

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Severino Mario de Souza Santos

RG nº 6961566, data de expedição 29/09/07, Órgão SOS-PE

CPF nº 061.377.21485, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>Verdum de cima</u>
Apto / Complemento	<u>900</u>
Bairro	<u>Casa</u>
Cidade	<u>Zona Rural</u>
Estado	<u>Ferreiros</u>
CEP	<u>PE</u>
Telefone de Contato	<u>55880.000</u>
E-mail	<u>(81) 99540-1444</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ferreiros 21-03-2019

Assinatura do Declarante: Severino M: de Souza Santos



Consulta de Contratos

Protocolo: 1381275431

Cliente: LUIZ QUINTINO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 26551942415
Data: 27/02/2019 - 09:16
Quantidade de Contratos: 1
Quantidade de Faturas: 3
Valor total do Saldo: R\$ 53,24

Este documento não comprova o pagamento dos débitos

Resumo

Conta Contrato	Endereço da Instalação	Qtde. Faturas	Valor Total em aberto	Saldo Total em aberto
001296230010	RUA VERDUM DE CIMA, 900 - ZONA RURAL FERREIROS - FERREIROS - 55880-000	3	R\$ 53,24	R\$ 53,24



SAMU 192 - CIBSUL
Ficha de Atendimento Sistematizado
USA / USB



BASE / VTR: 03

Classificação de Risco: ☐ Verde ☐ Amarelo ☒ Vermelho ☐ Cinza

DATA: 16/02/18

Nº OCORRÊNCIA: 56584

MÉDICO REGULADOR:

A.R. Da Bonilha
F. David

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☒ Outros

Local da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☐ Residência ☒ Rodovia ☐ Outros

Endereço: Ba. 408, cont. Figueiredo na int. da Vila Nova Lida - SIV.

Bairro: Ba. 408 Município: Jumbaula

Situação do local ☒ Cena segura ☐ Cena insegura ☐ Produto perigoso ☐ Dificil acesso ☐ Animais oferecem risco ☐ Rua sem identificação ☐ Incêndio ☐ Aglomeração ☐ Terceiros oferecem risco ☐ Óleo na via

Situação vítima ☐ Evasão ☐ Não localizada ☐ Vítima agressiva ☐ Presa às ferragens ☐ Outros:

Intercorrências ☐ QTA no local ☐ QTA no trajeto ☐ Chamado falso ☐ Múltiplas vítimas. Nº de vítimas:

Outros serviços no local ☐ Não ☒ Sim Quais? P.H. ☐ Outros:

Solicitação de apoio ☒ Não ☐ USA ☐ USB ☐ 190 ☐ 193

Dados da vítima

Nome: Sebastião Rogério de Souza Santos

Documento: 0410611948 Idade: 40 Sexo: ☐ M ☒ F

Endereço: Ba. 408, cont. Figueiredo na int. da Vila Nova Lida

Bairro: Ba. 408 Cidade: Jumbaula Telefone:

Acompanhante: Documento: Telefone:

Grau de aproximação: Inicial Atual

PA: 130 x 40 DEXTRO: 134

FC: 88 Sat. 02% 95

FR: T°C:

Alergias ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Outra. Qual?

Medicamentos em uso ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Sim. Qual?

Antecedentes Pessoais ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ IAM anterior ☐ AVE anterior ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Cirúrgico ☐ Asma/bronquite/DPOC

☐ Nega tratamento anterior ou atual ☒ Sem condições de informar ☐ Outros. Quais?

ESCALA DE GLASGOW ADULTO

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - espontânea	5 - orientado	6 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	6 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 - a voz	4 - confuso	5 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/ inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/retira o membro ao toque
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - retira a dor	2 - a dor	3 - palavras inapropriadas/ clara em resposta a dor	4 - retira o membro a dor
1 - ausente	2 - sons/gemidos	3 - flexão normal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 - decorticação
	1 - ausente	2 - extensão anormal		1 - sem resposta	2 - descerebração
		1 - ausente			1 - sem resposta

TOTAL: Queda de _____ m ☐ Encravamento ☐ Queda própria altura

Mecanismo do trauma: ☐ Não se aplica ☒ Acidente de trânsito ☐ FAB ☐ FPAF ☐ Queimadura ☐ Agressão

1. Responsivo ☒ Sim ☐ Não ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Pulso se presente ☒ Regular ☐ Cheio ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Localização da vítima: ☐ Sem ferragens ☐ Às ferragens ☐ Fora do veículo

Veículo da vítima: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Van ☐ Bicicleta ☐ Sem informação ☐ Outro

Outro envolvimento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Pedestre ☐ Muro/Poste/A ☐ Sem informação

Equipamento de segurança: ☐ Não-usava ☐ Sem informação

Posição encontrada: ☐ Sim () ☐ Não ()

Posição da vítima no veículo: ☐ Sem informação ☐ Condutor do veículo ☐ Acompanhante dianteiro ☐ Acompanhante traseiro ☐ Condutor ou garupa de moto

As Aéreas
☐ Livre ☐ Obstrução parcial
☐ Obstrução Total
☐ Edema de Glote
☐ Corpo estranho
☐ Secreção

3. Respiração
☒ Espontânea
☐ Eupnéico
☐ Apnéia
☐ Dispneia
☐ IOT

☐ Bradipneia
☐ Taquipneia
☐ Gasping

Ausculta Pulmonar
☐ Normal ☐ Estertores D/E
☐ Roncos/Sibilos D/E
☐ MV diminuídos D/E
☐ MV ausente D/E
☒ Não realizado

☐ Hálito Etilico ☐ Hemoptise
☐ Enfisema Subcutâneo
☐ Crepitação
☐ Sangramento
☐ Outro

5. Pele
☐ Corada ☐ Descorada ☐ Quente ☒ Fria

☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Úmida ☐ Seca

Perfusão ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Cianótica

7. Exame Neurológico ☐ Normal / ☐ Agitação / ☐ Convulsão / ☐ Escalofrío / ☐ Obrutificação **Afasia:** ☐ sim ☐ não
Otorragia: ☐ D ☐ E / **Olhos de Guaxinim:** ☐ D ☐ E / **Battle:** ☐ D ☐ E / **Deficit motor:** MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐

Rigidez de nuca: ☐ sim ☐ não / **Pupilas:** ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Míticas ☐ Midriáticas ☐ Reagente ☐ Não reagente

