

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Shiel Jose de Menezes
Brasileiro solteiro
Desempregado, portador(a) do RG nº 5644184 SP/PE,
inscrito(a) no CPF sob o nº 028.666.544-79 residente e
domiciliado(a) à Rua Rua Euclides Rodrigues Naciel
35 Coab Sirimbolândia-PE CEP:
55580-000

OUTORGADO: **RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI**, brasileiro, solteiro,
advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do
Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01
- Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das
cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo
Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inquéritos, ações ou
recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir,
impugnar, comprometer; transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE
perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for
necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do
OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e,
especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum e/ou pedido
administrativo de indenização DPVAT.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o
OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS,
honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de
todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da
condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada
sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços
profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido
percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 24 de Março de 2020.

testemunha: Adelmo JOSE DOS SANTOS - CPF: 052.309.704-21
testemunha: Edson Biapo da Silva - CPF: 065.463.494-77

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3204.4039 / (81) 99543-4554

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Brasileiro Maíel José de Araújo
portador(a) do RG nº 56411784 CPF PE inscrito(a)
no CPF sob o nº 028.666.521-79 residente e domiciliado(a) à
Rua Rua Euclides Rodrigues Maíel
nº 35 Coatim Sirinhaém -PE,
CEP: 55580-000, declara, para fins de prova junto à Assistência
Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
responsabilidade.

Recife, 24 de Março de 2020.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 073ª CIRCUNSCRIÇÃO - SIRINHAÉM - DP73ªCIRC
DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0163000736**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2017** às **15:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **3/12/2017** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, PE-61 - ESTRADA DE AVER O MAR - SIRINHAÉM
-PE - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE PHIERRY DA SILVA (AUTOR \ AGENTE)
ALIEL JOAÉ DE ARAUJO (VITIMA)
CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE PHIERRY DA SILVA

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

ALIEL JOAÉ DE ARAUJO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO Pai: JOSE AMARO DE ARAUJO Data de Nascimento: 9/3/1980 Naturalidade: SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5641184/SDS/PE (RG), 02866652479 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 993251193

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, RUA ALIRIO RODRIGUES MACIEL - N-35 - COHAB - SIRINHAÉM -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL

CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUISA OLIVEIRA DOS SANTOS Pai: ISRAEL ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 18/2/1986 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 06724962404 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 991460839

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, RUA ALDENIS FERREIRA DE BRITO - COHAB - SIRINHAÉM -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE PHIERRY DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DEJANETE ANUNCIADA DA SILVA Pai: ISMAEL JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 11/10/1996 Naturalidade: SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7997679/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MECANICO Telefones Celulares: - 989110997

5/12/2017 15:



Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 01, RUA GASOAR DRUMONT- N- 286- CAVOCO - SIRINHAÉM -PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE PHIERRY DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE PHIERRY DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFE1552 (PERNAMBUCO/IPOJUCA) Renavam: 283644540 Chassi: 9C2KD0550BR532812

Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCO/GASOL

MOTO2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a): CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS

Categoria/Marca/Modelo: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFH1369 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 258238666 Chassi: 9C2KD0550BR500515

Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

INFORMA O SRS, CLEISSON E ALIEL, QUE NO DOMINGO DIA 03/12/2017 QUANDO VOLTAVA DA PRAIA DE AVER O MAR NA PE-61- PILOTANDO A MOTO PLACA PFH-1369, QUANDO UMA OUTRA MOTO PILOTADA PELA PESSOA DE PHIERRY DE PLACA - PFE-1552, ENCOSTOU NA MOTO DAS VITIMAS EMPURRANDO A MOTO PILOTADA POR CLEISSON COM OS PÉS ONDE O CLEISSON PERDEU O CONTROLE DA MOTO CAINDO E CAUSANDO ARRANHÕES NAS PERNAS DIREITA E ESQUERDA, NO PÉ ESQUERDO E DOIS BRAÇOS E NO ABDOMEN DE CLEISSON E EM ALIEL CAUSOU ESCORIAÇÕES NO JOELHO, COTOVELO ESQUERDO E MÃOS, APOS O ACIDENTE O CAUSADOR EVAUDIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO AS VITIMAS.FATO PRESENCIADO POR KELINGTON BENEDITO DAS NEVES , RESIDENTE NO ENGENHO BURAÉM, NESTA CIDADE.

