciente orientado, impossibilitado de deambular devido dor em MIE por fratura de fêmur, mantendo curativo limpo e seco, mobiliza membros superiores, aceita dieta via oral sem queixas.
		Ana Maria Ferreira Enfermeira COREN/PE
14/2/18	9h	Procedência: Manoel, 70 anos, procedente de Jati, casado, acompanhado de filha, nega comorbidades. Filiado a posto. Ao exame mental: consciente, orientado, linguagem adequada, atenção e memória preservadas, humor estável. Deambula com dificuldade devido dor em membro inferior direito por fratura de fêmur. Relata ser independente para atividades básicas de vida diária. Realizado visita psicológica com abordagem de apoio, onde trabalhou aspectos referentes a adaptação no retorno ao domicílio. O usuário diz ser casado há 40 anos, aposentado e tem bom convívio com a família. Mostra-se bem adaptado ao ambiente hospitalar, queixa: nenhuma relevante (Dor controlada). Segue em acompanhamento pela equipe.
		Elaine Carneiro Psicóloga - Residente CRP-PE 02/17105
15/02/18		Paciente em EGE, consciente, orientado, em uso de andador, deambulando, em companhia da mãe, aceita alimentação, alimentos habituais (pastelão) e SVD, sem queixa álgica. Aguarda vaga em leito de UTI para cirurgia. Sem outras intercorrências.
		Diandra Cavalcanti Enfermeira COREN/PE 409.[illegible]

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HRDM

EVOLUÇÃO CLÍNICA

PERNAMBUCO

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE: REGISTRO Nº

CLÍNICA: LEITO Nº

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
15/02/19	19h	Cirg.
		Paciente Pós Op. Dia [illegible] Ferida operatória limpa, pontos, sem sinais flogísticos, sem drenagem. Dor em MIE [illegible] Mantido AVD. Orientamos [illegible] Explicamos [illegible] Solicitado [illegible]
		Conduta
15/02/19		Pós-op. imediato de cirg. de urgência [illegible] CDO Bebidas SCD + VPM
		[illegible]
16.02.19		Paciente no 6º DPO amputação de MIE (coxa) em BEG, consciente, orientado, animado, eupneico, afebril, hidratado, normocorado. Ferida c/ dreno, sem sinais flogísticos (+). Conselho tem o seu redigido curativo. Segue com cuidados.
17/02/19		[illegible]
18/02/19		[illegible]

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
GARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
GARANHUNS - PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HRDM

PERNAMBUCO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE: Manoel Ferreira REGISTRO Nº

CLÍNICA: E.E LEITO Nº 01

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
18/02/19		Paciente EGR, caucasiano, em tratamento ambulatorial e/o queda, 3 suicidas prévias, internado, aceita dieta, dorme bem, medicado e.p.m, hidratação, eliminações fisiológicas presentes, segue aos cuidados da ortopedia.
19/02/19	13h40	Procedência: Paciente segue bem adaptado ao ambiente hospitalar, sem queixas. Realizado visita procedência com abordagem médica, durante o processo de internação e amputação na internação anterior domiciliar. Segue aos cuidados da equipe.
19/02/19		Foi realizado a primeira Evolução do Dr. [illegible]
20/02/19		Paciente evoluiu com EGR consciente orientado, eupneico, afebril, com dor leve, mantido curativo limpo e seco, sem queixas no momento.

DR. JOSE HENRIQUE SAMPAIO
ORTOPEDISTA
CRM-PE nº 11356

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

HRDM

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

PERNAMBUCO

EVOLUÇÃO CLÍNICA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO PACIENTE: REGISTRO Nº

CLÍNICA: LEITO Nº

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
20/02/18		Alta Hospitalar
20/2/18		Paciente recusa alta hoje

Dr. [illegible] | Cirurgião Oftalmologista CRM-PE [illegible]

Nilda Maria Ferreira [illegible] CRM-PE [illegible]

[illegible] CIRURGIÃO GERAL

PERNAMBUCO

Hospital Regional Dom Moura
Clínica Medica e Cirúrgica

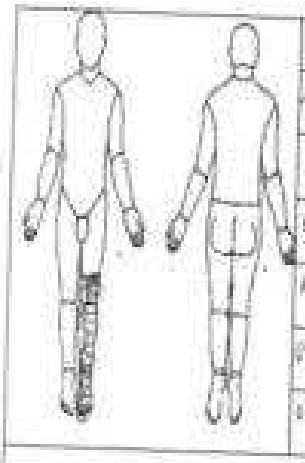
HRDM

FICHA DE CURATIVO

Paciente: Maria Ferreira de Melo **Leito:** 01

Admissão: 28/02/18 **Registro:** 0439

Local da lesão: Queimaduras MIE



Data	Categoria	Exsudato	Sub. Utilizada	Tecido Ferido	Cor Ferida	Revisar
28/2	4.0	N	Cloreto + PSD + sulfa	I N		
1/3	4.0	N	"	I N		
2/3	4.0	N	"	I N		
3/3	4.0	N	"	I N		
4/3	4.0	N	"	I		
5/3	4.0	N	"	I		

CATEGORIAS

Categoria 1: Área vermelha que não desaparece em 30 min. (Epiderme e Derme);
Categoria 2: Perda de pele atingindo o tecido subcutâneo;
Categoria 3: Perda total da pele com comprometimento muscular;
Categoria 4: Ocorre destruição extensa de tecido, necrose tissular ou lesão de osso, músculo ou estruturas de suporte.