Gineco/obstetria: G ☐ P ☐ A / IG: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ 101 ☐ 102 ☐ 103 ☐ 104 ☐ 105 ☐ 106 ☐ 107 ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110 ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113 ☐ 114 ☐ 115 ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125 ☐ 126 ☐ 127 ☐ 128 ☐ 129 ☐ 130 ☐ 131 ☐ 132 ☐ 133 ☐ 134 ☐ 135 ☐ 136 ☐ 137 ☐ 138 ☐ 139 ☐ 140 ☐ 141 ☐ 142 ☐ 143 ☐ 144 ☐ 145 ☐ 146 ☐ 147 ☐ 148 ☐ 149 ☐ 150 ☐ 151 ☐ 152 ☐ 153 ☐ 154 ☐ 155 ☐ 156 ☐ 157 ☐ 158 ☐ 159 ☐ 160 ☐ 161 ☐ 162 ☐ 163 ☐ 164 ☐ 165 ☐ 166 ☐ 167 ☐ 168 ☐ 169 ☐ 170 ☐ 171 ☐ 172 ☐ 173 ☐ 174 ☐ 175 ☐ 176 ☐ 177 ☐ 178 ☐ 179 ☐ 180 ☐ 181 ☐ 182 ☐ 183 ☐ 184 ☐ 185 ☐ 186 ☐ 187 ☐ 188 ☐ 189 ☐ 190 ☐ 191 ☐ 192 ☐ 193 ☐ 194 ☐ 195 ☐ 196 ☐ 197 ☐ 198 ☐ 199 ☐ 200 ☐ 201 ☐ 202 ☐ 203 ☐ 204 ☐ 205 ☐ 206 ☐ 207 ☐ 208 ☐ 209 ☐ 210 ☐ 211 ☐ 212 ☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 216 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 220 ☐ 221 ☐ 222 ☐ 223 ☐ 224 ☐ 225 ☐ 226 ☐ 227 ☐ 228 ☐ 229 ☐ 230 ☐ 231 ☐ 232 ☐ 233 ☐ 234 ☐ 235 ☐ 236 ☐ 237 ☐ 238 ☐ 239 ☐ 240 ☐ 241 ☐ 242 ☐ 243 ☐ 244 ☐ 245 ☐ 246 ☐ 247 ☐ 248 ☐ 249 ☐ 250 ☐ 251 ☐ 252 ☐ 253 ☐ 254 ☐ 255 ☐ 256 ☐ 257 ☐ 258 ☐ 259 ☐ 260 ☐ 261 ☐ 262 ☐ 263 ☐ 264 ☐ 265 ☐ 266 ☐ 267 ☐ 268 ☐ 269 ☐ 270 ☐ 271 ☐ 272 ☐ 273 ☐ 274 ☐ 275 ☐ 276 ☐ 277 ☐ 278 ☐ 279 ☐ 280 ☐ 281 ☐ 282 ☐ 283 ☐ 284 ☐ 285 ☐ 286 ☐ 287 ☐ 288 ☐ 289 ☐ 290 ☐ 291 ☐ 292 ☐ 293 ☐ 294 ☐ 295 ☐ 296 ☐ 297 ☐ 298 ☐ 299 ☐ 300 ☐ 301 ☐ 302 ☐ 303 ☐ 304 ☐ 305 ☐ 306 ☐ 307 ☐ 308 ☐ 309 ☐ 310 ☐ 311 ☐ 312 ☐ 313 ☐ 314 ☐ 315 ☐ 316 ☐ 317 ☐ 318 ☐ 319 ☐ 320 ☐ 321 ☐ 322 ☐ 323 ☐ 324 ☐ 325 ☐ 326 ☐ 327 ☐ 328 ☐ 329 ☐ 330 ☐ 331 ☐ 332 ☐ 333 ☐ 334 ☐ 335 ☐ 336 ☐ 337 ☐ 338 ☐ 339 ☐ 340 ☐ 341 ☐ 342 ☐ 343 ☐ 344 ☐ 345 ☐ 346 ☐ 347 ☐ 348 ☐ 349 ☐ 350 ☐ 351 ☐ 352 ☐ 353 ☐ 354 ☐ 355 ☐ 356 ☐ 357 ☐ 358 ☐ 359 ☐ 360 ☐ 361 ☐ 362 ☐ 363 ☐ 364 ☐ 365 ☐ 366 ☐ 367 ☐ 368 ☐ 369 ☐ 370 ☐ 371 ☐ 372 ☐ 373 ☐ 374 ☐ 375 ☐ 376 ☐ 377 ☐ 378 ☐ 379 ☐ 380 ☐ 381 ☐ 382 ☐ 383 ☐ 384 ☐ 385 ☐ 386 ☐ 387 ☐ 388 ☐ 389 ☐ 390 ☐ 391 ☐ 392 ☐ 393 ☐ 394 ☐ 395 ☐ 396 ☐ 397 ☐ 398 ☐ 399 ☐ 400 ☐ 401 ☐ 402 ☐ 403 ☐ 404 ☐ 405 ☐ 406 ☐ 407 ☐ 408 ☐ 409 ☐ 410 ☐ 411 ☐ 412 ☐ 413 ☐ 414 ☐ 415 ☐ 416 ☐ 417 ☐ 418 ☐ 419 ☐ 420 ☐ 421 ☐ 422 ☐ 423 ☐ 424 ☐ 425 ☐ 426 ☐ 427 ☐ 428 ☐ 429 ☐ 430 ☐ 431 ☐ 432 ☐ 433 ☐ 434 ☐ 435 ☐ 436 ☐ 437 ☐ 438 ☐ 439 ☐ 440 ☐ 441 ☐ 442 ☐ 443 ☐ 444 ☐ 445 ☐ 446 ☐ 447 ☐ 448 ☐ 449 ☐ 450 ☐ 451 ☐ 452 ☐ 453 ☐ 454 ☐ 455 ☐ 456 ☐ 457 ☐ 458 ☐ 459 ☐ 460 ☐ 461 ☐ 462 ☐ 463 ☐ 464 ☐ 465 ☐ 466 ☐ 467 ☐ 468 ☐ 469 ☐ 470 ☐ 471 ☐ 472 ☐ 473 ☐ 474 ☐ 475 ☐ 476 ☐ 477 ☐ 478 ☐ 479 ☐ 480 ☐ 481 ☐ 482 ☐ 483 ☐ 484 ☐ 485 ☐ 486 ☐ 487 ☐ 488 ☐ 489 ☐ 490 ☐ 491 ☐ 492 ☐ 493 ☐ 494 ☐ 495 ☐ 496 ☐ 497 ☐ 498 ☐ 499 ☐ 500 ☐ 501 ☐ 502 ☐ 503 ☐ 504 ☐ 505 ☐ 506 ☐ 507 ☐ 508 ☐ 509 ☐ 510 ☐ 511 ☐ 512 ☐ 513 ☐ 514 ☐ 515 ☐ 516 ☐ 517 ☐ 518 ☐ 519 ☐ 520 ☐ 521 ☐ 522 ☐ 523 ☐ 524 ☐ 525 ☐ 526 ☐ 527 ☐ 528 ☐ 529 ☐ 530 ☐ 531 ☐ 532 ☐ 533 ☐ 534 ☐ 535 ☐ 536 ☐ 537 ☐ 538 ☐ 539 ☐ 540 ☐ 541 ☐ 542 ☐ 543 ☐ 544 ☐ 545 ☐ 546 ☐ 547 ☐ 548 ☐ 549 ☐ 550 ☐ 551 ☐ 552 ☐ 553 ☐ 554 ☐ 555 ☐ 556 ☐ 557 ☐ 558 ☐ 559 ☐ 560 ☐ 561 ☐ 562 ☐ 563 ☐ 564 ☐ 565 ☐ 566 ☐ 567 ☐ 568 ☐ 569 ☐ 570 ☐ 571 ☐ 572 ☐ 573 ☐ 574 ☐ 575 ☐ 576 ☐ 577 ☐ 578 ☐ 579 ☐ 580 ☐ 581 ☐ 582 ☐ 583 ☐ 584 ☐ 585 ☐ 586 ☐ 587 ☐ 588 ☐ 589 ☐ 590 ☐ 591 ☐ 592 ☐ 593 ☐ 594 ☐ 595 ☐ 596 ☐ 597 ☐ 598 ☐ 599 ☐ 600 ☐ 601 ☐ 602 ☐ 603 ☐ 604 ☐ 605 ☐ 606 ☐ 607 ☐ 608 ☐ 609 ☐ 610 ☐ 611 ☐ 612 ☐ 613 ☐ 614 ☐ 615 ☐ 616 ☐ 617 ☐ 618 ☐ 619 ☐ 620 ☐ 621 ☐ 622 ☐ 623 ☐ 624 ☐ 625 ☐ 626 ☐ 627 ☐ 628 ☐ 629 ☐ 630 ☐ 631 ☐ 632 ☐ 633 ☐ 634 ☐ 635 ☐ 636 ☐ 637 ☐ 638 ☐ 639 ☐ 640 ☐ 641 ☐ 642 ☐ 643 ☐ 644 ☐ 645 ☐ 646 ☐ 647 ☐ 648 ☐ 649 ☐ 650 ☐ 651 ☐ 652 ☐ 653 ☐ 654 ☐ 655 ☐ 656 ☐ 657 ☐ 658 ☐ 659 ☐ 660 ☐ 661 ☐ 662 ☐ 663 ☐ 664 ☐ 665 ☐ 666 ☐ 667 ☐ 668 ☐ 669 ☐ 670 ☐ 671 ☐ 672 ☐ 673 ☐ 674 ☐ 675 ☐ 676 ☐ 677 ☐ 678 ☐ 679 ☐ 680 ☐ 681 ☐ 682 ☐ 683 ☐ 684 ☐ 685 ☐ 686 ☐ 687 ☐ 688 ☐ 689 ☐ 690 ☐ 691 ☐ 692 ☐ 693 ☐ 694 ☐ 695 ☐ 696 ☐ 697 ☐ 698 ☐ 699 ☐ 700 ☐ 701 ☐ 702 ☐ 703 ☐ 704 ☐ 705 ☐ 706 ☐ 707 ☐ 708 ☐ 709 ☐ 710 ☐ 711 ☐ 712 ☐ 713 ☐ 714 ☐ 715 ☐ 716 ☐ 717 ☐ 718 ☐ 719 ☐ 720 ☐ 721 ☐ 722 ☐ 723 ☐ 724 ☐ 725 ☐ 726 ☐ 727 ☐ 728 ☐ 729 ☐ 730 ☐ 731 ☐ 732 ☐ 733 ☐ 734 ☐ 735 ☐ 736 ☐ 737 ☐ 738 ☐ 739 ☐ 740 ☐ 741 ☐ 742 ☐ 743 ☐ 744 ☐ 745 ☐ 746 ☐ 747 ☐ 748 ☐ 749 ☐ 750 ☐ 751 ☐ 752 ☐ 753 ☐ 754 ☐ 755 ☐ 756 ☐ 757 ☐ 758 ☐ 759 ☐ 760 ☐ 761 ☐ 762 ☐ 763 ☐ 764 ☐ 765 ☐ 766 ☐ 767 ☐ 768 ☐ 769 ☐ 770 ☐ 771 ☐ 772 ☐ 773 ☐ 774 ☐ 775 ☐ 776 ☐ 777 ☐ 778 ☐ 779 ☐ 780 ☐ 781 ☐ 782 ☐ 783 ☐ 784 ☐ 785 ☐ 786 ☐ 787 ☐ 788 ☐ 789 ☐ 790 ☐ 791 ☐ 792 ☐ 793 ☐ 794 ☐ 795 ☐ 796 ☐ 797 ☐ 798 ☐ 799 ☐ 800 ☐ 801 ☐ 802 ☐ 803 ☐ 804 ☐ 805 ☐ 806 ☐ 807 ☐ 808 ☐ 809 ☐ 810 ☐ 811 ☐ 812 ☐ 813 ☐ 814 ☐ 815 ☐ 816 ☐ 817 ☐ 818 ☐ 819 ☐ 820 ☐ 821 ☐ 822 ☐ 823 ☐ 824 ☐ 825 ☐ 826 ☐ 827 ☐ 828 ☐ 829 ☐ 830 ☐ 831 ☐ 832 ☐ 833 ☐ 834 ☐ 835 ☐ 836 ☐ 837 ☐ 838 ☐ 839 ☐ 840 ☐ 841 ☐ 842 ☐ 843 ☐ 844 ☐ 845 ☐ 846 ☐ 847 ☐ 848 ☐ 849 ☐ 850 ☐ 851 ☐ 852 ☐ 853 ☐ 854 ☐ 855 ☐ 856 ☐ 857 ☐ 858 ☐ 859 ☐ 860 ☐ 861 ☐ 862 ☐ 863 ☐ 864 ☐ 865 ☐ 866 ☐ 867 ☐ 868 ☐ 869 ☐ 870 ☐ 871 ☐ 872 ☐ 873 ☐ 874 ☐ 875 ☐ 876 ☐ 877 ☐ 878 ☐ 879 ☐ 880 ☐ 881 ☐ 882 ☐ 883 ☐ 884 ☐ 885 ☐ 886 ☐ 887 ☐ 888 ☐ 889 ☐ 890 ☐ 891 ☐ 892 ☐ 893 ☐ 894 ☐ 895 ☐ 896 ☐ 897 ☐ 898 ☐ 899 ☐ 900 ☐ 901 ☐ 902 ☐ 903 ☐ 904 ☐ 905 ☐ 906 ☐ 907 ☐ 908 ☐ 909 ☐ 910 ☐ 911 ☐ 912 ☐ 913 ☐ 914 ☐ 915 ☐ 916 ☐ 917 ☐ 918 ☐ 919 ☐ 920 ☐ 921 ☐ 922 ☐ 923 ☐ 924 ☐ 925 ☐ 926 ☐ 927 ☐ 928 ☐ 929 ☐ 930 ☐ 931 ☐ 932 ☐ 933 ☐ 934 ☐ 935 ☐ 936 ☐ 937 ☐ 938 ☐ 939 ☐ 940 ☐ 941 ☐ 942 ☐ 943 ☐ 944 ☐ 945 ☐ 946 ☐ 947 ☐ 948 ☐ 949 ☐ 950 ☐ 951 ☐ 952 ☐ 953 ☐ 954 ☐ 955 ☐ 956 ☐ 957 ☐ 958 ☐ 959 ☐ 960 ☐ 961 ☐ 962 ☐ 963 ☐ 964 ☐ 965 ☐ 966 ☐ 967 ☐ 968 ☐ 969 ☐ 970 ☐ 971 ☐ 972 ☐ 973 ☐ 974 ☐ 975 ☐ 976 ☐ 977 ☐ 978 ☐ 979 ☐ 980 ☐ 981 ☐ 982 ☐ 983 ☐ 984 ☐ 985 ☐ 986 ☐ 987 ☐ 988 ☐ 989 ☐ 990 ☐ 991 ☐ 992 ☐ 993 ☐ 994 ☐ 995 ☐ 996 ☐ 997 ☐ 998 ☐ 999 ☐ 1000 ☐ 1001 ☐ 1002 ☐ 1003 ☐ 1004 ☐ 1005 ☐ 1006 ☐ 1007 ☐ 1008 ☐ 1009 ☐ 1010 ☐ 1011 ☐ 1012 ☐ 1013 ☐ 1014 ☐ 1015 ☐ 1016 ☐ 1017 ☐ 1018 ☐ 1019 ☐ 1020 ☐ 1021 ☐ 1022 ☐ 1023 ☐ 1024 ☐ 1025 ☐ 1026 ☐ 1027 ☐ 1028 ☐ 1029 ☐ 1030 ☐ 1031 ☐ 1032 ☐ 1033 ☐ 1034 ☐ 1035 ☐ 1036 ☐ 1037 ☐ 1038 ☐ 1039 ☐ 1040 ☐ 1041 ☐ 1042 ☐ 1043 ☐ 1044 ☐ 1045 ☐ 1046 ☐ 1047 ☐ 1048 ☐ 1049 ☐ 1050 ☐ 1051 ☐ 1052 ☐ 1053 ☐ 1054 ☐ 1055 ☐ 1056 ☐ 1057 ☐ 1058 ☐ 1059 ☐ 1060 ☐ 1061 ☐ 1062 ☐ 1063 ☐ 1064 ☐ 1065 ☐ 1066 ☐ 1067 ☐ 1068 ☐ 1069 ☐ 1070 ☐ 1071 ☐ 1072 ☐ 1073 ☐ 1074 ☐ 1075 ☐ 1076 ☐ 1077 ☐ 1078 ☐ 1079 ☐ 1080 ☐ 1081 ☐ 1082 ☐ 1083 ☐ 1084 ☐ 1085 ☐ 1086 ☐ 1087 ☐ 1088 ☐ 1089 ☐ 1090 ☐ 1091 ☐ 1092 ☐ 1093 ☐ 1094 ☐ 1095 ☐ 1096 ☐ 1097 ☐ 1098 ☐ 1099 ☐ 1100 ☐ 1101 ☐ 1102 ☐ 1103 ☐ 1104 ☐ 1105 ☐ 1106 ☐ 1107 ☐ 1108 ☐ 1109 ☐ 1110 ☐ 1111 ☐ 1112 ☐ 1113 ☐ 1114 ☐ 1115 ☐ 1116 ☐ 1117 ☐ 1118 ☐ 1119 ☐ 1120 ☐ 1121 ☐ 1122 ☐ 1123 ☐ 1124 ☐ 1125 ☐ 1126 ☐ 1127 ☐ 1128 ☐ 1129 ☐ 11