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

ALIEL JOAÉ DE ARAUJO
(VITIMA)

* CLEISSON MONIEL OLIVEIRA DOS SANTOS
(VITIMA)

JOSE PHIERRY DA SILVA
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: MARIO JULIO DO REGO FILHO - Matrícula: 1345758

Mário Júlio
COMISSÁRIO DE POLÍCIA
MAT. 134.757-B

5/12/2017 15:51





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA GUTIERREZ DO CARMO - NUM. 57 - CENTRO SIRT
MARIN PE 55530-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 24017524 Jan/2020

LEONILDA ZACARIAS DE ARAUJO

R. EUCLIDES RODRIGUES MACIEL, N. 35 - COHAB Q A - COHAB SIRINHA

EM PE 55580-000

INSCRIÇÃO: 142.820.600-0000 151 GRUPO: 16 CEB AUTOMÁTICO: 024017524

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A13U037831	DATA LEIT. ANTERIOR 10/01/2020	DATA LEIT. ATUAL 10/02/2020	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL	

ÁGUA:

LEIT. ANT.: 888 CONSUMO: 9

LEIT. ATU.: 897

LEIT. FAT.: 897

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

		PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS	
12/2019	09					
11/2019	09	TURBIDEZ				
10/2019	10	COR APARENTE				
09/2019	30	CLORO RESIDUAL				
08/2019	11	KOLIF. TOTAIS				
07/2019	16	E. COLI				
MEDIA:	14					

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: C/COEFICIENTES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
C/DOIS PARAMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
C/DOIS PARAMETROS FOR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

9 M3

44,08

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	44,08	1,65	0,73
COPIS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 25/02/2020

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:

NOVO NÃO POSSUI DÉBITO DE 2019, EXCETO

EM CASO DE FALTA DE PAGAMENTO

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURIL

07R-62



POLEGAR DIREITO



ANALFABETO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MÓDIA DO BRASIL

Scanned with CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

5641184

DATA DE
EXPEDIÇÃO

27.05.1996

NOME

ALIEL JOSE DE ARAUJO

FILIAÇÃO

Jose Amaro de Araujo
Lindinalva Zacarias de Araujo

NATURALIDADE

Sirinhaém-PE

DATA DE NASCIMENTO

09.03.1980

DOC ORIGEM

C.N.5.816 L.36-A-5 F.298v 1º

Cart.de Sirinhaém-PE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

Scanned with CamScanner





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

ALIEL JOSE DE ARAUJO

Nº de Inscrição

028666524-79

Data do Nascimento

09/03/80



**Este documento é o comprovante de Inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS – CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo
nos casos previstos na Legislação vigente.**

Assinatura

ALIEL JOSE DE ARAUJO

**S
E
R
P
R
O**

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 17/08/96



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: ALIEL JOSÉ DE ARAÚJO

REGISTRO: 100239

IDADE: 37

DATA ADMISSÃO: 03/12/2017

DATA ALTA: 04/12/2017

1) Diagnósticos Definidos:

FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

DESBRIDAMENTO + SUTURA

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS
- 3) USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETIRAR PONTOS EM 2 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: ___/___/2017
Não ()

Encaixe no Ambulatorio de ortopedia em 2 semanas

Francisco Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 1224

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.





HHH 5311906 URGENTE
Semelhante a trauma
traumatologia Idade - 41 anos

Hospital &
Municipal

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente: Eliel José de Brito
Data de Nascimento: 11/11/78 Sexo ☐ Masculino ☒ Feminino
Nome da Mãe: Linda Maria de Jesus Soares de Brito
Endereço: Rua Helder Rodrigues COHAB
Cidade: Sirinhaém Telefone: _____

Unidade de Origem: Olimpio Machado de Lima Filho
Destino/Especialidade: Traumatologia de Urgência

História Diagnóstica (HD): Paciente de 41 anos com
lesões traumáticas no tórax e abdômen
com fratura de costela e lesão de
esôfago, mas sem deformação de
ganito dos pulmões

Resumo do Caso: 207 pontos com deformação de
ganito dos pulmões
HHH 5311906
Urgência, traumatologia
constatada
Fração de tórax e abdômen
+ pneumotórax e hemothorax

Exames Realizados (Data e Resultado): Exame físico
constatado
Fração de tórax e abdômen
+ pneumotórax e hemothorax

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE

Data: 03/12/18

Maria Wanderley
NEFRO - UTL - MI
CRM 3987
Médico Solicitante
Assinatura, Carimbo e CRM