TECIDO	TIPO DE EXSUDATO	COR
S – Saudável E– Escoriado I – Inflamado G - Granulado N – Necrosado ECZ – Eczematoso A – Atrófico	N – Nenhum SA – Sero-sanguinolento S – Seroso H – Sanguinolento SP – Sero-purulento P – Purulento PS - Pio -sanguinolento	NO – Normal HL – Hiperemiado (lesão) HB – Hiperemiado (bordas) RL – Roxa em Lesão RB – Roxa em Bordas AL – Amarelo (lesão)

OBS:

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HRDM

PERNAMBUCO

PRESCRIÇÃO MÉDICA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Unidade de Saúde:

Nome do Paciente: Manoel [illegible] Enfermaria: Leito Nº Registro Nº

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
				HGT 226
08/04/18		Dieta Zero	Atrvos	
		S. G a 5% 1000 ml 20 Lts	8 3	
		S F a 9% 1000 ml 20 Lts	8 4	
		Cloridrato de Ranitidina 2 amp 2 Lts		
		Cefalotina 1g 6/6hs	22 · 06	
		Metronidazol 500mg 8/8hs	22 · 06	
		Fenitoína 80mg 8/8hs	22 · 06	
		Dipirona 2cc + Adiro 2cc 6/6hs	22 · 06	
		Plasmalyte 1 amp + 100 S.F. 9% 20 gts	22 · 06	
		Cefalosporina 1 amp + 100 ml SF 9% 20 gts	22 · 06	
		VAT + SAT	0730	
		[illegible]	1130	

TODAS AS ANOTAÇÕES FEITAS DEVEM SER RUBRICADAS PELO RESPONSÁVEL

Num. 45926338 - Pág. 14

PHOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

NOME:		LEITO:	
DATA:		REGISTRO:	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1.	DIETA	
2.	SSVV 6/6H	
3.	Insulina Regular conforme esquema de glicemia capilar de 6/6h: 150 – 200: 2U 201-250: 4U 251 – 300: 6U 301- 350: 8U 351- 400: 10U >400: 12U Glicose 50% 4 amp IV se glicemia <70mg%	
4.	Captopril 25mg SL se PAS >= 180 ou PAD>= 110mmHg	
5.	Dipirona 2ml + AD 8ml IV 6/6h Se T>=37,8C ou dor	
6.	Plasil 2ml + SFO,9% 100 mL IV, 8/8h, se vômitos	
7.	O2 úmido 3l/min sob cateter nasal S/N	
8.	NBZ 8/6h com SF 0,9% 3ml + atrovent 30gts + Berotec 10gts	
9.	Fisio motora e respiratória	
10.	Omeprazol 40mg IV	
11.	CEFALOTINA 1g EV 6/6h	
12.	METRONIDAZOL 500mg EV 8/8h	
13.	GANANCICLINA 80mg IM 8/8h	
14.	PROFENID 1 amp + 100ml SF 0,9% EV 8/8h	
15.		
16.		
17.		
18.		

MÉDICO

ENFERMEIRO
Mª Edvania Gomes
Enfermeira
COREN PE 349481

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

PERNAMBUCO

Hospital Regional Dom Moura
Clínica Cirúrgica

HRDM

NOME MANOEL FERREIRA	LEITO: 01
DATA: 10/02/18	REGISTRO:

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA LIVRE	SND
2. METRONIDAZOL 500MG 8/8 EV	
3. CEFALOTINA 1G 6/6	
4. GANAMICINA 80MG IM 8/8	
5. DIPIRONA 01 AMP + AD IV 6/6h S/N	
6. PROFENIDE 1AMP + 100ML S.F 0,9% EV 8/8	
7. PLASIL 01 AMP + AD IV 8/8h S/N	
8. OMEPRAZOL 40mg 01 AMP + AD IV AO DIA	
9.FISIO MOTORA E RESPIRATORIA	
10 SSVV E CCGG	

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HRDM

PRESCRIÇÃO MÉDICA E RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Pernambuco

Unidade de Saúde:

Nome do Paciente: [illegible] Enfermaria: Leito Nº 01 Registro Nº

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
12/02/18		Dieta livre	SNVD	
		[illegible]	[illegible]	
		[illegible]	[illegible]	
		[illegible]	[illegible]	
		[illegible]	[illegible]	
		[illegible]	Retira -	

HOSPITAL REGIONAL DR. GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

TODAS AS ANOTAÇÕES FEITAS DEVEM SER RUBRICADAS PELO RESPONSÁVEL

Num. 45926338 - Pág. 17
Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

PERNAMBUCO

Hospital Regional Dom Moura
Clínica Cirúrgica

HRDM

NOME: MANOEL FERREIRA	LEITO: 01
DATA: 13/02/18	REGISTRO:

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA LIVRE	SNV
2. METRONIDAZOL 500 MG 8/8 HRS	
3. CEFALOTINA 1 G 6/6 HRS	
4. GETAMICINA 80 MG IM 8/8 HRS	
5. DIPIRONA 01 AMP + AD IV 6/6 HRS S/N	S/N
6. PROFENIDE 1 AMP + 100 ML SF 0,9 % EV 8/8 HRS	
7. PLASIL 01 AMP + AD IV AO DIA S/N	
8. FISO MOTORA RESPIRATÓRIA	Fisio
9. CCGG+SSVV	

MÉDICO

ENFERMEIRO

TÉCNICO

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271549200000045228513
Número do documento: 19052918271549200000045228513

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

NOME: Miguel Ramos	LEITO: 01
DATA: 14/02/19	REGISTRO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1.	Dieta livre	SND.
2.	manter AVP	14 22 06
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

José Galdino Filho
Médico
CRM E610

MÉDICO

Ana karla de A. E. Moura
Enfermeira
COREN/PE 90056

ENFERMEIRO

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271564800000045228514
Número do documento: 19052918271564800000045228514

