

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Cleirivan Ferreira da Silva
Brasileiro Solteiro
Desempregado portador(a) do RG nº 70.441.399 /PE,
inscrito(a) no CPF sob o nº 140.294.244-30, residente e
domiciliado(a) à Rua R. do Matadouro
00001 - Centro, Rio Farmoso - PE CEP:
55570-000

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
todas 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-PE de Julho de 2020.

Cleirivan Ferreira da Silva
NOME DO OUTORGANTE

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

Digitalizado com CamScanner



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Brasileiro Ulian Ferreira da Silva
portador(a) do RG nº 10.447.399 SDS PE inscrito(a)
no CPF sob o nº 140.294.244-30 residente e domiciliado(a) à
Rua R do Matadouro, N.º 0001, Antro
nº 0000 centro Rio Fátima -PE,
CEP: 55570-000, 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, 12 de Julho de 2020

Ulian Ferreira da Silva





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20200520558350

Escritório: RIO FORMOSO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA
R DO MATADOURO, N. 00001 - CENTRO RIO FORMOSO PE 55570-000
INSCRIÇÃO: 119.820.210.0002.080

MATRÍCULA:

02055835.0

05/2020-5

GRUPO: 16

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02055835.0

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
CORTADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
1					
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)		
A14S408456	11/05/2020	10/06/2020	CONS CORT /		
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.: 9097	CONSUMO: 0	LEIT. ANT.:		VOLUME: 0	
LEIT. ATUAL: 9058		LEIT. ATUAL:			
LEIT. FAT.: 9058	LEIT MN ANT	LEIT. FAT.:			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES	ATENDEM A
			MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
04/2020 18/	A	TURBIDEZ	12	12	11
03/2020 18/	E	COR APARENTE	12	12	11
02/2020 18/	A	CLORO RESIDUAL	12	12	12
01/2020 18/	E	COLIFORMES TOTAIS	12	12	12
12/2019 18/	A	E. Coli	12	12	12
11/2019 18/	E	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			
MÉDIA 18/ 0	A				

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2020
TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 05/2020

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

0,26

13,22

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	0,00	1,65	0,00
COFINS	0,00	7,60	0,00

VENCIMENTO: 25/06/2020

TOTAL A PAGAR: 13,48

IDENTIFICAMOS A EXISTENCIA DE 30 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 783.09. REGULARIZE SEU DEBITO.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 18/07/2020



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

02055835.0

05/2020-5

VENCIMENTO: 25/06/2020

TOTAL A PAGAR: 13,48

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82870000000-4 13480018119-1 02055835001-6 05202050003-6



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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. **20E0163000114**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2020** às **10:40**

Complementa o BO Número: **19E0163000766**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/5/2018** às **19:20**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA LESIONAD**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, PE-60, ENGENHO AGUA FRIA, ZONA RURAL DE SIRINHAÉM-PE - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
MARCIA REJANE BEZERRA RODRIGUES (OUTRO)
AMAURI JOSÉ DA SILVA (VITIMA)
TANIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA)
JOELMA CARLOS DA SILVA (VITIMA)
UERIVAN FERREIRA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **AMAURI JOSÉ DA SILVA**

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

AMAURI JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AMARA DO CARMO SILVA Pai: ABERLARDO MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 20/1/1955 Naturalidade: SIRINHAEM / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1367797/SSP/PE (RG), 08389497468 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SIRINHAEM, 1, ENGENHO AGUA FRIA, S/Nº, ZONA RURAL DE SIRINHA-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SIRINHAEM/PERNAMBUCO/BRASIL

TANIA FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JOELMA CARLOS DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA Pai: JOSUE CARLOS DA SILVA Data de Nascimento: 19/12/1970 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4083313/SSP/PE (RG), 76680371449 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: TECNICO DE ENFERMAGEM

Digitalizado com CamScanner



Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 1, PRAÇA DIÁRIO DE PERNAMBUCO, Nº 53, CENTRO, RIO FORMOSO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIO FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL**

UERIVAN FERREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA Pai: ISAC JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 4/8/1998 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10441399/SDS/PE (RG), 14029424430 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL Telefones Celulares: - 81988677999