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 16/12/18

HORA: 22:25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

119

Nome: SEVERINA MARIN DE SOUZA SANTOS

Cartão SUS:

Sexo: F

Data Nasc: 04/06/48

Idade: 70

Nome da mãe: SEVERINA MARIN DA CONCEICAO

Logradouro:

RUA CAROL DO CARVALHO

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade:

ZONA RURAL

Município:

Timbaúba

UF: PE

Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:



2- ANAMNESE:

h. Paciente vítima de atropelamento há cerca de 1h. Apresenta quadro de desorientação após o episódio.

3- SSVV: T

EC 70

PA: 130x80

F.R:

Glasgow: 14

✓ confusa.

SatO2 97%

HGT

66kg, consciente, desorientada, eupneica, normocraneada, hidratada, trocax em fúe, hematoma em região frontal. Sem sinais aparentes de fratura.

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: TCE.

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora ____/____/____ às ____:____h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Hosp da Restauração - Nauseumy
SS78416.

SFO, 97. 100 ml + letopafeno - 1amp. EV. 1x.

Ringer Lactato 500ml, EV. 1x.

Dr. Camila Marques
CRM 20031

FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE () AMARELO (✓) VERMELHO ()

NOME: Socorro Maria da Silva Santos IDADE: 78DATA: 16/12/18 HORA: 22:30 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 130x8 T: 36 FC: 70 SAE: 0 PESO: 60 HGT: 131HAS () DM () ALERGIA MED () Não

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou > 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Inesponsividade ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
- 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 10 ()
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
- Melena () Hematêmese () Enterorragia () Distúrbio ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Origem: Hosp. da Restauração - Neurocirurgia
Destino: Severina Maria de Souza Costa
Paciente: 20 5578916
Idade: _____ anos Paciente vit. com de atropamento,
Anamnese: com quadro de desorientação
ECG: 14
Exame Físico: PA=130x80, FC=70, SO₂=98% (com oxim.)

Hipótese Diagnosticada TCE.

Medicamentos/Procedimentos Realizados: isotopofeno

Equipe de Transferência: SAMU Imeaculo

Médico

Dra. Camilla Marques
Médica
CRM - PE 24631

Data: 16 12 13

DR. EUDENILSON J. M. LINS
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

RECEITUÁRIO MÉDICO



Srs Severina Maria de
Souza Santos

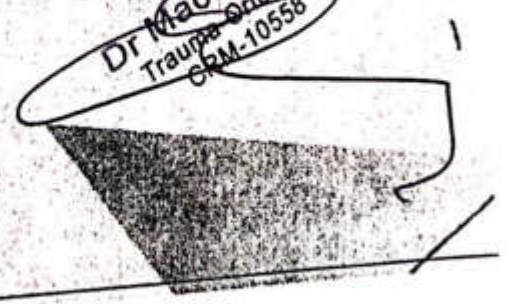
LAUDO

Paciente vítima
de Ataque de Pânico
desencadeado a
ocorrência de sequelas de
nível 0 Terceiro.

CID M255/552

Dr. Macedo Lins
Trauma-Ortopedia
CRM-10558

12/4/19





SAMU 192 - Cissul
Ficha de Atendimento Sistematizado
USA / USB



BASE / VTR: 03

Classificação de Risco: ☐ Verde ☐ Amarelo ☒ Vermelho ☐ Cinza

DATA: 16/02/18

Nº OCORRÊNCIA: 56584

MÉDICO REGULADOR:

A.R. Da Bonilha
F. David

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☒ Outros

Local da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☐ Residência ☒ Rodovia ☐ Outros

Endereço: Ba. 408, cont. Figueiredo na int. da Vila Nova Lida SIV.

Bairro: Ba. 408 Município: Jumbaula

Situação do local ☒ Cena segura ☐ Cena insegura ☐ Produto perigoso ☐ Dificil acesso ☐ Animais oferecem risco ☐ Rua sem identificação ☐ Incêndio ☐ Aglomeração ☐ Terceiros oferecem risco ☐ Óleo na via

Situação vítima ☐ Evasão ☐ Não localizada ☐ Vítima agressiva ☐ Presa às ferragens ☐ Outros:

Intercorrências ☐ QTA no local ☐ QTA no trajeto ☐ Chamado falso ☐ Múltiplas vítimas. Nº de vítimas:

Outros serviços no local ☐ Não ☒ Sim Quais? P 91 ☐ Outros:

Solicitação de apoio ☒ Não ☐ USA ☐ USB ☐ 190 ☐ 193

Dados da vítima
Nome: Selegina Maria de Souza Santos

Documento: 0410611948 Idade: 40 Sexo: ☐ M ☒ F

Endereço: Ba. 408, cont. Figueiredo na int. da Vila Nova Lida

Bairro: Ba. 408 Cidade: Jumbaula Telefone:

Acompanhante: Documento: Telefone:

Grau de aproximação: Inicial Atual

PA: 130 x 40 DEXTRO: 134

FC: 88 Sat. 02% 95

FR: T°C:

Alergias ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Outra. Qual?

Medicamentos em uso ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Sim. Qual?

Antecedentes Pessoais ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ IAM anterior ☐ AVE anterior ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Cirúrgico ☐ Asma/bronquite/DPOC

☐ Nega tratamento anterior ou atual ☒ Sem condições de informar ☐ Outros. Quais?