Hospital Regional Dom Moura
Clínica Cirúrgica

NOME: MANOEL FERREIRA DE MELO	LEITO: 01
DATA: 16/02/2018	REGISTRO: 0439

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA LIVRE	SND.
2. METRONIDAZOL 500 MG 8/8 HRS	14 22 06
3. CEFALOTINA 1 G 6/6 HRS	12 18 24 06 falta
4. GETAMICINA 80 MG IM 8/8 HRS	14 22 06
5. PROFENIDE 1 AMP + 100 ML SF 0,9 % EV 8/8 HRS	14 22 06
6. PLASIL 01 AMP + AD IV AO DIA (S/N)	SIN
7. FISO MOTORA RESPIRATÓRIA	
8. CCGG+SSVV	ROTINA.
9 - Rolmax SVP	RETIRADA
10 - Buscopan 0,5mg - 8/8h 06-22:00hs	(2)

DR. JOSÉ ARAÚJO SAMPAIO
ORTOPEDISTA
CRM-PE nº 13558

MÉDICO

ENFERMEIRO
Simony Lopes Farias
COREN-PE
nº 256.677 - ENF

TÉCNICO
Luciana Alves
Auxiliar de Enfermagem
COREN-PE 413.410

HOSPITAL REGIONAL DE
GARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
GARANHUNS - PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271564800000045228514
Número do documento: 19052918271564800000045228514

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Hospital Regional Dom Moura
Clínica Cirúrgica

HRDM
Hospital Regional Dom Moura
Garanhuns - PE

NOME MANOEL FERREIRA	LEITO: 01
DATA: 18/02/18	REGISTRO:

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA LIVRE	SN 0
2. METRONIDAZOL 500MG 8/8 EV	14 22 06
3. CEFALOTINA 1G 6/6	12/18 00 06
4. GANAMICINA 80MG IM 8/8	(14) (22) Falli
5. DIPIRONA 01 AMP + AD IV 6/6h S/N	
6. PROFENIDE 1AMP + 100ML S.F 0,9% EV 8/8	14 22 06
7. PLASIL 01 AMP + AD IV 8/8h S/N	ciente
8. OMEPRAZOL 40mg 01 AMP + AD IV AO DIA	08
9.FISIO MOTORA E RESPIRATORIA	alternado
10 SSVV E CCGG	noite

José Galdino Filho
Médico
CRM 8611

Rosângela S. Pinheiro
COREN-PE
Nº 396.174-ENF

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271564800000045228514
Número do documento: 19052918271564800000045228514

PERNAMBUCO

Hospital Regional Dom Moura
Clínica Cirúrgica

HRDM
Hospital Regional Dom Moura

NOME: MANOEL FERREIRA DE MELO	LEITO: 01
DATA: 20/02/2018	REGISTRO: 0439

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA LIVRE	JEJUM
2. METRONIDAZOL 500 MG 8/8 HRS	14 22 06
3. CEFALOTINA 1 G 6/6 HRS	18 24 06
4. GETAMICINA 80 MG IM 8/8 HRS	14 22 06
5. PROFENID 1 AMP + 100 ML SF 0,9 % EV 8/8 HRS	14 22 06
6. PLASIL 01 AMP + AD IV AO DIA (S/N)	S/N
7. FISO MOTORA RESPIRATÓRIA	
8. CCGG+SSVV	
9 - Alta Hospitalar	

DR. JOSÉ ENRIQUE J. SAMPAIO
ORTOPEDISTA
CRM-PE nº 13358

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
GARANHUNS
5ª REGIÃO DE SAÚDE
GARANHUNS - PE

MÉDICO ENFERMEIRO TÉCNICO

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271564800000045228514
Número do documento: 19052918271564800000045228514

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Manoel Ferreira REGISTRO Nº:

ENF.: LEITO: 01 CLÍNICA: Cirurg

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM	
11/02/18	12:00				150x90				
11/02/18	22:00				140x80				
11/02/18	12:00				120x80				
11/02/18	18:00				120x70				
11/02/18	23:30				130x80			Roberval Peixoto	
12/02/18	12:00	36.8			120x80				
12/02/18	18:00				120x80				
12/02/18	22:00				110x70				

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271564800000045228514
Número do documento: 19052918271564800000045228514

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: _____ REGISTRO Nº: 04379

ENF.: _____ LEITO: _____ CLÍNICA: _____

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

09/02/18
- SSVV 4/4 h.
- Curativo dorsal
- Observar sangramento de MSE amputado
- CP + MC + PNE
- O2 por Cateter nasal.
- Observar Imobilidade
- Observar no pós ato. após queda de leito
- Anotar CM

Enf. Ana Cláudia de Morais
COREN/PE

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM
09/02/18	12:00		78	22	9x6		SPO2 96%	
09/02/18	14:00		93	13	6x4	HGT: 195mg/dl	SPO2 90%	
09/02/18	20:00	35.5C	94	15	10x6		SPO2 99%	
10/02/18	05:00		106	22	10x10	HGT 229	SPO2 95%	Luciana Total Borges COREN/PE nº 338.110 TE
						1000ml.		

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 8ª REGIONAL DE SAÚDE GARANHUNS - PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271578900000045228515
Número do documento: 19052918271578900000045228515

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ALFANUMÉRICO DA DOAÇÃO: (04) 3 4 1 3 6 2 8 3
DATA VENCIMENTO: 21.02.19 | HORA VENCIMENTO: 23.59
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS
VOLUME TOTAL: 238 ml
VOLUME PEDIÁTRICO:
ESTOCAR ENTRE 2°C E 6°C
NÃO ADICIONAR MEDICAMENTOS
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES NEGATIVA
B+
Rh POSITIVO
0105076693
DOAÇÃO: 1°
DATA DA COLETA: 21.01.19 | HORA DA COLETA: 15:05 / 15:40
SOROLOGIA NEGATIVA PARA CHAGAS, HEPATITES B e C, HIV, HTLV I/II, SÍFILIS, NAT HIV e NAT HCV.
CÓDIGO DO DOADOR: 44246
DATA LIMITE RESERVA:
DATA PREVISTA UTILIZAÇÃO:
Fundação HEMOPE - Hemocentro Regional Garanhuns - Rua Gonçalves Maia, s/nº - Heliópolis - Garanhuns - PE Tel.: (87) 3761-8520
Fenótipo:
Fenótipo:
Paciente:

22h 40 min

Terminio. 02:40

ALFANUMÉRICO DA DOAÇÃO: (04) 3 4 1 3 6 2 0 7
DATA VENCIMENTO: 21.02.19 | HORA VENCIMENTO: 23.59
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS
VOLUME TOTAL: 279 ml
VOLUME PEDIÁTRICO:
ESTOCAR ENTRE 2°C E 6°C
NÃO ADICIONAR MEDICAMENTOS
PESQUISA DE ANTICORPOS IRREGULARES NEGATIVA
B+
Rh POSITIVO
0105076476
DOAÇÃO: 1°
DATA DA COLETA: 21.01.19 | HORA DA COLETA: 16:07 / 17:00
SOROLOGIA NEGATIVA PARA CHAGAS, HEPATITES B e C, HIV, HTLV I/II, SÍFILIS, NAT HIV e NAT HCV.
CÓDIGO DO DOADOR: 44242
DATA LIMITE RESERVA:
DATA PREVISTA UTILIZAÇÃO:
Fundação HEMOPE - Hemocentro Regional Garanhuns - Rua Gonçalves Maia, s/nº - Heliópolis - Garanhuns - PE Tel.: (87) 3761-8520
Fenótipo:
Fenótipo:
Paciente:

02:00 Horas

Terminio. 03:30

08/02/18 Paciente admitido na CTI Adulto vindo do Bloco Cirurgico, consciente, calmo hipotenso, veia A.V.P em MSD Diurese por SVD, mcp medica quanto aos cuidados da enfermagem. SAE

obs: Paciente em jejum de 12 horas. PO

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA SECRETARIA DE SAÚDE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271578900000045228515
Número do documento: 19052918271578900000045228515

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Maria [illegible] Ferreira REGISTRO Nº: 201

ENF.: _____ LEITO: _____ CLÍNICA: _____

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM
14/2/18	12:00				110X60			
14/2/18	18:00				120X80			
15/2/18	12:00				120X80			

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
GARANHUNS - PE
5ª REGIÃO DE SAÚDE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271578900000045228515
Número do documento: 19052918271578900000045228515

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

14-9-18 Paciente prontificando-se ao banho, deambulando c/ Medicação e tratamento aceito c/ dificuldade, segue c/ cuidados

Rosimere Alves F. de Lima
COREN-PE

11-9-18 Paciente prontificando-se ao banho, deambulando c/ medicação e tratamento aceito c/ dificuldade, segue c/ cuidados

Rosimere Alves F. de Lima
COREN-PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271578900000045228515
Número do documento: 19052918271578900000045228515

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: [illegible] REGISTRO Nº: 101

ENF.: _____ LEITO: _____ CLÍNICA: _____

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM
14/2/18	12:00				110X60			
14/2/18	18:00				120X80			
[illegible]	23:0				130X90			

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271578900000045228515
Número do documento: 19052918271578900000045228515

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

14-2-18 Paciente encontra-se no leito, em vigília, medicado e [illegible] aceita a dieta oferecida, sem queixas. Cuida-

Rosimere Anes F. de Lima
COREN-PE

Rosimere Anes F. de Lima
COREN-PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271578900000045228515
Número do documento: 19052918271578900000045228515

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Maria Ferreira REGISTRO Nº: 101

ENF.: _____ LEITO: _____ CLÍNICA: _____

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM
14/2/18	12:00				110X60			
14/2/18	18:00				120X80			
15/2/18	23:00				130X80			

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271578900000045228515
Número do documento: 19052918271578900000045228515

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

14-2-18 Paciente encontra-se no leito, consciente, medicado e tratamento aceito e dieta oferecida, sem queixas.

Rosimeire Alves F. de Lima
COREN-PE

14-2-18 Paciente consciente em leito, sem queixas, em tratamento aceito e dieta oferecida, sem queixas.

Rosimeire Alves F. de Lima
COREN-PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271578900000045228515
Número do documento: 19052918271578900000045228515

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Maria [illegible] Ferreira REGISTRO Nº: 101

ENF.: _____ LEITO: _____ CLÍNICA: _____

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM
14/2/18	12:00				110X60			
14/2/18	18:00				120X80			
[illegible]	[illegible]				130X80			

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE
GARANHUNS - PE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

14-9-18 Paciente encontra-se em leito, examinado, medicado e tratamento aceito e dieta liquidificada, sem queixas. Cuidados

Rosimere Alves F. de Lima
COREN-PE

14-9-18 Paciente consciente, em leito, sem queixas, aceitando dieta e tratamento. Cuidados

Rosimere Alves F. de Lima
COREN-PE

HOSPITAL REGIONAL
CARANHUNS
DOM MOURA
5ª REGIÃO DE SAÚDE
CARANHUNS - PE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Manoel Ferreira REGISTRO Nº:

ENF.: LEITO: 01 CLÍNICA:

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM	
15/2	12:40				120x80				
16/2	24h				120x80				
16/2	24hs				110x70				
					120x80				
17.2.18	12:00				110x80				
17.2.18	18:00				120x80				
18.2.18	24h				120x80				

HOSPITAL REGIONAL DA GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271578900000045228515
Número do documento: 19052918271578900000045228515

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

15-02-18- pac procurou o PA com [illegible] queixando [illegible] até o momento

15-02-18- pac encontra-se deitado [illegible] queixando [illegible]

16/02/18

Paciente [illegible] queixando [illegible] negou preocupações [illegible]

Luciana Alves
Técnico de Enfermagem
COREN-PE 413 450

17-2-18 Paciente encontra-se no leito em ventilação [illegible] aceita dieta, Rigorosão [illegible] segue [illegible]

Rosimere Alves F. de Lima
COREN-PE
356.614-AE

HOSPITAL REGIONAL DE CARANHUNS
DOM MOURA
5º REGIÃO DE SAÚDE
CARANHUNS

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Manoel Ferreira REGISTRO Nº:

ENF.: LEITO: 01 CLÍNICA:

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM	
15/02	12:40				120x80				
16/02	24h				120x80				
	16hs				110x70				
					120x80				
17.2.18	12:00				110x80				
17.2.18	18:00				120x80				
	23:00				120x80				

HOSPITAL REGIONAL DA GARANHUNS DOM MOURA 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:15
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271578900000045228515
Número do documento: 19052918271578900000045228515

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

15-02-18- pac [illegible]

16/02/18

Paciente [illegible]

Luciana Alves
CORENPE

17-2-18 Paciente encontra-se no leito, em vigília, Medicada, aceita dieta, Ressonância [illegible] segue [illegible]

Luciana Alves

Rosimere Alves F. de Lima
COREN-PE

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS
DOM MOURA
SETOR DE SAÚDE
GARANHUNS

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Manuel Teixeira REGISTRO Nº:
ENF: LEITO: 01 CLÍNICA: Cirurgica

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM
12/5/19	13h	36°		120	x 80			
	18h			110	x 70			
13/5	3h			120	x 90			
14/5	06h			110	x 70			

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
GARANHUNS
5ª REGIÃO DE SAÚDE
GARANHUNS PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: [illegible] REGISTRO Nº: [illegible]

ENF.: _____ LEITO: 02 CLÍNICA: Cirurgia

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM	
09.02.16	12:00	36.6	04	20	110/60			Sang	
"	18:00	36.8	68	16	100/80			Sang	
"	24:00	36.6	64	16	110/70			Sang	
10.02.16	06:00	36.6	68	16	110/60			Sang	
					110x70				

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

09.02.18- Paciente veio em UTE, iniciado SF0,9 e com pedido de reidratação, porta AVP em MSD. Foi adotados os cuidados de enfermagem. Sigo ais - Ø que não refere queixas ——— Ø Enf 5H025

09.02.18- Paciente veio em UTE, iniciado SF0,9 e com pedido de reidratação, porta AVP em MSD. Foi adotados os cuidados de enfermagem. Sigo ais - Ø que não refere queixas ——— Ø Enf 5H025

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Leticia Soares Vieira
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 171022

Leticia Soares Vieira
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 171022

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO - SUS

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - HRDM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jose [illegible] F. de Jesus REGISTRO Nº:

ENF.: LEITO: 01 CLÍNICA: C

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM	
1/5/2	12:00	36°	-	-	110x70			Livre	
[illegible]	16:00				110x70			Livre	
1/5/2	22:00				120x80			Livre	
2/5/2	06:00				120x80			Livre	

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA GARANHUNS 5ª REGIÃO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Leonarda Soares Vieira
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 171622

Leonarda Soares Vieira
Téc. em Enfermagem
COREN-PE 171622

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
CLINICA CIRÚRGICA
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM- SAE

HRDM

5. AVALIAÇÃO GASTROINTESTINAL/ GENITURINÁRIA:

DIETA:	ABDOME:			
( ) VO	( )PLANO	( )ASCITICO	DRENO ABDOMINAL	PERISTALSE
( )SNE VAZÃO:	( )FLÁCIDO	( )GRAVÍDICO	SIM( ) NÃO( )	( )SIM ( )NÃO
( )NPT VAZÃO:	( )TENSO	( )DEPRESSIVO	REGIÃO:	TIMPÂNICO
( )ZERO	( )GLOBOSO	( )NAUSEAS	ASPECTO SECREÇÃO:	( )SIM ( )NÃO
( )SNG ABERTA ASPECTO:	( )DISTENTIDO	( )VÔMITOS ASPECTOS:		DOLOR:
( )OUTROS:	RHA ( )+ ( )-			( )SIM ( ) NÃO

DIURESE:				EVACUAÇÕES:	
( )ESPONTÂNEA	ASPECTO:		VOLUME:	( )PRESENTE ( )AUSENTE DIAS:	( )ÊMESE
( )SVD EM: / /	( )TURVO	( )NORMAL	( )ANÚRIA	( )NORMAL	( )PIROSE
( )FRALDA	( )AM. CÍTRICO	( )CONCENTRADO	( )OLIGÚRIA	( )LIQUIDA	( )HEMATÊMASE
( )CISTOSTOMIA	( )ÂMBAR	( )COLÚRIA	( )POLIÚRIA	( )PASTOSA	( )GASTRITE
( )PRESERVATIVO		( )HEMATÚRIA		( )MELENA	( )OSTOMIA QUAL?:
( )INCONTINÊNCIA					

6. CURATIVOS:

UPP:		FERIDA OPERATÓRIA:	QUEIMADURA:	MATERIAL UTILIZADO:	
( )ESTÁGIO 1	( )ESTÁGIO 3	( )LIMPA	( )1°GRAU	( )S.F. 0,9%	( )CARVÃO ATIVADO
( )ESTÁGIO 2	( )ESTÁGIO 4	( )CONTAMINADA	( )2°GRAU	( )AGE	( )HIDROGEL
LOCAL:		( )INFECTADA	( )3°GRAU	( )CLOREXIDINA	( )PAPAÍNA
		LOCAL:	LOCAL:	( )COLAGENASE	( )SUL. DE PRATA
				( )COLAGENASE +CLORAFENICOL	( )ÁLCOOL À 70%

7. AVALIAÇÃO MÚSCULO ESQUELÉTICA:

MOBILIDADE:	EDEMAS:	
( )ATIVO ( )PASSIVA ( )AUSENTE ( )DIMINUIDA	( )SIM ( ) NÃO	( )MMSS ( )MMII OUTROS:

8. OUTRAS INFORMAÇÕES/INTERCORRÊNCIA:

Admitida proveniente do presídio Aníbal Bruno com relato de quedas de própria altura e vômitos após ingestão de água. Em conversa informa agressão conduta judicial