AGENDAMENTO PARA:

Especialidade: _____
Data da Consulta: ____/____/____ Senha: _____ Horário: _____

CONTRA-REFERÊNCIA (Preenchimento EXCLUSIVO do HMMOMGL)

- ☐ Identificação Incompleta/Não Preenchida
- ☐ Sem Hipótese Diagnóstica
- ☐ Sem Identificação do Solicitante
- ☐ Sem Assinatura e/ou Carimbo do Médico
- ☐ Letra ilegível

- ☐ Ficha com encaminhamento de profissional não
- ☐ Outros: _____

Conduta: ☐ Retorno à unidade de origem ☐ Alta Médica ☐ Tratamento Interno

Médico Responsável: _____

Assinatura, Carimbo e CRM



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: ALIEL JOSÉ DE ARAÚJO

REGISTRO: 100239

IDADE: 37

DATA ADMISSÃO: 03/12/2017

DATA ALTA: 04/12/2017

5) Diagnósticos Definidos:

FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

DESBRIDAMENTO + SUTURA

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS
- 3) USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS
- 4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 5) RETIRAR PONTOS EM 2 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Não ()

Data da Consulta: __/__/2017

Encaixe no Ambulatorio de ortopedia em 2 semanas

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 25812

Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.



Atestado Médico

Paciente: **ALIEL JOSÉ DE ARAÚJO**

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 03/12/2017.

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

Cabo de Santo Agostinho, 4 de dezembro de 2017.

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia

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

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

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

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

Fisioterapia

Data do atendimento: ____/____/____

Paciente:

ALIEL JOSÉ DE ARAÚJO

Solicito Fisioterapia motora

Indicação clínica:

FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO

Nº vinte (20) sessões

Cabo de Santo Agostinho, 4 de dezembro de 2017

Francisco Ferreira
Ortopedia e Traumatologia



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____ Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Observações
04/12/17	<i>Outpatient</i> Pct evoluindo bem, estável e sem queixas PO: 2/4/20 ENV: preservado CD: ROK
04/12/17	Paciente em T: 99,0 de sutura de ferida em joelho E, em CGB, consciente (orientado pessoa, hidratado, eufórico, apetente, boa aceitação da dieta v.o, eliminação (+), medicado (PM, olados as orientações para cuidados em casa, melhora cta

Thais Oliveira
Enfermeira
CRM: 24.112



**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Renato Cesar Malheiros Cavalcanti Data: 23/05/20 Hora: 07:15 Registro: 100119
Convênio: PR Leito: 10 Pac: 10 Altura: 1,70

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Renato Anestesista: Dr. Renato
Auxiliar: Dr. Renato 2º Auxiliar: Dr. Renato Instrumentador: Dr. Renato

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Prostata extirpado Início: 07:30 Término: 08:30
Anestesia: Prostata extirpado Início: 07:30 Término: 08:30

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

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

5.1 - EQUIPAMENTOS:

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

5.1 - PROCEDIMENTOS:

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

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Prostata extirpado CIRURGIA: Prostata extirpado

6 - OBSERVAÇÕES:

SEM INTERFERÊNCIAS

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 23/05/20 Hora: 08:30 Enfermeira: Dr. Renato Circulante: Dr. Renato

CÓD. 38607

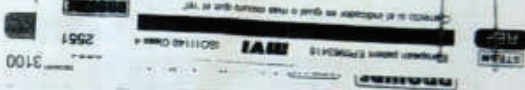
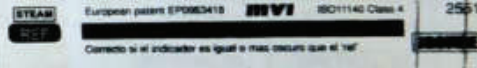
IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Dr. Renato Cesar Malheiros Cavalcanti Data: 02/12/17 Registro: 100239
Convênio: 100 Leito: 100 Hora: 12:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Renato Cesar Malheiros Cavalcanti 1º auxiliar: Dr. Lúcio
Anestesista: Dr. Lúcio Instrumentador: Dr. Lúcio
Circulante: Dr. Lúcio

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
	HDH-ONE-FFS 30.11.17 02 07.12.171242	
	HDH-ONE-FFG 29.11.17 01 06.12.171232	
	HDH-ONE-FFS 02.12.17 01 09.12.171248	
	HDH-ONE-TB 06.11.17 01 08.12.171105	
	HDH-ONE-FFS 02.12.17 01 09.12.171248	
	HDH-ONE-FFS 02.12.17 01 09.12.171248	
	HDH-ONE-FFS 02.12.17 01 09.12.171248	
	HDH-ONE-FFS 02.12.17 01 09.12.171248	