ESCALA DE GLASGOW ADULTO

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - espontânea	5 - orientado	6 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	6 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 - a voz	4 - confuso	5 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/retira o membro ao toque
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - retira a dor	2 - a dor	3 - palavras inapropriadas/ clara em resposta a dor	4 - retira o membro a dor
1 - ausente	2 - sons/gemidos	3 - flexão normal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 - decorticação
	1 - ausente	2 - extensão anormal		1 - sem resposta	2 - descerebração
		1 - ausente			1 - sem resposta

TOTAL: Queda de _____ m ☐ Encravamento ☐ Queda própria altura

Mecanismo do trauma: ☐ Não se aplica ☒ Acidente de trânsito ☐ FAB ☐ FPAF ☐ Queimadura ☐ Agressão

1. Responsivo ☒ Sim ☐ Não ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Pulso se presente ☒ Regular ☐ Cheio ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Localização da vítima: ☐ Sem ferragens ☐ Às ferragens ☐ Fora do veículo

Veículo da vítima: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Van ☐ Bicicleta ☐ Sem informação ☐ Outro

Outro envolvimento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Pedestre ☐ Muro/Poste/A ☐ Sem informação

Equipamento de segurança: ☐ Não-usava ☐ Sem informação

Posição encontrada: ☐ Sim () ☐ Não ()

Posição da vítima no veículo: ☐ Sem informação ☐ Condutor do veículo ☐ Acompanhante dianteiro ☐ Acompanhante traseiro ☐ Condutor ou garupa de moto

As Aéreas
☐ Livre ☐ Obstrução parcial
☐ Obstrução Total
☐ Edema de Glote
☐ Corpo estranho
☐ Secreção

3. Respiração
☒ Espontânea
☐ Eupnéico
☐ Apnéia
☐ Dispneia
☐ IOT

☐ Bradipneia
☐ Taquipneia
☐ Gasping

Ausculta Pulmonar
☐ Normal ☐ Estertores D/E
☐ Roncos/Sibilos D/E
☐ MV diminuídos D/E
☐ MV ausente D/E
☒ Não realizado

☐ Hálito Etilico ☐ Hemoptise
☐ Enfisema Subcutâneo
☐ Crepitação
☐ Sangramento
☐ Outro

5. Pele
☐ Corada ☐ Descorada ☐ Quente ☒ Fria

☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Úmida ☐ Seca

Perfusão ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Cianótica

7. Exame Neurológico ☐ Normal / ☐ Agitação / ☐ Convulsão / ☐ Escalofrío / ☐ Obrubilação **Afasia:** ☐ sim ☐ não
Otorragia: ☐ D ☐ E / **Olhos de Guaxinin:** ☐ D ☐ E / **Battle:** ☐ D ☐ E / **Deficit motor:** MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐

Rigidez de nuca: ☐ sim ☐ não / **Pupilas:** ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Míticas ☐ Midriáticas ☐ Reagente ☐ Não reagente

Gineco/obstetria: G ☐ P ☐ A ☐ IG: ☐ Tratamento de Parto: ☐ sim ☐ não

Contrações: ☐ não / se, **sim:** ☐ fraca ☐ moderada ☐ forte n° ☐ min. Bolsa rota ☐ sim ☐ não

Toque: ☐ cm/dilatação. ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Outros

RN ☐ Vivo ☐ Morto ☐ Dequi placenta **Apgar 1°**

Achados do Exame Físico

Cabeça *lesões em face*

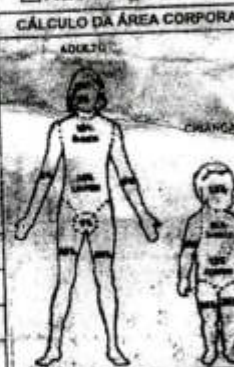
Pescoço

Tórax

Abdome

Pelve

Extremidades *lesões em M.E. e M.I.*



PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Guedel N° ☐ Másc. O2 ☐ L/min. ☐ Monitoriz. cardíaca ☒ Oxímetro ☐ Retirada rápida ☐ KED

☐ Aspiração ☐ Catéter O2 ☐ L/min. ☐ Desfibrilação ☐ Cardioversão ☐ Aquecimento ☐ Controle de hemorragia

☐ IOT n° ☐ Ventilação c/Ambú ☐ Marcapasso ☐ Curativo ☒ Acesso Venoso

☐ V.M. - Modalidade: ☒ Colar Cervical ☐ Prancha Rígida ☐ Outros:

☐ Compressão Torácica ☐ DEA ☐ Imobilização: ☐ MMSS / ☐ MMII

Prescrição Médica:

Relatório de Enfermagem/ Médico

Relatório de enfermagem desorientada

em M.E. e M.I. a enfermeira

deixava a que teria sido

feita em a mesma, dando

entrada na U.P.T. e em seguida

amovido pelo H.R. com o qual

5548416, com o qual se trata

a mesma apresenta lesão

momento de chegada

Andréa A. de Andrade
Enf. de Enfermagem
REN PE 153.019

Durante o Transporte:

Recusa de atendimento .Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso atendimento e assumo total responsabilidade pelo ato, isentando o serviço SAMU de qualquer problema decorrente deste ato.

Nome Doc. Assinatura

Testemunha Doc. Assinatura

Encaminhado:

☐ Recebido por: Nome/carimbo do Médico ou En° Resp.

☐ Removido por outros Quem? Para

☐ Não removido: Méd. Regulador Resp.: ☐ Orientação no local. Méd. Regulador Resp.

Óbito no local: PCR associado a ☐ Rigidez cadavérica ☐ Livor mortis ☐ Decaptação ☐ Carbonização ☐ Hemi corpo

Méd. Regulador Resp.: **Fornecido Constatação / Declaração de Óbito:** ☐ sim ☐ não

Hipótese(s) Diagnóstica(s): **CID:**

PERTENCES DO PACIENTE

NOME:

DOC.:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

Assinatura do Responsável

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 16/12/18

HORA: 22:25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

119

Nome: SEVERINA MARIN DE SOUZA SANTOS

Cartão SUS:

Sexo: F

Data Nasc: 04/06/48

Idade: 70

Nome da mãe: SEVERINA MARIN DA CONCEICAO

Logradouro:

RUA CAROL DO CABOCL

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade:

ZONA RURAL

Município:

Timbaúba

UF: PE

Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:



2- ANAMNESE:

h. Paciente vítima de atropelamento há cerca de 1h. Apresenta quadro de desorientação após o episódio.

3- SSVV: T

EC 70

PA: 130x80

F.R:

Glasgow: 14

SatO2 97%

HGT

66kg, consciente, desorientada, eupneica, normocrânica, hidratada, trocaxos em fúe, hematoma em região frontal. Sem sinais aparentes de fratura.

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: TCE.

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora ____/____/____ às ____:____h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Hosp da Restauração - Nurosurtyin
SS78416.

SFO, 97.100ml + letopafeno - 1amp. EV. 1x1.

Ringer Lactato 500ml, EV. 1x1.


Dr. Camila Marques
CRM: 20031

FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE () AMARELO (x) VERMELHO ()

NOME: Socorro Maria da Silva Santos IDADE: 78DATA: 16/12/18 HORA: 22:30 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 130x80 T: 36.5 FC: 90 SAE: + PESO: 65 HGT: 1.37HAS () DM () ALERGIA MED () Não

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou > 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Inesponsividade ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
- 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 10 ()
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
- Melena () Hematêmese () Enterorragia () Distúrbio ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp da Restauração - Neurocirurgia
Paciente: Severina Maria de Souza Costa
Idade: 20 anos Paciente vit, sem Senha: de atropamento,
Anamnese: com quadro de desorientação
ECG: 14
Exame Físico: PA=130x80, FC=70, SO₂=98% (com oxim.)

Hipótese Diagnosticada TCE.
Medicamentos/Procedimentos Realizados: isotopano

Equipe de Transferência: SAMU Imeolito
Data: 22/06/2016 22:30
Médico: Dra. Camilla Marques
CRM - PE 24631
Data: 1/1/13

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : _____

Nome : Sauvina Mirella da Silva Santos

Foi atendido às _____ hs. do dia 17/12/2008

Diagnóstico Provável : Pré-eclâmpsia

ECG SSR

2

Tratamento Realizado Dorso Amlopridina

Parar 30 (trinta) Dias

Observação : 10 dubtoso obxida (uso)

Cópia de : _____

Médico - CRM Nº _____

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

Cód. 0157



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

061.377.214-85

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

04/06/1948





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190228503 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE SEM FRATURAS. (P1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190228503 **Cidade:** Timbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 16/12/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE FACE SEM FRATURAS. (P1)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0133912/19

Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

CPF: 061.377.214-85

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 16/12/2018

Titular do CPF: SEVERINA MARIA DE
SOUZA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS : 061.377.214-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS
CPF: 061.377.214-85

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101418/19

Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

CPF: 061.377.214-85

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 16/12/2018

Titular do CPF: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS : 061.377.214-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/03/2019
Nome: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS
CPF: 061.377.214-85

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/03/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190228503

Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190228503

Vítima: SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 16/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 061.377.21485 Nome completo da vítima: Severina Maria de Souza Santos

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

Nome completo: Severina Maria de Souza Santos CPF: 061.377.21485
Profissão: autônoma Endereço: Rua Verdum de Lima Número: 900 Complemento: caso
Bairro: Zona Rural Cidade: Fluminense Estado: PE CEP: 55880-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

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

AGÊNCIA: 0130 CONTA: 130020453
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Timbalão, 16-03-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Severina M. de Souza Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

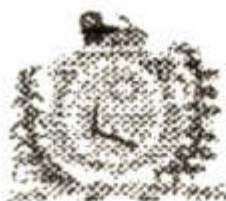
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 046ª CIRCUNSCRIÇÃO - TIMBAUBA -
DP46ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0136000261**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/02/2019** às
11:29

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que
aconteceu no dia **16/12/2018** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, 01, RODOVIA BR 408**
- Bairro: **CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ANTONIO EDIVALDO DE SOUZA SANTOS (NOTICIANTE)
SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO

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

ANTONIO EDIVALDO DE SOUZA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: SEVERINA MARIA DE SOUZA BARROS Pai: LUIZ QUINTINO DOS
SANTOS Data de Nascimento: 12/6/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE TIMBAUBA, , SÍTIO VERDUM - CEP: 0 - Bairro:**
CENTRO - TIMBAUBA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 4/8/1948 Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
 apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU ANTONIO EDIVALDO DE SOUZA SANTOS, PARA RELATAR QUE SUA MÃE SEVERINA MARIA DE SOUZA SANTOS, FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO NA NOITE DO DIA 16/12/2018, QUANDO UMA MOTO DE MODELO E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS A COLHEU PERTO DO ACOSTAMENTO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU OCORRÊNCIA 565818 PARA A UPA DETIMBAÚBA, E POSTERIORMENTE PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE-PE PARA PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS.

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

ANTONIO EDIVALDO DE SOUZA SANTOS
 (NOTICIANTE)

x Edivaldo

B.O. registrado por: **ALEXANDRE DE OLIVEIRA IZIDRO** - Matrícula: **296970-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 061.377.21485 Nome completo da vítima: Severina Maria de Souza Santos

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

Nome completo: Severina Maria de Souza Santos CPF: 061.377.21485
Profissão: autônoma Endereço: Rua Verdum de Lima Número: 900 Complemento: Casa
Bairro: Zona Rural Cidade: Fluminense Estado: PE CEP: 55880-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

REDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 0130 CONTA: 1300204530

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, Fluminense, 16-03-2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Severina M. de Souza Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SAMU 192 - CIBSUL
Ficha de Atendimento Sistematizado
USA / USB



BASE / VTR: 03

Classificação de Risco: ☐ Verde ☐ Amarelo ☒ Vermelho ☐ Cinza

DATA: 16/02/18

Nº OCORRÊNCIA: 56584

MÉDICO REGULADOR:

A.R. Da Bonilha
F. David

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☒ Outros

Local da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☐ Residência ☒ Rodovia ☐ Outros

Endereço: Ba. 408, cont. Figueiredo na int. da Vila Nova Lida - SIV.