ENFERMEIRA(O)/COREN: Jaciane B. da Silva COREN-PE

Num. 45926342 - Pág. 9

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

PERNAMBUCO

HRDM

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
CLINICA CIRÚRGICA
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM- SAE

DATA:	REGISTRO:	LEITO:	DATA ADM:	SEXO: F( ) M( )	IDADE:
PACIENTE:					
DIAGNÓSTICO:			( )PRÉ-OPERATÓRIO ( )POI ( )POM DIAS:_____		( ) POT DIAS:_____

1. EXAME FISICO:

SSVV	ESTADO GERAL	PELE E MUCOSA:			CUIDADO CORPORAL
PA: X MMGH	( )BOM	( )HIDRATADO	( )ICTÉRICO	( )PRURIDO	( )ADEQUADO ( )INADEQUADO
T: °C	( )REGULAR	( )DESIDRATADO	( )ANICTÉRICO	( )SUDORESE	HIGIENE BUCAL
P:	( )COMPROMETIDO	( )HIPOCORADO	( )CIANÓTICO	( )ANASARCA	( )ADEQUADO ( )INADEQUADO
FR: FC:	( )GRAVE	( )NORMOCORADO	( )HEMATOMA	( )OUTROS:	SONO E REPOUSO
SPO2:		( )HIPERCORADO	( )EQUIMOSE		( )INADEQUADO ( )PRESERVADO

2. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA:	ESCALA DE COMA DE GLASGOW:		
( )CONSCIENTE ( )OUTROS:	RESPOSTA MOTORA	RESPOSTA VERBAL	ABERTURA OCULAR
( )ORIENTADO	1. NENHUMA	1. NENHUMA	1. NENHUMA
( )DESORIENTADO	2. RESONPONDE EM EXTENSÃO	2. SONS INCOMPREENSÍVEIS	2. COM ESTIMULO DOLOROSO
( )CONFUSO	3. RESPONDE EM FLEXÃO	3. PALAVRAS IMPRÓPRIAS	3. COM ESTÍMULO VERBAL
( )COMATOSO	4. LOCALIZA O ESTÍMULO	4. CONFUSO	4.ESPONTÂNEA
( )TORPOROSO	5. LOCALIZA E RETIRA O ESTÍMULO	5. ORIENTADO	
( )SONOLENTO	6. OBEDECE AOS COMANDOS		
( )SOB SEDAÇÃO			

ESTADO EMOCIONAL: ( )CALMO ( )CHOROSO ( )ANCIOSO ( )TRISTE ( )MOTIVADO ( )DESMOTIVADO ( )APÁTICO ( )OUTRO:

3. AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA:

RITMO	TÓRAX:	( )CATETER NASAL L/MIN	( )TOSSE SECA	DRENO TORÁCICO:
( )EUPNÉICO	( )SIMÉTRICO ( )ASSIMÉTRICO	( )ESPONTÂNEA	( )TOSSE PRODUTIVA	OSCILAÇÃO: SIM ( ) NÃO ( )
( )BRADIPNÉICO	AUSCULTA:	( )MAS. VENTURE %	( )HEMOPTISE	DRENAGEM:
( )DISPNÉICO	( )MV	( )TQT	( )SECREÇÃO	SIM ( ) NÃO ( )
( )TAQUIPNÉICO	( )RA ( )S/RA QUAL:	( )OUTROS:	ASPECTO:	LOCAL:

4. AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR:

PA:	FC:	PULSO:	RITMO:	ACESSO VENOSO:
( )NORMOTENSO	( )NORMOCARDICO	( )CHEIO	( )RITMICO	( )AVP DATA: / / TROCA: / / LOCAL:
( )HIPOTENSO	( )BRADCARDICO	( )FILIFORME	( )ARRITMICO	( )AVC DATA: / / LOCAL:
( )HIPERTENSO	( )TAQUICARDICO			( )DV DATA: / /

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Unidade de Saúde	HRDM. - GUS-PE		
Nome do Paciente	MANOEL FERREIRA DE MELO	Número do Registro	0437.
Clínica	ORTOPEDICA	Número do Leito	
Operador	Dr. JOSÉ CALDAS.		
1° Assistente	Dr. VALDECY HOLANDA.	2° Assistente	
Instrumentador		Anestesista	Dr. NEILON FALCÃO
Anestesia	RAQUIDIANA	Duração	60 minutos
Data da Operação	08-02-18	Início 20h30	Fim 21h30

Diagnóstico Pré-Operatório

ESMAGAMENTO MIE provocado por Prensa Automática.

Diagnóstico Pós-Operatório

O MESMO.

Operação Proposta

AMPUTAÇÃO A NIVEL DA COXA ESQUERDA

Operação Realizada

A PROPOSTA.

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Paciente nos anestesiado em decubito dorsal membro + anterior esquerdo devidamente antisepsiado e protegido com campos operatórios. Amputação ao nível de coxa esquerda. Regularização do coto. Sutura em Surjete.

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

COOPAGRESTE

COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

Nº 178023

NOME: MANOEL FERREIRA DOS REIS | REGISTRO: 3437 | CATEGORIA: Ind.