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RIO FORMOSO, 1, RUA DO MADOURO, Nº 14, CENTRO, RIO FORMOSO-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIO FORMOSO/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARCIA REJANE BEZERRA RODRIGUES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDNA CASSIANO DA SILVA Pai: WILSON MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 16/2/1993 Naturalidade: PAUDALHO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, RUA FRANCISCO PESSOA DE QUEIROZ, BAIRRO NOVO, CARPINA-PE - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO SIENA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIA REJANE BEZERRA RODRIGUES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **AMAURI JOSÉ DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/SIENA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKV4862** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **919988130** Chassi: **9BD17201A73320682**
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **ALCO/GASOL**

CAMINHÃO VW (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/VW/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Complemento / Observação

CONFORME O B.O DO BPRV DE Nº K-093/2018, FORAM SOLICITADOS POR POPULARES DIZENDO QUA HAVIA TIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO ENVOLVENDO DOIS VEÍCULOS NA PE-60, NO ENGENHO AGUA FRIA, ZONA RURAL DE SIRINHAÉM-PE, FORAM AO LOCAL E CONSTATARAM A VERACIDADE DO ACONTECIDO, TRATAVA-SE DE UMA COLISÃO ENTRE UM CAMINHÃO VW, DE PLACA NÃO ANOTADA SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE WEVERSON LUCAS CASSIANO DA SILVA QUE FOI EMBORA DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO E UM AUTOMOVEL SIENA ACIMA MENCIONADO SENDO CONDUZIDO PELA PESSOA DE AUMARI JOSÉ DA SILVA E MAIS TRÊS PASSAGEIROS QUE TAMBÉM FICARAM LESIONADAS, SENDO TANIA FERREIRA DA SILVA E AMAURI JOSÉ DA SILVA FORAM SOCORRIDO AO HOSPITAL LOCAL E JOELMA CARLOS DA SILVA E UERIVAN FERREIRA DA SILVA, FORAM SOCORRIDAS PARA O HOSPITAL DOM HELDER NA CIDADE DO CABO DE SANTO AGOSTINHO DEVIDO AS GRAVIDADES DOS FERIMENTOS. PELO EXPOSTO PEDE-SE PROVIDENCIAS.

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

AMAURI JOSÉ DA SILVA
(VITIMA)

Digitalizado com CamScanner



B.O. registrado por: *Jefferson* *h. Santos* **JEFFERSON LEANDRO DOS SANTOS** - Matrícula: **152087-3**



Digitalizado com 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 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Verivan Ferreira da Silva

RG nº 10.441.399, data de expedição / /

Órgão SPS-PE, CPF nº 140.294.244-30

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>Rua do Matadouro</u>
Número	<u>01</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Rio Formoso</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55530-000</u>
Tel. de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data

Recife, 22/07/2020.

Verivan Ferreira da Silva

Assinatura do Declarante

Digitalizado com CamScanner





**SAMU
192**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA –
SAMU 192

BASE DESCENTRALIZADA SIRINHAÉM

RUA MARQUES DE OLINDA, S/N – CENTRO

SIRINHAÉM – PE CEP 55580-000

CNPJ 10292209/0001-20

Sirinhaém, 28 de junho de 2019

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o senhor uerivan ferreira da silva , foi socorrido por esta Unidade Básica sob QTCS Nº 480368, vítima de acidente de trânsito (COLISÃO CARRO/CAMINHÃO) em 22 de MAIO de 2018 às 19:06 horas sendo removida para a Unidade local, HOSPITAL MUNICIPAL OLIMPIO MACHADO GOUVEIA.

Atenciosamente,


Rinalva O. Lima Silva
CPF: 467763-ENF

Rinalva Oliveira Lima Silva

Coordenadora do SAMU

Digitalizado com CamScann



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:

EVOLUÇÃO / OBSERVAÇÃO

MEDICAMENTOS - MATERIAIS UTILIZADOS

DESTINO DO PACIENTE: INTERNADO () ÓBITO () ALTA ☒ HORARIO: 06:50

TRANSFERIDO PARA:

INFORME DE ENFERMAGEM

COMPETÊNCIA: 18/04/20

ASS. MÉDICO (A) _____

ASS. ENFERMEIRO (A) _____

ASS. TEC. DE ENFERMAGEM _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO

DATA: / /

PARENTESCO: _____

Nº DE IDENTIDADE/CNPJ: _____

Digitalizado com CamScanner

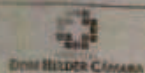


Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: UERVAN FERREIRA DA SILVA**REGISTRO: 105580****IDADE: 19****DATA ADMISSÃO: 22/05/2018****DATA ALTA: 23/05/2018****1) Diagnósticos Definidos:****FRATURA DE RADIO DISTAL-E****2) Conduta/ Procedimentos Realizados:****FIXAÇÃO COM FIO-K****3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo****4) Informações Complementares:****1) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ RETORNO****2) FAZER MOVIMENTOS DE FLEXÃO – EXTENSÃO DOS DEDOS MÃO.****3) CURATIVOS DIÁRIO****4) RETORNO AO AMBULATORIO COM 15 DIAS****5) USAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS****CURATIVO DIÁRIO****OBS: SE PACIENTE EVOLUIR COM CEFALÉIA, VÔMITOS, DESORIENTAÇÃO OU PERDA NÍVEL CONCIÊNCIA, DEVERAR PROCURAR UM SERVIÇO DE URGÊNCIA.****Programação Após Alta:****Ambulatório de Egresso Sim (X) Não () DATA:****AMBULATORIO DE ORTOPEDIA COM 15 DIAS****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.**



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Sector: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: SURAMARMS

Paciente: 105580 UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN EMERG

tipo de Agendamento: CONSULTA EGRESSO

Data da Agenda: 29/08/2018

07:00

Chegar até 09:00

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H

APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINADO

PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF

Digitalizado com CamScanner



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 436984

Data e Hora do Atendimento: 22/05/2018 22:00

Usuário do Atendimento: EDJANEPB

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: EDVAN FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 105580

Nome da Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 22/05/1999

Idade: 19 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: SIRINHAEM

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA DO MATADOURO

CENTRO

Cidade: SIRINHAEM

PE

CEP: 55580970

Fone: 31830000

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SIRINHAEM

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-3 B

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 22/05/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: estável

Diagnóstico: fratura de fêmur - E

Procedimento: osteossíntese

Alta em: 23/05/2018

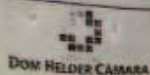
Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Endereço: 436975

Senha da Classificação:

Data e Hora: 22/05/2018 21:36

0044

Paciente: 105580 EDVAN FERREIRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 22/05/1999 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DA SILVA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA DO MATADOURO

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SIRINHAEM

PE

Usuário Atendimento: EDJANEPB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

MDM - Hospital Dom Helder Camara

PF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 31830000 Evângela C. Dias de Souza

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

7 A MAIO 2018

RESUMO DE TRATAMENTO

Idade: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico com lesões múltiplas no tórax, abdômen e membros inferiores. Trauma de punção de tórax com lesão de pulmão.

Exame Físico

ECG em PN com alterações. Ausculta pulmonar: ruídos diminuídos no pulmão esquerdo. Escudo torácico com lesão. Trauma de punção de tórax com lesão de pulmão.

Diagnóstico

1. Trauma de punção de tórax com lesão de pulmão.
2. Lesão de pulmão.

Conduta Terapêutica

1. 400ml de sangue.

Prescrição Médica

TC e RX de tórax e abdômen com contraste. Rx tórax + tórax + punção de tórax.

Carimbo/Médico

Assinado eletronicamente por: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI
Número do documento: 20081320410879900000065046509

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:

LEITO DO PACIENTE:



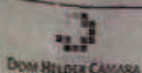
22/05/18 Paciente contusos
22:00 ESTÁVEL E PARTICIPATIVO
AN: NAR
ADON: FUGIDOT-DM

* TE CRÂNIO: Hematomas
SUBCUTÂNEO, NA EVIDENCIAR
CESSAR INTRACRANIAN
E: AO TRAUMATOLOGISTA.

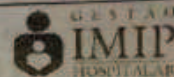
Alisson F. Tereza de Albuquerque
Médico - Cirurgião Geral
CRM-PE 10.295

22/05/18 Fatores/Exatidão
Má/Pouco
04





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 436984

Data e Hora do Atendimento: 22/05/2018 22:00

Usuário do Atendimento: EDJANEPB

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Prontuário: 105580

Nome da Mãe: MARIA CRISTINA FERREIRA DE ARAUJO

Nome do Pai: ISAC JOSE DA SILVA

Data do Nascimento: 04/08/1998

Idade: 19 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 10441399

SDS PE Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade: SIRINHAEM

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA DO MATADOR

Cidade: RIO FORMOSO

PE

CENTRO

CEP: 55570000

Fone: 985313302

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: PM SIRINHAEM

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-3 B

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 22/05/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____

Diagnóstico: _____

Procedimento: _____

Alta em: 22/05/2018

Hora: _____

Médico e C.R.M.: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G.: _____

Digitalizado com CamScanner



ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 105580
Paciente: UERIVAN FERREIRA DA SILVA
Data de Nascimento: 04/08/1998

Cadastro aberto com dados incorretos: Nome: EDVAN FERREIRA DA SILVA, Data de Nascimento: 22/05/1999, pelo usuário: EDJANE PEREIRA DE BARROS em 22/05/2018.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento de identidade nº 10441399 SDS PE foi procedida a referida alteração.