Bairro: Ba. 408 Município: Jumbaula

Situação do local ☒ Cena segura ☐ Cena insegura ☐ Produto perigoso ☐ Dificil acesso ☐ Animais oferecem risco ☐ Rua sem identificação ☐ Incêndio ☐ Aglomeração ☐ Terceiros oferecem risco ☐ Óleo na via

Situação vítima ☐ Evasão ☐ Não localizada ☐ Vítima agressiva ☐ Presa às ferragens ☐ Outros:

Intercorrências ☐ QTA no local ☐ QTA no trajeto ☐ Chamado falso ☐ Múltiplas vítimas. Nº de vítimas:

Outros serviços no local ☐ Não ☒ Sim Quais? P.H. ☐ Outros:

Solicitação de apoio ☒ Não ☐ USA ☐ USB ☐ 190 ☐ 193

Dados da vítima

Nome: Sebastião Rogério de Souza Santos

Documento: 0410611948 Idade: 40 Sexo: ☐ M ☒ F

Endereço: Ba. 408, cont. Figueiredo na int. da Vila Nova Lida

Bairro: Ba. 408 Cidade: Jumbaula Telefone:

Acompanhante: Sebastião Rogério de Souza Santos Documento: 0410611948 Telefone:

Grau de aproximação: Atual 13% 95

PA: 130 x 40 **DEXTRO:** 13%

FC: 88 **Sat. 02%** 95

FR: 88 **T°C:** 36,5

Alergias ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Outra. Qual?

Medicamentos em uso ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Sim. Qual?

Antecedentes Pessoais ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ IAM anterior ☐ AVE anterior ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Cirúrgico ☐ Asma/bronquite/DPOC

☐ Nega tratamento anterior ou atual ☒ Sem condições de informar ☐ Outros. Quais?

ESCALA DE GLASGOW ADULTO

ESCALA DE GLASGOW 0 A 2 ANOS

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - espontânea	5 - orientado	6 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	6 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 - a voz	4 - confuso	5 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/ inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/retira o membro ao toque
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - retira a dor	2 - a dor	3 - palavras inapropriadas/ clara em resposta a dor	4 - retira o membro a dor
1 - ausente	2 - sons/gemidos	3 - flexão normal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/ geme em resposta a dor	3 - decorticação
	1 - ausente	2 - extensão anormal		1 - sem resposta	2 - descerebração
		1 - ausente			1 - sem resposta

TOTAL: 15 ☐ Queda de 1,5 m ☐ Encravamento ☐ Queda própria altura

Mecanismo do trauma: ☐ Não se aplica ☒ Acidente de trânsito ☐ FAB ☐ FPAF ☐ Queimadura ☐ Agressão

1. Responsivo ☒ Sim ☐ Não ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Pulso se presente ☒ Regular ☐ Cheio ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Localização da vítima: ☐ Sem ferragens ☐ Às ferragens ☐ Fora do veículo

Veículo da vítima: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Van ☐ Bicicleta ☐ Sem informação ☐ Outro

Deambulando ☐ Sim () ☐ Não ()

Posição encontrada: ☐ Sem ferragens ☐ Às ferragens ☐ Fora do veículo

Equipamento de segurança: ☐ Não-usava ☐ Sem informação

Capacete retirado pela equipe ☐ Sim ☐ Não

As Aéreas
☐ Livre ☐ Obstrução parcial
☐ Obstrução Total
☐ Edema de Glote
☐ Corpo estranho
☐ Secreção

3. Respiração
☒ Espontânea
☐ Eupnéico
☐ Apnéia
☐ Dispneia
☐ IOT

☐ Bradipneia
☐ Taquipneia
☐ Gasping

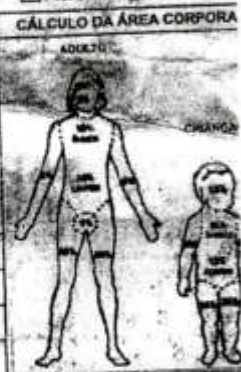
Ausculta Pulmonar
☐ Normal ☐ Estertores D/E
☐ Roncos/Sibilos D/E
☐ MV diminuídos D/E
☐ MV ausente D/E
☒ Não realizado

☐ Hálito Etilico ☐ Hemoptise
☐ Enfisema Subcutâneo
☐ Crepitação
☐ Sangramento
☐ Outro

5. Pele
☐ Corada ☐ Descorada ☐ Quente ☒ Fria
☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Úmida ☐ Seca
Perfusão ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Cianótica

6. Ausculta Cardíaca
☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Arritmia
☐ Sopros ☒ Não realizado

7. Exame Neurológico ☐ Normal / ☐ Agitação / ☐ Convulsão / ☐ Escalofrío / ☐ Ostrubilação
Otorragia: ☐ D ☐ E / **Olhos de Guaxinin:** ☐ D ☐ E / **Battle:** ☐ D ☐ E / **Deficit motor:** MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐
Rigidez de nuca: ☐ sim ☐ não / **Pupilas:** ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Míticas ☐ Midriáticas ☐ Reagente ☐ Não reagente
Gineco/obstetria: G ☐ P ☐ A / IG: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
Contrações: ☐ não / se, **sim:** ☐ fraca ☐ moderada ☐ forte n° ☐ min. Bolsa rota ☐ não
Toque: ☐ cm/dilatação. ☐ Abortamento ☐ Hemorragia ☐ giral ☐ Outros
RN ☐ Vivo ☐ Morto ☐ Dequi placenta **Apgar 1°**



Achados do Exame Físico
Cabeça *normal*
Pescoço *normal*
Tórax *normal*
Abdome *normal*
Pelve *normal*
Extremidades *normal*

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

☐ Guedel N°	☐ Másc. O2	☐ L/min.	☐ Monitoriz. cardíaca	☒ Oxímetro	☐ Retirada rápida	☐ KED
☐ Aspiração	☐ Catéter O2	☐ L/min.	☐ Desfibrilação	☐ Cardioversão	☐ Aquecimento	☐ Controle de hemorragia
☐ IOT n°	☐ Ventilação c/Ambú		☐ Marcapasso	☐ Curativo	☒ Acesso Venoso	
☐ V.M - Modalidade:			☒ Colar Cervical	☒ Prancha Rígida	☐ Outros:	
☐ Compressão Torácica	☐ DEA		☐ Imobilização: ☐ MMSS / ☐ MMII			

Prescrição Médica:

Relatório de Enfermagem/ Médico
Relatório de enfermagem de uma paciente com HSE e HIE, com alteração de nível de consciência, sendo encaminhada para o Hospital de Referência. A paciente chegou ao Hospital de Referência com HSE e HIE, com alteração de nível de consciência, sendo encaminhada para o Hospital de Referência. A paciente chegou ao Hospital de Referência com HSE e HIE, com alteração de nível de consciência, sendo encaminhada para o Hospital de Referência.
Assinatura: *[Assinatura]*
C.R.N. 153.019

Durante o Transporte:

Recusa de atendimento .Eu, abaixo assinado, devidamente orientado e ciente dos riscos, recuso atendimento e assumo total responsabilidade pelo ato, isentando o serviço SAMU de qualquer problema decorrente deste ato.

Nome _____ Doc _____ Assinatura _____
Testemunha _____ Doc _____ Assinatura _____

Encaminhado:

☐ Recebido por: _____ Nome/carimbo do Médico ou Enº. Resp. _____
☐ Removido por outros Quem? _____ Para _____
☐ Não removido: Méd. Regulador Resp.: _____ ☐ Orientação no local. Méd. Regulador Resp.: _____

Óbito no local: PCR associado a ☐ Rigidez cadavérica ☐ Livor mortis ☐ Decaptação ☐ Carbonização ☐ Hemi corpo
Méd. Regulador Resp.: _____ **Fornecido Constatação / Declaração de Óbito:** ☐ sim ☐ não

Hipótese(s) Diagnóstica(s): _____ **CID:** _____
PERTENCES DO PACIENTE _____ **NOME:** _____
_____ **DOC.:** _____
_____ **ASSINATURA DO RESPONSÁVEL** _____

Avaliação da Ocorrência (entre a equipe) ☐ Regular ☐ Bom ☐ Ótimo

Equipe de atendimento
Téc. Enfermagem: *Andréa* Enfermeiro: _____ Médico: _____
Conductor: *Marcelo* COREN: _____ COREN: _____ CRM: _____

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 16/12/18

HORA: 22:25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

119

Nome: SEVERINA MARIN DE SOUZA SANTOS

Cartão SUS:

Sexo: F

Data Nasc: 04/06/48

Idade: 70

Nome da mãe: SEVERINA MARIN DA CONCEICAO

Logradouro:

RUA CAROL DO CARVALHO

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade:

ZONA RURAL

Município:

Timbaúba

UF:

PE

Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:

2- ANAMNESE:

Paciente vítima de atropelamento há cerca de 1h. Apresenta quadro de desorientação após o episódio.

3- SSVV: T

EC 70

PA: 130x80

F.R:

Glasgow: 14

✓ confusa.

SatO2 97%

HGT

66kg, consciente, desorientada, eupneica, normocrânica, hidratada, trocaxões em fúe, hematoma em região frontal. Sem sinais aparentes de fratura.

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: TCE.

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Saída: Data/Hora ____/____/____ às ____:____h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Hosp da Restauração - Nauseumy
SS78416.

SFO, 97.100ml + letopafeno - 1amp. EV c/a.

Ringer Lactato 500ml, EV c/a.