PACIENTE:		DATA:	
CIRURGIÃO:		RG:	
ANESTESISTA:		ANESTESIA:	
CIRURGIA:		COORDENAÇÃO DO BLOCO:	
ESTRUMENTADOR:		COREN:	
CIRCULANTE:		HORÁRIO INICIAL:	
ENFERMEIRA:		HORÁRIO FINAL:	

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

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

CÓD. 38407



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

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 100239

Nome: ALIEL JOSE DE ARAUJO

Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO

End.: COHAB

Enferm.: LEITO 1

Atendimento: 407909

Leito: 634

Dt. Cad: 3/12/2017

Dt. Nasc: 9/3/1980

Bairro: POVOADO DE SANTO AMARO

Cidade: SIRINHAEM

CNS: 706206564376563

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

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

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

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

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *OK*
- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?
- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *OK*

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☐ Sim *OK*
- ☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

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

Ruana Cereja
Enfermeira
COREN-PE 513837



 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE BLOCO CIRÚRGICO			
Nome: <u>Walter José de Oliveira</u>		Registro: <u>100370</u>	Leito: _____
Procedimento Cirúrgico: <u>101 Colecistectomia Laparoscópica</u>		Data: <u>04/05/2020</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos		
	☐ Proporcionar apoio emocional		
	☐ Dar informação ao paciente e familiares		
	☐ Outros		
2. Ventilação prejudicada ()	☐ Manter decúbito elevado		
	☐ Aspirar vias aéreas superiores de ___/___ h		
	☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz		
	☐ Manter o paciente em posição de fowler		
	☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR		
	☐ Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso		
	☐ Outros		
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___ h		
	☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).		
	☐ Colocar o paciente em posição de Fowler		
	☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica		
	☐ Registrar-se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea		
	☐ Outros		
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	☐ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico		
	☐ Avaliar a localização e a intensidade da dor		
	☐ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação		
	☐ Identificar fatores desencadeantes da dor		
	☐ Registrar características e intensidade da dor		
	☐ Outros		
5. Integridade tissular prejudicada ()	☐ Descrever características da lesão		
	☐ Realizar curativo de ___/___ h		
	☐ Realizar mudança de decúbito de ___/___ h		
	☐ Medir decúbito de dreno de ___/___ h		
	☒ Manter curativo oclusivo por ___/___ h		
	☐ Outros		
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	☐ Aferir pressão arterial de ___/___ h		
	☐ Manter decúbito: _____		
	☒ Realizar curativo compressivo		
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Outros		
	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente		
	☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado)		
	☐ Manter repouso no leito em posição: _____		
	☐ Outros		

Scanned with CamScanner



Exame Físico:

Exame físico em joelho 2x

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

Exame físico em joelho 2x

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Tratamento p/ 1º e 2º graus

Cabo de Santo Agostinho, 03.12.17

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

Dom Hélder P. de Lencastre
Chefe de Serviço
CRM 12.345/2017



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 33990 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 100239 ALIEL JOSE DE ARAUJO Atendimento : 407909
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 634 LEITO 1 Idade : 37 Anos
Dt. Inicio : 03/12/2017 23:30 Dt. Fim : 04/12/2017 00:06

Sid Pré-Operatório :

Sid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 12 SEDACAO + ANESTESIA LOCAL

Equipe Médica

CIRURGIAO 23416 CLOVIS DE MEDEIROS BEZERRA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO ESQUERDO
CD LIMPEZA + DESBRIDAMENTO + SUTURA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL
2. ASSEPSIA E CAMPOS
3. LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADO EM JOELHO ESQUERDO
4. APROXIMAÇÃO DA PELE COM NYLON 2.0
5. CURATIVOS

Descrição Complementar

Achados Cirúrgicos:

Dr. Clovis M. Bezerra
Ortopedia / Traumatologia
CRM 23416

DR(A) : CLOVIS DE MEDEIROS BEZERRA
CRM : 23416

Solange Lyrio
Faturamento / SAME
Em: 08 DEZ 2017

04/12/17 Joelho (E) 2
HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação:

Nome: Uziel José de Araújo Registro: 100733 Nº Atendimento: _____

Idade: 37 Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clinica: IMIP Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Fervimento peritonsilar unilateral
insuportável iniciando há 05 dias

História da Doença Atual:

Interrogatório Sintomatológica:



ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 100239

Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO

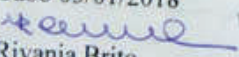
Pai: JOSE AMARO DE ARAUJO

Cadastro aberto com dado incorreto Pai: JOSE AMAARO DE ARAUJO, pelo usuário: JACICLEIDE BEZERRA DE OLIVEIRA em 03/12/2017.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento de identidade nº 5641184 SSP PE foi procedida a referida alteração.