Cabo 06/06/2018

Rivania Brito

Coordenadora do Setor de Faturamento

DOM HELDER CÂMARA
HOSPITAL
Secretaria de Faturamento
José Roberto S. Barros

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 DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/05/2018 21:31

Nome Paciente: EDVAN FERREIRA DA SILVA
Cód. Paciente: 105580
Data de Nascimento: 22/05/1999
Sexo: Masculino
Idade: 19
Senha: 0044
Convênio: 2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento: 436975
SAME:



Período: 22/05/2018 23:01 - 22/05/2018 23:02

ITHAINA SILVA DE SOUZA LIMA - COREN: 324750 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Leixa Principal: PCT VITIMA DE CAPOTAMENTO DEU ENTRADA PELA ÁREA VERMELHA

Observação: TRAZIDO PELO SAMU

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: ITHAINA SILVA DE SOUZA LIMA - COREN: 324750 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/05/2018 23:04

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Digitalizado com CamScanner



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 36365	Sala : 0003	SALA 03
Paciente : 105580	EDVAN FERREIRA DA SILVA	Atendimento : 436984
Convênio Atend : 1	SUS - INTERNACAO	Carteira :
Leito : 647	BL-3 B	Idade : 19 Anos
Dt. Início :	Dt. Fim : 23/05/2018 01:00	
Cid Pré-Operatório : T149	TRAUMATISMO NAO ESPECIFICADO	
Cid Pós-Operatório :		

Procedimentos

Procedimento: 0408020423	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO SINTESE) (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 74	BLOQ DE NERVOS DE MMSS

Equipe Médica

CIRURGIAO	14508 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
-----------	--------------------------------------

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FRATURA DOS OSSOS ANTEBRACO EXPOSTA
PROGNOSTICO RUIM, ALTA GRAVIDADE CHANCE DE INFECCAO E PERDA DE ADM.

01. REDUÇÃO DE FRATURA ATRAVES DE LEVE DISTRAÇÃO-FLEXÃO
02. VIZUALIZAÇÃO SOB ESCOPIA
03. PASSAGEM FIO TRANS FRATURA 45° DE K 2.0 MM PELO ESTILOIDE RADIAL
04. PASSAGEM FIO TRANS FRATURA 80° DE K 1.5 MM ULNAR AO TUB. DE LISTER
05. DEBRIDAMENTO DE FERIMENTOS EM ANTEBRAÇO E DEDO
06. LIMPEZA COM SF 0,9%
07. VERIFICACAO DE NEUROPRAXIA DE ULNAR E LESAO PARCIAL DE FUC + BANDA TERMINAL EM DEDOCZZ
08. TENORRAFIA E NEUROLISE
09. SUTURA POR PLANOS
- * TALA AXILOPALMAR

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Tala ax. palmar HSC
23.05.18 04:22h
Eduardo

31 MAIO 2018





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodação

Sexo

Cor

Idade

Risco

Paciente

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☐ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

Horário

N₂O

O₂

Liq.

Sat.

ETCO₂

ECG

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

Anotações

Drogas Usadas

Quantidade

Lidocaina 2% 50ml
Fentanyl 1mg 20mg
Sedativo 10mg 100mg
Diluição 20

Técnica Anestésica

Intubação orotraqueal
com auxílio de vídeo
laringoscopia direta
sem bloqueio

Monitorização

☒ Cardioscópio

☒ Oxímetro

☒ PNI

☐ Sonda Vesical

☐ Capnógrafo

☐ Estet. Pré-Cordial

☐ Outros

☐ BIS

☐ Temperatura

☐ Swan-Ganz

☐ Analisador Gases

☐ PVC

☐ Estimulador de Nervo

☐ Linha Arterial

☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

☐ Acordado

☒ Sonolento

☐ Intubado

Destino

☒ SRPA

☐ Apert/Ent

☐ UTI

☐ Externo

Intercorrência:

☒ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações:

Paciente com história de
acidente automobilístico (TCC e
fratura exposta de punho). Gravida
14 (AO=3, RU=5, FM=6) com uso
de álcool e drogas.