HOSPITAL: HRAM - GUT - PE | SEXO: M X F ☐ | COR: BR ☐ PA ☐ N ☐ | IDADE: 73 | HORÁRIO: 21:30 | DATA: 20/02/19

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: GS MAGNO MEMBRO DIREITO PÓS ACIDENTE AUTO TRAUMATISMO. | PESO: 72 kg | PA: 110x40 | FC: 96 BPM | RESPIRAÇÃO: 17 RPM | ASA: III

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: AMPUTAÇÃO

CÓDIGO CIRURGIA	PORTE	%
30725013-8	2	

OPERAÇÃO PROPOSTA: AMPUTAÇÃO AO NIVEL DA COXA (E)

OPERAÇÃO REALIZADA: A PROPOSTA

HORÁRIO: 20:30 | 21:30

O²: NC | NC

SpO²%: 100 | 100

ETCO²: 30 mmHg | 30 mmHg

PAM: 110 | 100

FC: 100 | 100

ANOTAÇÕES:

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE
Neostigmina		1 AMP
Hipnomidato		1 AMP

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUIANESTESIA COM AGULHA DE QUINCKE 27G, MEDICAÇÃO ADJUVANTE CLORIDRATO DE MORFINA 0,1 MG + FENTANIL 25 MCG. DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 60 minutos | DURAÇÃO DA ANESTESIA: 120 minutos

MONITORIZAÇÃO: ☒ CARDIOSCÓPIO ☐ CAPNÓGRAFO ☐ PVC ☐ _____ ☒ OXÍMETRO ☒ D. VESICAL ☐ TEMPERATURA ☐ _____ ☐ PAM ☐ TRANSCUTÂNEA ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

MEDICAMENTO: ☒ ACORDADO ☐ SONOLENTO ☐ SONOLENTO ☐ INTUBADO

DESTINO: ☒ SPA ☐ UTI ☐ QUARTO ☐ _____

SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE CARPINA/ITAMBÉ/NOVA FLORESTA 4ª REGIÃO DE SAÚDE CARPINA - PE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

Cartão Nacional de Saúde - CNS

Sr. MANOEL FERREIRA DE MELO,

Parabéns! Seus dados já constam no Sistema Único de Saúde - SUS.
Informe, seu número de CNS quando usar a rede do Sistema Único de Saúde – SUS.
Recorte o Cartão abaixo e use-o normalmente. Ele vale em todo o território nacional.

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA
GARANHUNS
8ª REGIÃO DE SAÚDE
GARANHUNS - PE

HRDM

Admissão do Paciente do Bloco Cirúrgico

Dados de Identificação

Nome: Manoel Fonseca de Melo Data: 08/02/19

Hora: _____ Idade: 70 Registro: 0439 Isaú

Procedimento: Amputação Diagnóstico: Esmagamento MIE

Cirurgião: Daiquino / Walday Anestesista: Nelson

Informações antes do procedimento

1.Dieta zero a partir de _____h.

2.Tricotomia ( ) Sim ( )Não

3.Sitio de marcação ( ) Sim ( ) Não ( )

Qual?_____

4.Faz uso de medicação continua ( ) Sim (x) Não

Qual?_____

5.Alergia à medicação ( ) Sim (x) Não

Qual?_____

Quem informou? ( ) Paciente (x) Familiar

( ) Outro_____

6.Doença pregressa? HAS ( ) Sim (x) Não DM ( ) Sim (x) Não Outra:_____

7. Tabagista: ( ) Sim ( )Não

8.Etilista: ( ) Sim ( ) Não

9. Anestesia Anterior: ( ) Sim (x) Não

Especifique_____

10. Cirurgia anterior: ( )Sim (x) Não

Especifique_____

11. Deficiências: ( ) Sim ( ) Não

Especifique_____

12. Próteses: ( ) Sim (x) Não

Especifique_____

Sinais Vitais e Antropometria

13.PA: 100 X 60 mmhg 14. FR 12 irpm 14.T:_____ ºC 15.FC/P: 88 bpm

16.Glicemia_____ 17.Peso:_____ 18. Altura:_____ 19. Tipo sanguíneo:_____

Monitorização

20. AVP (x) Sim ( ) Não 21. AVC ( ) Sim ( )Não 22. Monitorizado( ) Sim ( ) Não 23. Sondagem ( ) SNG ( ) SNE ( ) SOG

24. Risco de aspiração ( )Sim ( )Não 25. Risco de perda Sanguínea ( )Sim ( ) Não 26.ABT Profilático (x) Sim ( )Não se aplica

27. Exames de imagem ( ) Sim ( )Não se aplica 28. Placa de bisturi (x) Sim ( ) Não se aplica

Observações:

Em uso de dopamina, cefalotina, metronidazol

GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE CARANHUNS DOM MOURA 8ª REGIÃO DE SAÚDE

Assinatura do Enfermeiro

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HRDM

Resultado de Exame

Pernambuco

Nome: Uanuel Ferreira

Matrícula: Nº do Exame: 88941

Médico Requisitante:

Órgão de Origem: EE 01

HEMOGRAMA

Leuco 9.300

Hm 34 Bt 1 Li 22

Hb 11.6 Seg 74 La —

Htc 32 E 1 M 1

Plq 415.000

TS: 150"
TC: 9.00"

TP = 16 Seg
AE = 40%
INR = 1.25

Data 17 02 18

Claudomiro dos Santos
Analista

Data 17/2/2018

Referência Observações

HOSPITAL REGIONAL DE CAPANEMA
DR. ADELSON MOURA
SECRETARIA DE SAÚDE
CAPANEMA - PR

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517

HEMOPE

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE – STS
EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE — CPF

NOME COMPLETO: MANUEL [illegible] DE MELO.

NOME DA MÃE: [illegible]

Tipo de Logradouro | Endereço: [illegible] | Nº: [illegible] | Complemento | Bairro: [illegible]

CEP | E-mail para Contato

FONE | DNS: [illegible]

DATA NASC.	IDADE	SEXO	PESO	SCG	Nº DA SOLICITAÇÃO
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		

CONVÊNIO: [illegible] | MATRÍCULA / SENHA / VALIDADE CARTEIRA:

2. IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL: [illegible] | MUNICÍPIO: [illegible]

FONE / RAMAL: | LOCAL DO INTERNAMENTO: [illegible] | Nº REGISTRO DO PACIENTE: [illegible]

3. DIAGNÓSTICO / INDICAÇÃO DE TRANSFUSÃO: [illegible] | RESULTADO DE EXAMES / DATA: ___/___/___

Hb _____ PLAQUETAS _____

4. HISTÓRICO TRANSFUSIONAL | INR _____

ANTECEDENTES TRANSFUSIONAIS: NÃO ☒ SIM ☐ CH ☐ CP ☐ PFC ☐ OUTROS ☐

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: GESTA _____ PARA _____ ABORTO _____