CID:

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Dr. Camila Marques
CRM 20031

S. 565837

FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE () AMARELO (✓) VERMELHO ()

NOME: Socorro Maria da Silva IDADE: 57DATA: 16/12/18 HORA: 22:30 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 130x8 T: 36 FC: 70 SAE: 0 PESO: 60 HGT: 131HAS () DM () ALERGIA MED () Não

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou > 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Inesponsividade ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
- 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 10 ()
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
- Melena () Hematêmese () Enterorragia () Distúrbio ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp da Restauração - Neurocirurgia

Paciente: Severina Maria de Souza Costa

Idade: 20 anos Paciente vit, com Senha: 5578916

Anamnese: com quadro de desorientação

ECG: 14

Exame Físico: PA=130x80, FC=70, SO₂=98% (com oximétrico)

Hipótese Diagnosticada TCE.

Medicamentos/Procedimentos Realizados: isotopofeno

Equipe de Transferência: SAMU Imeaculo

Data: 22/06/2010

Médico: Dra. Camilla Marques

CRM - PE 24631

Data: 16/12/13



SAMU 192 - Cissul
Ficha de Atendimento Sistematizado
USA / USB



BASE / VTR: 03

Classificação de Risco: ☐ Verde ☐ Amarelo ☒ Vermelho ☐ Cinza

DATA: 16/02/18

Nº OCORRÊNCIA: 56584

MÉDICO REGULADOR:

A.R. Da Bonilha
F. David

Motivo da solicitação

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Obstétrico ☐ Psiquiátrico ☐ Pediátrico ☐ Transporte inter-hospitalar ☒ Outros

Local da ocorrência ☐ Via pública ☐ Espaço público ☐ Residência ☒ Rodovia ☐ Outros

Endereço: Ba. 408, cont. Figueiredo na int. da Vila Nova Lida SIV.

Bairro: Ba. 408 Município: Jumbaula

Situação do local ☒ Cena segura ☐ Cena insegura ☐ Produto perigoso ☐ Dificil acesso ☐ Animais oferecem risco ☐ Rua sem identificação ☐ Incêndio ☐ Aglomeração ☐ Terceiros oferecem risco ☐ Óleo na via

Situação vítima ☐ Evasão ☐ Não localizada ☐ Vítima agressiva ☐ Presa às ferragens ☐ Outros:

Intercorrências ☐ QTA no local ☐ QTA no trajeto ☐ Chamado falso ☐ Múltiplas vítimas. Nº de vítimas:

Outros serviços no local ☐ Não ☒ Sim Quais? P.H. ☐ Outros:

Solicitação de apoio ☒ Não ☐ USA ☐ USB ☐ 190 ☐ 193

Dados da vítima

Nome: Sebastião Rogério de Souza Santos

Documento: 0410611948 Idade: 40 Sexo: ☐ M ☒ F

Endereço: Ba. 408, cont. Figueiredo na int. da Vila Nova Lida

Bairro: Ba. 408 Cidade: Jumbaula Telefone:

Acompanhante: Documento: Telefone:

Grau de aproximação: Inicial Atual

PA: 130 x 40 DEXTRO: 134

FC: 88 Sat. 02% 95

FR: T°C:

Alergias ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Outra. Qual?

Medicamentos em uso ☐ Nega ☐ Não informado ☒ S/ condições de informar ☐ Sim. Qual?

Antecedentes Pessoais ☐ HAS ☐ Cardiopata ☐ IAM anterior ☐ AVE anterior ☐ Convulsões ☐ Diabetes ☐ Cirúrgico ☐ Asma/bronquite/DPOC

☐ Nega tratamento anterior ou atual ☒ Sem condições de informar ☐ Outros. Quais?

ESCALA DE GLASGOW ADULTO

ESCALA DE GLASGOW 0 A 2 ANOS

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
4 - espontânea	5 - orientado	6 - obedece a comandos	4 - espontânea	5 - orientado/arrulha	6 - obedece a comando verbal/movimento espontâneo
3 - a voz	4 - confuso	5 - localiza a dor	3 - a voz	4 - confuso/inquieto, irritado e choroso	5 - localiza a dor/retira o membro ao toque
2 - a dor	3 - palavras inapropriadas	4 - retira a dor	2 - a dor	3 - palavras inapropriadas/clara em resposta a dor	4 - retira o membro a dor
1 - ausente	2 - sons/gemidos	3 - flexão normal	1 - sem resposta	2 - sons inespecíficos/geme em resposta a dor	3 - decorticação
	1 - ausente	2 - extensão anormal		1 - sem resposta	2 - descerebração
		1 - ausente			1 - sem resposta

TOTAL: Queda de _____ m ☐ Encravamento ☐ Queda própria altura

Mecanismo do trauma: ☐ Não se aplica ☐ Queda de _____ m ☐ FAP ☐ Queimadura ☐ Agressão

1. Responsivo ☒ Sim ☐ Não ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Pulso se presente ☒ Regular ☐ Cheio ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Ausente PC

Localização da vítima: ☐ Sem ferragens ☐ Às ferragens ☐ Fora do veículo

Veículo da vítima: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Van ☐ Bicicleta ☐ Sem informação ☐ Outro

Outro envolvimento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Caminhão ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Pedestre ☐ Muro/Poste/A ☐ Sem informação

Equipamento de segurança: ☐ Não-usava ☐ Sem informação

Posição encontrada: ☐ Sim () ☐ Não ()

Posição da vítima no veículo: ☐ Sem informação ☐ Condutor do veículo ☐ Acompanhante dianteiro ☐ Acompanhante traseiro ☐ Condutor ou garupa de moto

As Aéreas
☐ Livre ☐ Obstrução parcial
☐ Obstrução Total
☐ Edema de Glote
☐ Corpo estranho
☐ Secreção

3. Respiração
☒ Espontânea
☐ Eupnéico
☐ Apnéia
☐ Dispneia
☐ IOT

Ausculta Pulmonar
☐ Normal ☐ Estertores D/E
☐ Roncos/Sibilos D/E
☐ MV diminuídos D/E
☐ MV ausente D/E
☒ Não realizado

☐ Hálito Etilico ☐ Hemoptise
☐ Enfisema Subcutâneo
☐ Crepitação
☐ Sangramento
☐ Outro

5. Pele
☐ Corada ☐ Descorada ☐ Quente ☒ Fria
☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Úmida ☐ Seca
Perfusão ☒ Normal ☐ Retardada ☐ Cianótica