Assinatura do Anestesiologista

Digitalizado com CamScanner



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

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Renato Cesar Malheiros Cavalcanti Data: 13/08/2020 Hora: 20:40 Registro: 165580
Convênio: _____ Leito: _____ Pele: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Renato Cesar Malheiros Cavalcanti Anestesista: Dr. Sérgio Luiz
Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: Laércio

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: Proctomia Início: 20:40 Término: 22:40
Anestesia: Propofol Início: 20:40 Término: _____

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

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

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 CEG ()	Aspirador ()
Colchão Térmico ()	Bisturi Ultrasônico ()	Artroscópio ()	Microscópio ()	Capnógrafo ()
Bisturi Elétrico ()	Local da Peça _____	Intensificador ()	Nº ()	
Carro de Anestesia ()	Difusor ()			
Ap. Vídeo ()	Bomba de Infusão ()			
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 ()
Drenagem (Tipo e Local): Sim () Não ()	
Curativo (Tipo e Local): Sim () Não ()	

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____ CIRURGIA: _____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

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

Data: 13/08/2020 Hora: _____ Enfermeira: Edenely Circulante: Mércia Adriane B. de Lima
Fórm. de Enfermagem: _____
COR-04/010412

CÓD. 38607





DOM HELDER CAMARA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
BLOCO CIRÚRGICO

Nome:

Registro: 003580

Leito:

Procedimento Cirúrgico:

Data: 22/07/18

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 () cal: _____ () 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 ☐ Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	☐ Pinçar dreno ao transportar paciente ☐ Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) ☐ Manter repouso no leito em posição: ☐ Outros	

Digitalizado com CamScanner



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	() Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ____ / ____ h	
	() Avaliar e registrar umidade de mucosas	
	() Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária	
	() Registrar turgor e elasticidade da pele	
	() Outros	
9. Êmese () Náusea ()	() Registrar aspecto e quantidade de episódios	
	() Manter decubito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada	
	() Verificar posicionamento da SNG/SNE	
10. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Outros	
	() Aferir temperatura de ____ / ____ h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C	
	() Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica	
	() Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente	
11. Choque hipovolêmico ()	() Outros	
	() Aferir sinais vitais a cada ____ / ____ h.	
	() Avaliar coloração e umidade da pele	
	() Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O	
	verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência.	
12. Risco para infecção ()	() Outros	
	() Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização	
	() Registrar e anotar sinais flogísticos Local: _____	
	() Examinar F.O e registrar alterações () dor; () Calor; () rubor; () edema.	
13.	() Outros	
	() Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica

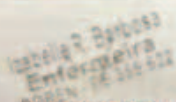
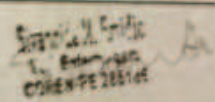
PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

ENFERMEIRO(A) - D -	 ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	 TEC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO	

Digitalizado com CamScanner



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

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA				DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA			
AGULHAS				DRENOS			
13X4.5	25X7	25X8	40X12	KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27	KHER 18	SUCCAO 3.2	SUCCAO 4.5	SUCCAO 6.4
ATADURAS				BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 28
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM	TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM		SONDAS			
CANULAS				ENTERAL 10	ENTERAL 12		
RAQUEOST 7.0	TRAQUEOST 7.5	TRAQUEOST 8.0	TRAQUEOST 8.5	ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ 2.0	ENDOTRAQ 2.5	ENDOTRAQ 3.0
QUEOST 9.0				ENDOTRAQ 3.5	ENDOTRAQ 4.0	ENDOTRAQ 4.5	ENDOTRAQ 5.0
CATETER				ENDOTRAQ 5.5	ENDOTRAQ 6.0	ENDOTRAQ 6.5	ENDOTRAQ 7.0
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 18	ENDOTRAQ 7.5	ENDOTRAQ 8.0	ENDOTRAQ 8.5	ENDOTRAQ 9.0
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18	FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24		FOLEY 3VIAS 08	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
LIMPADORES				FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 15	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400	NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
CURATIVOS				NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	URETRAL 8	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
EQUIPOS				URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
BOMBA	BOMBA FOTO	PIRANGUE	PIBORG MACRO	FIOES CIRURGICOS			
EXTENSORES				ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	PITA CARDIACA
20CM	40CM	55CM	75CM	CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
LAMINAS				CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20	SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 8		NYLON 5-0	NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 9-0
LUVAS				NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
LUVA 7.0	LUVA 7.5	LUVA 8.0	LUVA 8.5	POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
SERINGAS				PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
1ML	3ML	5ML	10ML	VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
20ML	60ML	60ML CATETER		VICRYL 4-0	CERA POSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
AVENTAL CIRUR				SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 5-0	MONOCRYL 4-0
B5 COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA PI VIDEO		SURGIDEL EXT	ACO 1	ACO 4	ACO 6
COLET ABERTO	COLET FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS				
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF	GAZES	GELFOAM				
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV URINA				
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS PRESSAO				