REAÇÃO TRANSFUSIONAL NÃO ☐ SIM ☐ TIPO? _____ DATA ___/___/___

USA SANGUE FENOTIPADO: NÃO ☐ SIM ☐ QUAIS FENÓTIPOS? _____

5. HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS E UNIDADE OU VOLUME

CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

02 UNIDADES

6. TIPO DE TRANSFUSÃO

☐ PROGRAMADA - DATA ___/___/___ HORA: ___

Reserva Válida por 48 horas
Para para contato: 3182-4612

☐ NÃO URGENTE – A REALIZAR DENTRO DE 24 H

☒ URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 03 HORAS, DESDE QUE NÃO SEJAM PROCEDIMENTOS ELETIVOS

☐ EXTREMA URGÊNCIA – AUTORIZO SEM PROVA CRUZADA E DECLARO ESTAR CIENTE DOS RISCOS PARA O PACIENTE QUE ESTÁ SOB MINHA RESPONSABILIDADE MÉDICA, AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DO PACIENTE NÃO PERMITEM QUALQUER ATRASO NA ADMINISTRAÇÃO DA TRANSFUSÃO. (TERMO DE RESPONSABILIDADE NO VERSO)

ASS. / CARIMBO DO MÉDICO: Dr. Nelson Falcão Anestesiologista CRM 6547 | CRM [illegible] | DATA 28/12/18 | HORA 21:00

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA SERVIÇO DE SAÚDE GARANHUNS - PE

USO DO HEMOPE SEGUE

RECEBIDO NO HEMOPE: DATA 28/12/18 HORA 21:00 FUNCIONÁRIO (MATRÍCULA): [illegible]

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPAGEM PACIENTE	PESQ. ANTIC. IRREGULARES	TÉCNICO RESPONSÁVEL
O+ (POS)	NEGATIVO	[illegible]

LIBERAÇÃO

Nº TUBO COLETOR	Nº DA BOLSA	PRODUTO	ABO / Rh	VALIDADE	TESTE DE COMPATIBILIDADE				
					TUBO			GEL	CONCLUSÃO
					TA	37°	AGH		
1 M1453630704050336-2		CH	BT	21/02/19	-	-	-		[illegible]
2 M1445612304030669-8		CH	BT	21/02/19	-	-	-		[illegible]

NOME LIBERADOR: [illegible] MATRÍCULA: _____ | RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO

DATA 28/12/18 HORA 22:00

30

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOME: MANOEL FERREIRA DE MELO SEXO: MAS IDADE: 7

REGISTRO: 7439 DATA DE ADMISSÃO: 08/02/2019

CLÍNICA PEDIÁTRICA (-) CIRÚRGICA (X) MÉDICA ( ) TOCO-GINECOLÓGICA

DATA DE ALTA HOSPITALAR ___/___/___ PERMANÊNCIA HOSPITALAR _____ DIAS

ÓBITO ___/___/___ TRANSFERÊNCIA ___/___/___

OBSERVAÇÃO: CCIH 4)

DIAGNÓSTICO: ESMAGAMENTO MSE pós cirúrgico. Pós. Cirurgia Amputação MSE (HOSPR MOURA).

CIRURGIA: Amputação MSE DATA DA CIRURGIA 08/02/19

LIMPA(L) POTENCIALMENTE CONTAMINADA(PC) CONTAMINADA(C) INFECTADA(I)

CIRURGIÃO Dr. José Araújo AUXILIARES Dr. Valdeny Pollyanna

ANESTESISTA Dr. Rafaela Pafes TIPO DE ANESTESIA Raquidiana

PARTO TRANSPELVIANO _____ OBSTETRA _____ PARTEIRA _____

BOLSA ROTA _____ HORAS

PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS:

- (X) CATETERISMO VESICAL
- ( ) CATETERISMO VENOSO
- ( ) ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
- ( ) HEMOTRANSFUSÃO
- ( ) PUNÇÃO ABDOMINAL
- ( ) TRAQUEORRAFIA
- (X) PUNÇÃO VENOSA
- ( ) TRAQUEOSTOMIA
- ( ) NEBULIZAÇÃO
- (X) PUNÇÃO LOMBAR
- ( ) EPISIOTOMIA
- ( ) OUTROS

OBSERVAÇÃO

INFECÇÃO SIM ( ) NÃO ( ) HOSPITALAR ( ) COMUNITÁRIA( )

LOCALIZAÇÃO DA INFECÇÃO:

- ( ) COTO UMBILICAL
- ( ) CUTÂNEA
- ( ) FERIDA CIRÚRGICA
- ( ) GASTRO INTESTINAL
- ( ) RESPIRATÓRIA
- ( ) PUERPERAL
- ( ) URINÁRIA
- ( ) VENOSA (FLEBITE)
- ( ) OSTEO ARTICULAR
- ( ) SNR (S. NERVOSO CENTRAL)
- ( ) SEPTICEMIA
- ( ) OUTROS

ANTIBIÓTICOTERAPIA: SIM (X) NÃO ( ) PROFILÁTICA (X) CURATIVA ( )

TIPO DE ANTIBIÓTICO, DOSE E DURAÇÃO: - Ceftriaxona 1g EV 6/6h

- Fenitoína 100mg EV 8/8h - Metronidazol 500mg EV 8/8h

BACTERIOLOGIA - CULTURA - ANTIBIOGRAMA [VIDE FOLHA ANEXA]

DATA 08/02/19

HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA SECRETARIA DE SAÚDE

Assinado eletronicamente por: MARIA JOSE ARAUJO DE OLIVEIRA - 29/05/2019 18:27:16
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052918271595400000045228517
Número do documento: 19052918271595400000045228517