6. Ausculta Cardíaca
☐ Normal ☐ Hipofonese ☐ Arritmia
☐ Sopros ☒ Não realizado

7. Exame Neurológico ☐ Normal / ☐ Agitação / ☐ Convulsão / ☐ Escalofrío / ☐ Obrutificação **Afasia:** ☐ sim ☐ não
Otorragia: ☐ D ☐ E / **Olhos de Guaxinim:** ☐ D ☐ E / **Battle:** ☐ D ☐ E / **Deficit motor:** MSD ☐ MID ☐ MSE ☐ MIE ☐
Rigidez de nuca: ☐ sim ☐ não / **Pupilas:** ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Míticas ☐ Midriáticas ☐ Reagente ☐ Não reagente
Gineco/obstetrícia: G ☐ P ☐ A / IG: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100 ☐ 101 ☐ 102 ☐ 103 ☐ 104 ☐ 105 ☐ 106 ☐ 107 ☐ 108 ☐ 109 ☐ 110 ☐ 111 ☐ 112 ☐ 113 ☐ 114 ☐ 115 ☐ 116 ☐ 117 ☐ 118 ☐ 119 ☐ 120 ☐ 121 ☐ 122 ☐ 123 ☐ 124 ☐ 125 ☐ 126 ☐ 127 ☐ 128 ☐ 129 ☐ 130 ☐ 131 ☐ 132 ☐ 133 ☐ 134 ☐ 135 ☐ 136 ☐ 137 ☐ 138 ☐ 139 ☐ 140 ☐ 141 ☐ 142 ☐ 143 ☐ 144 ☐ 145 ☐ 146 ☐ 147 ☐ 148 ☐ 149 ☐ 150 ☐ 151 ☐ 152 ☐ 153 ☐ 154 ☐ 155 ☐ 156 ☐ 157 ☐ 158 ☐ 159 ☐ 160 ☐ 161 ☐ 162 ☐ 163 ☐ 164 ☐ 165 ☐ 166 ☐ 167 ☐ 168 ☐ 169 ☐ 170 ☐ 171 ☐ 172 ☐ 173 ☐ 174 ☐ 175 ☐ 176 ☐ 177 ☐ 178 ☐ 179 ☐ 180 ☐ 181 ☐ 182 ☐ 183 ☐ 184 ☐ 185 ☐ 186 ☐ 187 ☐ 188 ☐ 189 ☐ 190 ☐ 191 ☐ 192 ☐ 193 ☐ 194 ☐ 195 ☐ 196 ☐ 197 ☐ 198 ☐ 199 ☐ 200 ☐ 201 ☐ 202 ☐ 203 ☐ 204 ☐ 205 ☐ 206 ☐ 207 ☐ 208 ☐ 209 ☐ 210 ☐ 211 ☐ 212 ☐ 213 ☐ 214 ☐ 215 ☐ 216 ☐ 217 ☐ 218 ☐ 219 ☐ 220 ☐ 221 ☐ 222 ☐ 223 ☐ 224 ☐ 225 ☐ 226 ☐ 227 ☐ 228 ☐ 229 ☐ 230 ☐ 231 ☐ 232 ☐ 233 ☐ 234 ☐ 235 ☐ 236 ☐ 237 ☐ 238 ☐ 239 ☐ 240 ☐ 241 ☐ 242 ☐ 243 ☐ 244 ☐ 245 ☐ 246 ☐ 247 ☐ 248 ☐ 249 ☐ 250 ☐ 251 ☐ 252 ☐ 253 ☐ 254 ☐ 255 ☐ 256 ☐ 257 ☐ 258 ☐ 259 ☐ 260 ☐ 261 ☐ 262 ☐ 263 ☐ 264 ☐ 265 ☐ 266 ☐ 267 ☐ 268 ☐ 269 ☐ 270 ☐ 271 ☐ 272 ☐ 273 ☐ 274 ☐ 275 ☐ 276 ☐ 277 ☐ 278 ☐ 279 ☐ 280 ☐ 281 ☐ 282 ☐ 283 ☐ 284 ☐ 285 ☐ 286 ☐ 287 ☐ 288 ☐ 289 ☐ 290 ☐ 291 ☐ 292 ☐ 293 ☐ 294 ☐ 295 ☐ 296 ☐ 297 ☐ 298 ☐ 299 ☐ 300 ☐ 301 ☐ 302 ☐ 303 ☐ 304 ☐ 305 ☐ 306 ☐ 307 ☐ 308 ☐ 309 ☐ 310 ☐ 311 ☐ 312 ☐ 313 ☐ 314 ☐ 315 ☐ 316 ☐ 317 ☐ 318 ☐ 319 ☐ 320 ☐ 321 ☐ 322 ☐ 323 ☐ 324 ☐ 325 ☐ 326 ☐ 327 ☐ 328 ☐ 329 ☐ 330 ☐ 331 ☐ 332 ☐ 333 ☐ 334 ☐ 335 ☐ 336 ☐ 337 ☐ 338 ☐ 339 ☐ 340 ☐ 341 ☐ 342 ☐ 343 ☐ 344 ☐ 345 ☐ 346 ☐ 347 ☐ 348 ☐ 349 ☐ 350 ☐ 351 ☐ 352 ☐ 353 ☐ 354 ☐ 355 ☐ 356 ☐ 357 ☐ 358 ☐ 359 ☐ 360 ☐ 361 ☐ 362 ☐ 363 ☐ 364 ☐ 365 ☐ 366 ☐ 367 ☐ 368 ☐ 369 ☐ 370 ☐ 371 ☐ 372 ☐ 373 ☐ 374 ☐ 375 ☐ 376 ☐ 377 ☐ 378 ☐ 379 ☐ 380 ☐ 381 ☐ 382 ☐ 383 ☐ 384 ☐ 385 ☐ 386 ☐ 387 ☐ 388 ☐ 389 ☐ 390 ☐ 391 ☐ 392 ☐ 393 ☐ 394 ☐ 395 ☐ 396 ☐ 397 ☐ 398 ☐ 399 ☐ 400 ☐ 401 ☐ 402 ☐ 403 ☐ 404 ☐ 405 ☐ 406 ☐ 407 ☐ 408 ☐ 409 ☐ 410 ☐ 411 ☐ 412 ☐ 413 ☐ 414 ☐ 415 ☐ 416 ☐ 417 ☐ 418 ☐ 419 ☐ 420 ☐ 421 ☐ 422 ☐ 423 ☐ 424 ☐ 425 ☐ 426 ☐ 427 ☐ 428 ☐ 429 ☐ 430 ☐ 431 ☐ 432 ☐ 433 ☐ 434 ☐ 435 ☐ 436 ☐ 437 ☐ 438 ☐ 439 ☐ 440 ☐ 441 ☐ 442 ☐ 443 ☐ 444 ☐ 445 ☐ 446 ☐ 447 ☐ 448 ☐ 449 ☐ 450 ☐ 451 ☐ 452 ☐ 453 ☐ 454 ☐ 455 ☐ 456 ☐ 457 ☐ 458 ☐ 459 ☐ 460 ☐ 461 ☐ 462 ☐ 463 ☐ 464 ☐ 465 ☐ 466 ☐ 467 ☐ 468 ☐ 469 ☐ 470 ☐ 471 ☐ 472 ☐ 473 ☐ 474 ☐ 475 ☐ 476 ☐ 477 ☐ 478 ☐ 479 ☐ 480 ☐ 481 ☐ 482 ☐ 483 ☐ 484 ☐ 485 ☐ 486 ☐ 487 ☐ 488 ☐ 489 ☐ 490 ☐ 491 ☐ 492 ☐ 493 ☐ 494 ☐ 495 ☐ 496 ☐ 497 ☐ 498 ☐ 499 ☐ 500 ☐ 501 ☐ 502 ☐ 503 ☐ 504 ☐ 505 ☐ 506 ☐ 507 ☐ 508 ☐ 509 ☐ 510 ☐ 511 ☐ 512 ☐ 513 ☐ 514 ☐ 515 ☐ 516 ☐ 517 ☐ 518 ☐ 519 ☐ 520 ☐ 521 ☐ 522 ☐ 523 ☐ 524 ☐ 525 ☐ 526 ☐ 527 ☐ 528 ☐ 529 ☐ 530 ☐ 531 ☐ 532 ☐ 533 ☐ 534 ☐ 535 ☐ 536 ☐ 537 ☐ 538 ☐ 539 ☐ 540 ☐ 541 ☐ 542 ☐ 543 ☐ 544 ☐ 545 ☐ 546 ☐ 547 ☐ 548 ☐ 549 ☐ 550 ☐ 551 ☐ 552 ☐ 553 ☐ 554 ☐ 555 ☐ 556 ☐ 557 ☐ 558 ☐ 559 ☐ 560 ☐ 561 ☐ 562 ☐ 563 ☐ 564 ☐ 565 ☐ 566 ☐ 567 ☐ 568 ☐ 569 ☐ 570 ☐ 571 ☐ 572 ☐ 573 ☐ 574 ☐ 575 ☐ 576 ☐ 577 ☐ 578 ☐ 579 ☐ 580 ☐ 581 ☐ 582 ☐ 583 ☐ 584 ☐ 585 ☐ 586 ☐ 587 ☐ 588 ☐ 589 ☐ 590 ☐ 591 ☐ 592 ☐ 593 ☐ 594 ☐ 595 ☐ 596 ☐ 597 ☐ 598 ☐ 599 ☐ 600 ☐ 601 ☐ 602 ☐ 603 ☐ 604 ☐ 605 ☐ 606 ☐ 607 ☐ 608 ☐ 609 ☐ 610 ☐ 611 ☐ 612 ☐ 613 ☐ 614 ☐ 615 ☐ 616 ☐ 617 ☐ 618 ☐ 619 ☐ 620 ☐ 621 ☐ 622 ☐ 623 ☐ 624 ☐ 625 ☐ 626 ☐ 627 ☐ 628 ☐ 629 ☐ 630 ☐ 631 ☐ 632 ☐ 633 ☐ 634 ☐ 635 ☐ 636 ☐ 637 ☐ 638 ☐ 639 ☐ 640 ☐ 641 ☐ 642 ☐ 643 ☐ 644 ☐ 645 ☐ 646 ☐ 647 ☐ 648 ☐ 649 ☐ 650 ☐ 651 ☐ 652 ☐ 653 ☐ 654 ☐ 655 ☐ 656 ☐ 657 ☐ 658 ☐ 659 ☐ 660 ☐ 661 ☐ 662 ☐ 663 ☐ 664 ☐ 665 ☐ 666 ☐ 667 ☐ 668 ☐ 669 ☐ 670 ☐ 671 ☐ 672 ☐ 673 ☐ 674 ☐ 675 ☐ 676 ☐ 677 ☐ 678 ☐ 679 ☐ 680 ☐ 681 ☐ 682 ☐ 683 ☐ 684 ☐ 685 ☐ 686 ☐ 687 ☐ 688 ☐ 689 ☐ 690 ☐ 691 ☐ 692 ☐ 693 ☐ 694 ☐ 695 ☐ 696 ☐ 697 ☐ 698 ☐ 699 ☐ 700 ☐ 701 ☐ 702 ☐ 703 ☐ 704 ☐ 705 ☐ 706 ☐ 707 ☐ 708 ☐ 709 ☐ 710 ☐ 711 ☐ 712 ☐ 713 ☐ 714 ☐ 715 ☐ 716 ☐ 717 ☐ 718 ☐ 719 ☐ 720 ☐ 721 ☐ 722 ☐ 723 ☐ 724 ☐ 725 ☐ 726 ☐ 727 ☐ 728 ☐ 729 ☐ 730 ☐ 731 ☐ 732 ☐ 733 ☐ 734 ☐ 735 ☐ 736 ☐ 737 ☐ 738 ☐ 739 ☐ 740 ☐ 741 ☐ 742 ☐ 743 ☐ 744 ☐ 745 ☐ 746 ☐ 747 ☐ 748 ☐ 749 ☐ 750 ☐ 751 ☐ 752 ☐ 753 ☐ 754 ☐ 755 ☐ 756 ☐ 757 ☐ 758 ☐ 759 ☐ 760 ☐ 761 ☐ 762 ☐ 763 ☐ 764 ☐ 765 ☐ 766 ☐ 767 ☐ 768 ☐ 769 ☐ 770 ☐ 771 ☐ 772 ☐ 773 ☐ 774 ☐ 775 ☐ 776 ☐ 777 ☐ 778 ☐ 779 ☐ 780 ☐ 781 ☐ 782 ☐ 783 ☐ 784 ☐ 785 ☐ 786 ☐ 787 ☐ 788 ☐ 789 ☐ 790 ☐ 791 ☐ 792 ☐ 793 ☐ 794 ☐ 795 ☐ 796 ☐ 797 ☐ 798 ☐ 799 ☐ 800 ☐ 801 ☐ 802 ☐ 803 ☐ 804 ☐ 805 ☐ 806 ☐ 807 ☐ 808 ☐ 809 ☐ 810 ☐ 811 ☐ 812 ☐ 813 ☐ 814 ☐ 815 ☐ 816 ☐ 817 ☐ 818 ☐ 819 ☐ 820 ☐ 821 ☐ 822 ☐ 823 ☐ 824 ☐ 825 ☐ 826 ☐ 827 ☐ 828 ☐ 829 ☐ 830 ☐ 831 ☐ 832 ☐ 833 ☐ 834 ☐ 835 ☐ 836 ☐ 837 ☐ 838 ☐ 839 ☐ 840 ☐ 841 ☐ 842 ☐ 843 ☐ 844 ☐ 845 ☐ 846 ☐ 847 ☐ 848 ☐ 849 ☐ 850 ☐ 851 ☐ 852 ☐ 853 ☐ 854 ☐ 855 ☐ 856 ☐ 857 ☐ 858 ☐ 859 ☐ 860 ☐ 861 ☐ 862 ☐ 863 ☐ 864 ☐ 865 ☐ 866 ☐ 867 ☐ 868 ☐ 869 ☐ 870 ☐ 871 ☐ 872 ☐ 873 ☐ 874 ☐ 875 ☐ 876 ☐ 877 ☐ 878 ☐ 879 ☐ 880 ☐ 881 ☐ 882 ☐ 883 ☐ 884 ☐ 885 ☐ 886 ☐ 887 ☐ 888 ☐ 889 ☐ 890 ☐ 891 ☐ 892 ☐ 893 ☐ 894 ☐ 895 ☐ 896 ☐ 897 ☐ 898 ☐ 899 ☐ 900 ☐ 901 ☐ 902 ☐ 903 ☐ 904 ☐ 905 ☐ 906 ☐ 907 ☐ 908 ☐ 909 ☐ 910 ☐ 911 ☐ 912 ☐ 913 ☐ 914 ☐ 915 ☐ 916 ☐ 917 ☐ 918 ☐ 919 ☐ 920 ☐ 921 ☐ 922 ☐ 923 ☐ 924 ☐ 925 ☐ 926 ☐ 927 ☐ 928 ☐ 929 ☐ 930 ☐ 931 ☐ 932 ☐ 933 ☐ 934 ☐ 935 ☐ 936 ☐ 937 ☐ 938 ☐ 939 ☐ 940 ☐ 941 ☐ 942 ☐ 943 ☐ 944 ☐ 945 ☐ 946 ☐ 947 ☐ 948 ☐ 949 ☐ 950 ☐ 951 ☐ 952 ☐ 953 ☐ 954 ☐ 955 ☐ 956 ☐ 957 ☐ 958 ☐ 959 ☐ 960 ☐ 961 ☐ 962 ☐ 963 ☐ 964 ☐ 965 ☐ 966 ☐ 967 ☐ 968 ☐ 969 ☐ 970 ☐ 971 ☐ 972 ☐ 973 ☐ 974 ☐ 975 ☐ 976 ☐ 977 ☐ 978 ☐ 979 ☐ 980 ☐ 981 ☐ 982 ☐ 983 ☐ 984 ☐ 985 ☐ 986 ☐ 987 ☐ 988 ☐ 989 ☐ 990 ☐ 991 ☐ 992 ☐ 993 ☐ 994 ☐ 995 ☐ 996 ☐ 997 ☐ 998 ☐ 999 ☐ 1000 ☐ 1001 ☐ 1002 ☐ 1003 ☐ 1004 ☐ 1005 ☐ 1006 ☐ 1007 ☐ 1008 ☐ 1009 ☐ 1010 ☐ 1011 ☐ 1012 ☐ 1013 ☐ 1014 ☐ 1015 ☐ 1016 ☐ 1017 ☐ 1018 ☐ 1019 ☐ 1020 ☐ 1021 ☐ 1022 ☐ 1023 ☐ 1024 ☐ 1025 ☐ 1026 ☐ 1027 ☐ 1028 ☐ 1029 ☐ 1030 ☐ 1031 ☐ 1032 ☐ 1033 ☐ 1034 ☐ 1035 ☐ 1036 ☐ 1037 ☐ 1038 ☐ 1039 ☐ 1040 ☐ 1041 ☐ 1042 ☐ 1043 ☐ 1044 ☐ 1045 ☐ 1046 ☐ 1047 ☐ 1048 ☐ 1049 ☐ 1050 ☐ 1051 ☐ 1052 ☐ 1053 ☐ 1054 ☐ 1055 ☐ 1056 ☐ 1057 ☐ 1058 ☐ 1059 ☐ 1060 ☐ 1061 ☐ 1062 ☐ 1063 ☐ 1064 ☐ 1065 ☐ 1066 ☐ 1067 ☐ 1068 ☐ 1069 ☐ 1070 ☐ 1071 ☐ 1072 ☐ 1073 ☐ 1074 ☐ 1075 ☐ 1076 ☐ 1077 ☐ 1078 ☐ 1079 ☐ 1080 ☐ 1081 ☐ 1082 ☐ 1083 ☐ 1084 ☐ 1085 ☐ 1086 ☐ 1087 ☐ 1088 ☐ 1089 ☐ 1090 ☐ 1091 ☐ 1092 ☐ 1093 ☐ 1094 ☐ 1095 ☐ 1096 ☐ 1097 ☐ 1098 ☐ 1099 ☐ 1100 ☐ 1101 ☐ 1102 ☐ 1103 ☐ 1104 ☐ 1105 ☐ 1106 ☐ 1107 ☐ 1108 ☐ 1109 ☐ 1110 ☐ 1111 ☐ 1112 ☐ 1113 ☐ 1114 ☐ 1115 ☐ 1116 ☐ 1117 ☐ 1118 ☐ 1119 ☐ 1120 ☐ 1121 ☐ 1122 ☐ 1123 ☐ 1124 ☐ 1125 ☐ 1126 ☐ 1127 ☐ 1128 ☐ 1129 ☐ 1130 ☐ 1131 ☐ 1132 ☐ 1133 ☐ 1134 ☐ 1135 ☐ 1136 ☐ 1137 ☐ 1138