COO 35407



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 01

Nome: Juriana da Silva data: 22/02/18 Hora: 10:00 Registro: 405300

Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Artroscopia de Punho
Tipo de anestesia: B.P.R.
Equipe: Dr. Eduardo Araújo Anestesiista: Dr. Antônio

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD (x) SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: 450
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 160 x 95 mmHg FR: _____ p/min FC: 78 p/min SaPO2: 95%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>160/95</u>	<u>160/95</u>	<u>160/95</u>	<u>160/95</u>	<u>160/95</u>	
FR	<u>78</u>	<u>78</u>	<u>78</u>	<u>78</u>	<u>78</u>	
FC	<u>86</u>	<u>87</u>	<u>90</u>	<u>95</u>	<u>97</u>	
SaPO2	<u>95%</u>	<u>95%</u>	<u>95%</u>	<u>95%</u>	<u>96%</u>	
Glasgow	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

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

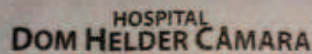
Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 23/02/18 Horário: 10:00 Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: Renato Cesar Malheiros Cavalcanti

Digitalizado com CamScanner





1. Identificação

Nome: Edilson Francisco Data: 27/01/15 Registro: 10558
Convênio: 205 Leito: Hora: 00:00

Cirurgião: _____ 1º auxiliar: _____
 Anestesiista: _____ Instrumentador: _____
 Circulante: _____
 Márcia Adriano de Sousa
 Téc. de Enfermagem
 CRP-SP 410472

[illegible]

F. MOTOR BROCA 329
FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO PERNA
CME



003355727

NOTE: 244849
PLASMA
EST: 20/05/2018
VAL: 20/05/2019

LAIS PASCHOAL COREN/PE 541.125

1999年12月15日



Isabelle R. Barbosa
Enfermeira
COREN-SP 555.824

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Edson Tavares

Registro: 105380

Clínica:

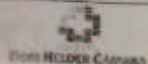
Enfermaria:

Leito:

[illegible]

7-11-1964





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Local: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: SURAMARMS

Paciente: 105580 UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBUL/URGEN.EMERG.

Tipo de Agendamento: CONSULTA EGRESSO

Data da Agenda: 29/08/2018

07:00

Chegar até 09:00

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H

**APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINADO
PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTE DOCUMENTO E RG OU CPF**

Digitalizado com CamScanner



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
NOME COMPLETO:	1º Via - Farmácia 2º Via - Paciente
CRM: _____ UF: _____ Nº _____	
Endereço Completo e Telefone: _____	

Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: VENÍCIAN F de Siqueira

Endereço: _____

Prescrição: 1 Paco ——— 1.25sem O.C. para 12/12/14por 30 dias29.06.18

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____	Assinatura do Farmacêutico Data: ____/____/____
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	





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

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200261286

Vítima: UERIVAN FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), UERIVAN FERREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **UERIVAN FERREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **00006043-7**

Conta: **0000012841-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



JUNTADA DE PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (ANEXO)



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 03ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE – PE.**

PROCESSO Nº: 0037361-19.2020.8.17.2001

Seção A

UERIVAN FERREIRA DA SILVA, já devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, movida contra **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**, já devidamente qualificadas nos autos da ação em epígrafe, vem requerer a Vossa Excelência a retificação das partes Demandadas, para que sejam incluídos os seus CNPJ, quais sejam: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A: 09.248.608/0001-04 e TOKIO MARINE SEGURADORA S/A, CNPJ 60.831.344/0001-74.**

Recife, 13 de agosto de 2020.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI
OAB-PE 31915

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – SI 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com