Cabo 03/01/2018


Rivania Brito

Coordenadora do Same / Faturamento

HDH-Hospital Dom Helder
Rivânia Brito
Coordenadora SAME/Faturamento

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 407898

Data e Hora: 03/12/2017 19:36

Senha da Classificação:

0041

Paciente: 100239 ALIEL JOSE DE ARAUJO

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 09/03/1980 Idade: 37 anos

Convenio: 2 SUS/SJA AMB/URG

Nome da Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO

Nome do Pai: JOSE AMAARO DE ARAUJO

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: COHAB

Bairro: POVOADO DE SANTO AMARCO

Cidade/UF: SIRINHAEM PE

Usuário Atendimento: JACICLEIDE BOS

RG (Identidade): 5641184

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 35771156

Cartão SUS: 706206564376563

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente de moto há 2 hrs, apresentando contusão em face e membros superiores e inferiores.

Exame Físico

História Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Sol. N

Prescrição Médica

ATENDIDO

Cetapropeno 100mg + SF 0.9% 100ml
Clonazepam 1mg + AD 0.9%

Dr. Luciano L. ...
Médico
Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/12/2017 19:32

Nome Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO
Cód. Paciente: 100239
Data de Nascimento: 09/03/1980
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0041
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 407898 
SAME:

Período: 03/12/2017 19:40 - 03/12/2017 19:40

VANESSA AVILA GUERRA - COREN: 000443560 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

URGENCIA - AMARELO

AMARELO

Queixa Principal:

PACT ENCAMINHADO DE SIRINHAEM COM SENHA 5311906, VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO LESÃO IMPORTANTE EM JOELHO E. HAS - DM- NEGA ALERGIA.

Programa sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: VANESSA AVILA GUERRA - COREN: 000443560 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/12/2017 15:09

Página 1 de 1

Scanned with CamScanner



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 407909
Usuário do Atendimento: JACIANEBO

Data e Hora do Atendimento: 03/12/2017 19:48
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO

Prontuário: 100239

Nome da Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO

Nome do Pai: JOSE AMAARO DE ARAUJO

Data do Nascimento: 09/03/1980

Idade: 37 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 5641184

SSP PE Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS: 706206564376563

Ocupação Habitual: APOSENTADO

Endereço: COHAB

POVOADO DE SANTO AMARO

Cidade: SIRINHAEM

PE

CEP: 55580000

Fone: 35771156

DADOS DO ATENDIMENTO

Unidade: PM SIRINHAEM

CRM: 17726

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Leito: LEITO 1

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirurgicos (intervenção cirurgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 03/12/2017

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Indicações de Alta: *Medicamentos*
Diagnóstico: *Fratura de tíbia e fíbula*
Procedimento: *Osteossíntese*
Alta em: *04/12/17* Hora: *9:30*
Médico e C.R.M.:
Responsável pela retirada do paciente - Nome:
Assinatura e R.G.:

HIDH - Hospital Dom Helder Câmara
Moanna Kalliny
Arquivista
SAME/Faturamento

Solange Ayra
Faturamento SAME
08/12/2017

CCIH
Hospital Dom Helder Câmara
12/12/17

ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 100239

Paciente: ALIEL JOSE DE ARAUJO

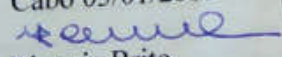
Pai: JOSE AMARO DE ARAUJO

Cadastro aberto com dado incorreto Pai: JOSE AMAARO DE ARAUJO, pelo usuário:
JACICLEIDE BEZERRA DE OLIVEIRA em 03/12/2017.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento de identidade nº 5641184 SSP PE foi procedida a referida alteração.