FICHA DE ATENDIMENTO E URGÊNCIA

DATA: 16/12/18

HORA: 22:25

1- DADOS DO PACIENTE/USUÁRIO/ Nº DO REGISTRO

Nº PRONTUÁRIO

119

Nome: SEVERINA MARIN DE SOUZA SANTOS

Cartão SUS:

Sexo: F

Data Nasc: 04/06/48

Idade: 70

Nome da mãe: SEVERINA MARIN DA CONCEICAO

Logradouro:

RUA CAROL DO CABOCEIRO

Nº

Complemento:

Bairro/Localidade:

ZONA RURAL

Município:

Timbaúba

UF:

PE

Telefone: ()

Rubrica do Colaborador:



2- ANAMNESE:

h. Paciente vítima de atropelamento há cerca de 1h. Apresenta quadro de desidratação após o episódio.

3- SSVV: T

EC 70

PA: 130x80

F.R:

Glasgow: 14

✓ confusa.

SatO2 97%

HGT

66kg, consciente, desidratada, eupneica, normotensa, hidratada, trocaxões em fúe, hematoma em região frontal. Sem sinais aparentes de fratura.

4- EXAMES COMPLEMENTARES: () Laboratório () Radiológico () ECG () Outros

Hipótese Diagnóstica: TCE.

CID:

Conduta: () Medicação () Observação () Alta Hospitalar

Médico: (Assinatura e Carimbo)

Saída: Data/Hora ____/____/____ às ____:____h. Alta referido para USB ()

() Óbito () Outra Unidade de Urgência () Especialidade

5- PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Hosp da Restauração - Nauseumy
SS78416.

SFO, 97. 100 ml + letopafeno - 1amp. EV c/a.

Ringer Lactato 500ml, EV c/a.

Dr. Camila Marques
Médica
CRM: 20031

S. 565837

FICHA DE EMERGÊNCIA E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AZUL () VERDE () AMARELO (✓) VERMELHO ()

NOME: Socorro Maria da Silva IDADE: 57DATA: 16/12/18 HORA: 22:30 MUNICÍPIO: TimbaúbaPA: 130x8 T: 36 FC: 70 SAE: 0 PESO: 60 HGT: 131HAS () DM () ALERGIA MED () Não

I- Sinais de emergência: ATENDIMENTO IMEDIATO - CLASSIFICAÇÃO VERMELHA

- 1- Apneia () Cianose () Estridor () FC < 50 ou > 140 () FR > 32 vpm () FR < 10 ()
- 2- Extremidades frias () Enchimento capilar lentificado () Pulso fraco () Pulso ausente ()
- 3- Sudorese () PAS < 80 mmHg () PAD > 130 mmHg ()
- 4- Inesponsividade ou só resposta a dor () Intoxicação exógena () Sangramento intenso ()
- 5- Queimaduras em mais de 25% da SC ou acometimento das vias aéreas ()
- 6- Lesão grave () Convulsionando no momento () Letargia ()

II- Sinais de urgência - atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE no consultório ou leito da sala de observação- CLASSIFICAÇÃO AMARELA

- 1- Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ()
- 2- FC < 50 ou > 140 () PAS < 90 ou > 240 () PAD > 130 sem sintomas ()
- 3- Febre > 39 ° () Febre com imunodepressão () Turgor pastoso ()
- 4- História de convulsão nas últimas 24h () Mucosas ressecadas ()
- 5- Impossibilidade de deambulação aguda ()
- 6- Queimadura de 2° e 3°, áreas não críticas SCQ < 10 ()
- 7- Vítima de abuso sexual ocorrido até 72 horas ()
- 8- Fratura Anguladas e luxações com comp. Neuro - Vascular ou Dor Intensa ()
- 9- Dor abdominal intensa () Dor torácica intensa ()
- 10- História de até 72h de:
- Melena () Hematêmese () Enterorragia () Distúrbio ()
- 11- Acidente perfuro cortante com material biológico ()

BOLETIM DE TRANSFERÊNCIA

Destino: Hosp da Restauração - Neurocirurgia
Paciente: Severina Maria de Souza Costa
Idade: 20 anos Paciente vit, com Senha: de atropamento,
Anamnese: com quadro de desorientação
ECG: 14
Exame Físico: PA=130x80, FC=70, SO₂=98% (com oximétrico)

Hipótese Diagnosticada

Medicamentos/Procedimentos Realizados:

Equipe de Transferência:

Médico

Data:

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Severino Mario de Souza Santos

RG nº 6961566, data de expedição 29/09/07, Órgão SOS-PE

CPF nº 061.377.21485, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>Verdum de cima</u>
Apto / Complemento	<u>900</u>
Bairro	<u>Casa</u>
Cidade	<u>Zona Rural</u>
Estado	<u>Ferreiros</u>
CEP	<u>PE</u>
Telefone de Contato	<u>55880.000</u>
E-mail	<u>(81) 99540-1444</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Ferreiros 21-03-2019

Assinatura do Declarante: Severino M: de Souza Santos



Consulta de Contratos

Protocolo: 1381275431

Cliente: LUIZ QUINTINO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 26551942415
Data: 27/02/2019 - 09:16
Quantidade de Contratos: 1
Quantidade de Faturas: 3
Valor total do Saldo: R\$ 53,24

Este documento não comprova o pagamento dos débitos

Resumo

Conta Contrato	Endereço da Instalação	Qtde. Faturas	Valor Total em aberto	Saldo Total em aberto
001296230010	RUA VERDUM DE CIMA, 900 - ZONA RURAL FERREIROS - FERREIROS - 55880-000	3	R\$ 53,24	R\$ 53,24