Cabo 03/01/2018


Rivania Brito

Coordenadora do Same / Faturamento

HDH-Hospital Dom Helder
Rivânia Brito
Coordenadora SAME/Faturamento

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
ATENDIMENTO AMBULATORIAL - EGRESSO



Atendimento: 410665

Data e Hora: 19/12/2017 07:42

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Paciente: 100239 ALIEL JOSE DE ARAUJO

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 09/03/1980 Idade: 37 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: LINDINALVA ZACARIAS DE ARAUJO

Nome do Pai: JOSE AMAARO DE ARAUJO

CRM: 13783

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CAI

Bairro: POVOADO DE SANTO AMARI

Endereço: COHA3

Cidade/UF: SIRIN/BAHIA

PE

Usuário Atendimento: ANDERSONFMS

RG (identidade): 5841184

SSP PE

Data de Emissão:

Fone: 35771155

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

HDA - HISTORICO DA DOENÇA ATUAL

Paciente no 16º DPO de ferimento
no joelho (E)

EXAME FISICO

Temperatura: ()

Pressão Arterial: ()

Peso: ()

Altura: ()

Outros: ()

Fo e pequena area aberta.

SOLICITAÇÃO PARA CONSULTA DE RETORNO

Data do Retorno: _____

Hora do Retorno: _____

Médico do Retorno: _____

Observações: _____

manter curativo

Rafael Soares
Ortopedia/Traumatologia
CRM 17.726
Assinatura/Médico

HOM - Hospital Dom Helder Câmara
Rafael Patrício Ferreira
Faturamento/SAME
28-DEC-2017

OBS: Ao final da consulta encaminhar essa ficha para o atendimento (recepção). Caso a solicitação de retorno seja preenchida o setor Ambulatorial de Egresso fará o agendamento tipo 2 (Retorno).



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.713.271

DATA DE
EXPEDIÇÃO

06/10/2016

NOME

<< SÉRGIO MAURILIO DOS PRAZERES >>

FILIAÇÃO

<< MAURILIO FRANCISCO DOS PRAZERES >>
<< ROSA MARIA DOS SANTOS >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

21/09/1972

DOC ORIGEM

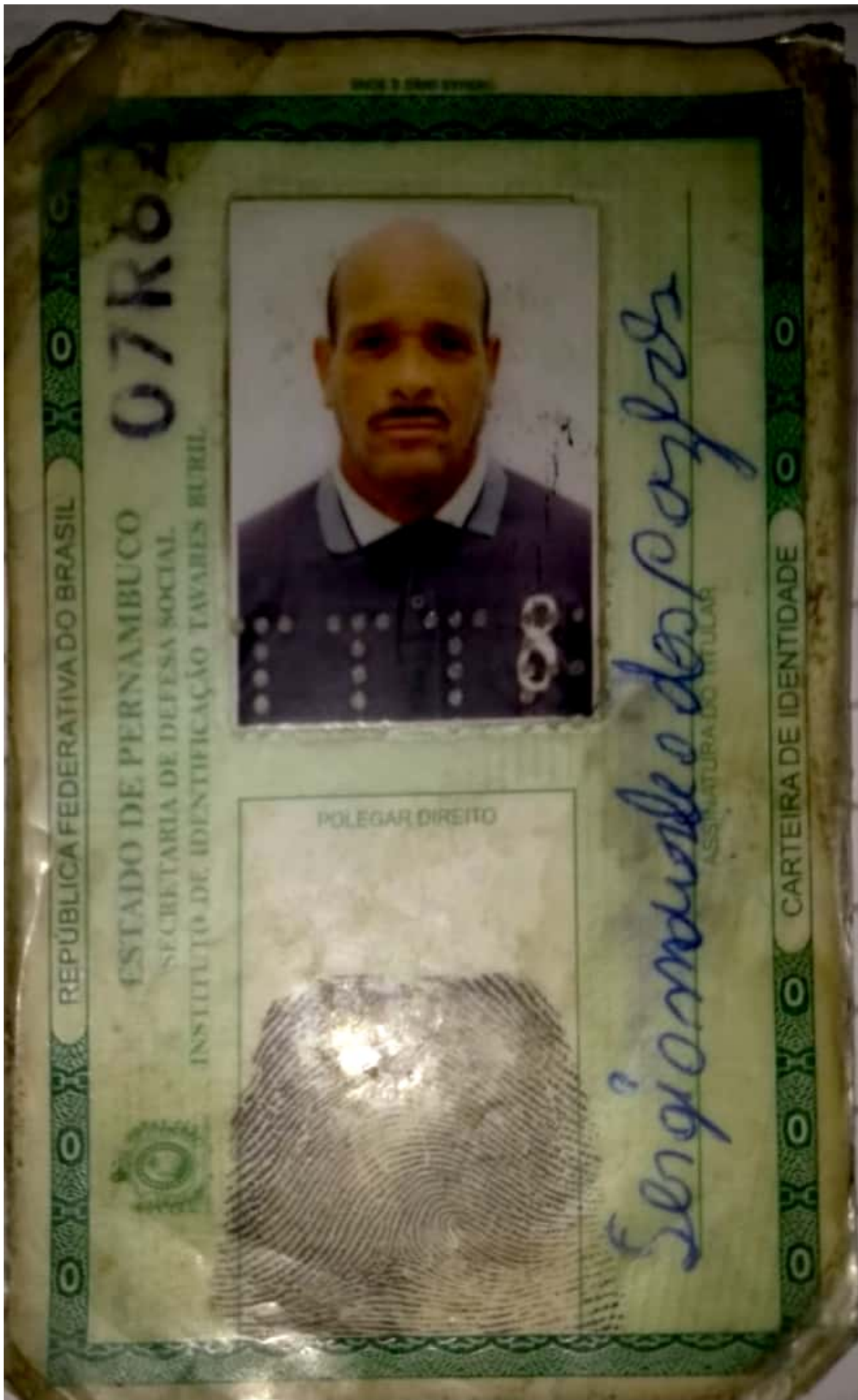
<< CN.2622 L.A03 F.57V CAPT. OLINDA >>

CPF

896.259.354-87

Para 1ª Assinatura C.G. Alcega
Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Scanned with CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.708.543

DATA DE
EXPEDIÇÃO

16/11/2017

<< ANA BEATRIZ FERREIRA >>

<< JOÃO BATISTA FERREIRA >>

<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE

SIRINHAÉM - PE

DATA DE NASCIMENTO
18/02/2001

DOC. ORIGEM

<< CN. 32.818 L.A29 F.250 CART.

10DIST.SIRINHAÉM-PE 01.03.2001 >>

CPF

080.503.914-77

DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
GERTINHO ALB
ASSINATURA DO DIRETOR

15/08/2016 DE 29/08/83

Indústria Gráfica Brasileira Ltda.

Scanned with CamScanner



07R62

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES



POLEGAR DIREITO



June 30 1893

REGISTRATION NO. 0000000000

CARTEIRA DE IDENTIDADE



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



NOME

ADELMO JOSE DOS SANTOS



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

6852894 SSP PE

CPF

052.309.704-21

DATA NASCIMENTO

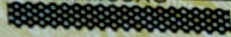
02/10/1982

FILIAÇÃO

ANTONIO IZIDIO DOS SANTOS

JOSEFA MENDES DA SILVA

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AE

Nº REGISTRO

04159397240

VALIDADE

17/05/2024

1ª HABILITAÇÃO

08/08/2007

OBSERVAÇÕES

CETCP

EAR

ADELMO JOSE DOS SANTOS

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CABO DE SANTO AGOSTINHO, PE

DATA EMISSÃO

20/05/2019

Roberto Fontelles
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

91808148513
PE092343139

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1823803841

PROIBIDO PLASTIFICAR

1823803841



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

NOME
EDSON BISPO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
7476022 SDS PE

CPF
065.463.494-77

DATA NASCIMENTO
29/01/1988

FILIAÇÃO
JOSE JERONIMO DA SILVA
EDILEUSA MARIA DA SILVA
A

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06768398964

VALIDADE
29/03/2021

1ª HABILITAÇÃO
26/12/2016

OBSERVAÇÕES
EAR

ASSINATURA DO PORTADOR
Edson Bispo da Silva

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
27/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

PERNAMBUCO

04545187790
PE083511938

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1560094764

PROIBIDO PLASTIFICAR
1560094764

Scanned with CamScanner





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outros regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Atiel José de Araújo,

RG nº 5641184, data de expedição 27 / 05 / 1996

Órgão SSP-PE, CPF nº 028.666.524-79,

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)	<u>R. Euclides Rodrigues Marcel</u>
Número	<u>35</u>
Apto/Complemento	<u>Q. A</u>
Bairro	<u>Cedeb</u>
Cidade	<u>Sirinhaem</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55580-000</u>
Tel. de contato	<u>-</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Recife, 03/03/2020

Assinatura do Declarante

Scanned with CamScanner



