



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SEÇÃO DE MUTIRÕES DE CONCILIAÇÃO DA CAPITAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Autor(a): Givaldo Ferreira de Moraes

inscrito no CPF: 425.980.218-60, vem solicitar com respaldo no Art. N° 1 da Instrução Normativa n° 8 do TJPE de 28.08.2013, publicada em: 30.08.2013, edição 160/2013, que os presentes autos que versam sobre Indenização de DPVAT, sejam remetidos imediatamente à Seção Seção Especializada de Mutirões de Conciliação a Capital, antes da distribuição para alguma das Varas Cíveis, para que o feito possa ser inserido em pauta de Mutirões de acordo com o cronograma anual da Seção.

Recife, 21 de maio de 2018.

“DE ACORDO”:

Givaldo Ferreira de Moraes
Autor(a)



Pinheiro

Advogados

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Givaldo Ferreira de Morais, brasileiro, deso-
de, RG 55.293.025 SDS/SP, CPF 425.980.218-60, Endereço
Rua Coronel Veríssimo, n.º 436, Jardim, Cajuco Preto - PE.

OUTORGADOS:

Paulo Roberto Fernandes Pinheiro, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o n.º 14.088, **Bruno Vieira Fernandes Pinheiro**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o n.º 27.264 e **Guilherme Trindade H. B. Cavalcanti**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o n.º 27.322, com Escritório na Rua Francisco Alves, 105, sala 307, Ilha do Leite, Recife - PE, onde recebem notificações e intimações.

PODERES CONCEDIDOS:

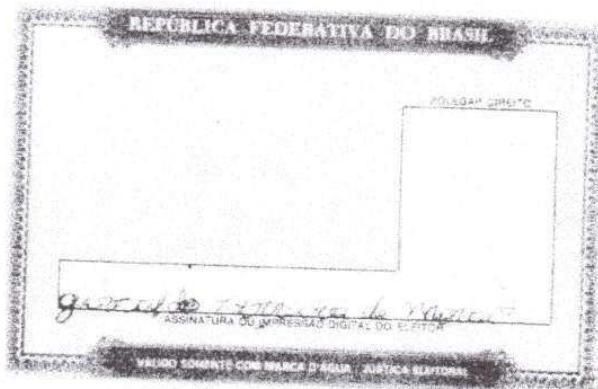
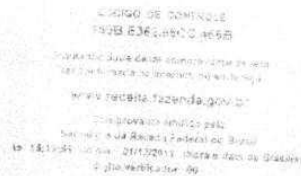
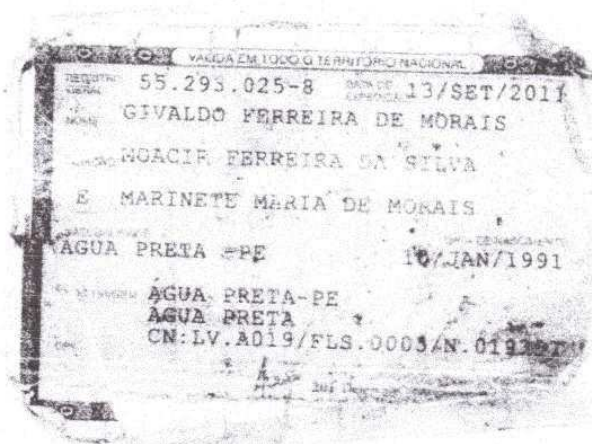
Amplos poderes, admitidos os das cláusulas "AD JUDÍCIA" e "EXTRA-JUDÍCIA", para o foro em geral em qualquer instância ou Tribunal de Justiça Federal ou do Estado de Pernambuco, bem como em todo Território Nacional, para em nome da outorgante propor ação, contestar, embargar, agravar, recorrer, firmar compromisso, reconvir, concordar, discordar, oferecer provas, desistir, transigir, fazer declaração, confessar, protestar, receber e dar quitação ingressar em qualquer juízo, receber cheque referente ao pagamento da complementação da indenização do seguro DPVAT, intimações/notificações, receber alvarás, podendo reter os honorários contratuais com percentual de 30% do valor do acordo eventualmente firmado, aceitar ou impugnar laudos, contas, habilitações, avaliações e partilhas, interpor qualquer tipo de recurso tanto nas fases administrativas, como judiciais, requerendo e acompanhando tudo quanto for de direito dos outorgantes. Enfim, os outorgados podem praticar todos e quaisquer atos conexos e consequentes a fim de agir em defesa dos direitos e interesses pessoais da outorgante, podendo inclusive substabelecer esta procuração a quem lhe prover, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bem, firme e valioso.

Recife, 21 de junho de 2018.

Givaldo Ferreira de Morais

Rua Francisco Alves, 105, sala 307, Ilha do Leite, Recife - PE.
Fone/Fax's.: (0xx81) 3241.7111 E-mail: fernandespinheiro@hotmail.com CNPJ 03.659.003/0001-20







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

GIVALDO FERREIRA DE MORAIS

MATRÍCULA:

074294 01 55 1994 1 00019 005 0019397 79

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

Dez de janeiro de mil novecentos e noventa e um.

DIA
10

MÊS
01

ANO
1991

HORA DE NASCIMENTO
10h00min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
ÁGUA PRETA - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
ÁGUA PRETA - ESTADO DE PERNAMBUCO

LOCAL DE NASCIMENTO
NA UNIDADE MISTA SANTA MÔNICA,
Nesta cidade.

SEXO
Masculino

FILIAÇÃO

MOACIR FERREIRA DA SILVA, natural de Brasil e MARINETE MARIA DE MORAIS, natural de Brasil

AVÓS

BENEDITA MARIA DA CONCEIÇÃO (paterno) e AMARO MIGUEL DE MORAIS e MARIA JOSÉ DE MORAIS (maternos)

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)

Vinte e seis de setembro de mil novecentos e noventa e quatro.

NÚMERO DA DNV
Não informado.

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro A-19, às folhas 5 sob o nº 19397. Data do registro: 26 de setembro de 1994. Data de nascimento do registrado: 10 de janeiro de 1991. Não constam averbações à margem do termo.

Nome do ofício

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS
NATURAIS

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
ÁGUA PRETA, 22 de dezembro de 2017.

Oficial registrador

Maria Elza Silva de Freitas

2ª Substituta

Taciana Maria Pereira De Freitas

Município/UF

ÁGUA PRETA/PE

Foiereço

Rua Manoel Borba, nº 72

Consulte a Autenticidade do Selo Digital em www.tjpe.jus.br/selodigital
Selo nº 0074294.MWU08201701.00351

Maria Elza Silva de Freitas
ESCRIVÃ SUBSTITUTA

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL - CNPJ 10.496.414/0001-07

MARIA ELZA SILVA DE FREITAS

ESCRIVÃ SUBSTITUTA

TACIANA MARIA PEREIRA DE FREITAS

2ª SUBSTITUTA

RUA MANOEL BORBA, 72 - CENTRO - ÁGUA PRETA-PE
FONE (81) 3681-1839 / CEP. 55.550-000

AAA0677188



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Giselle Ferreira de Morais,

DECLARO, nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Recife, 21 de novembro de 2018.

Giselle Ferreira de Morais



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GIVALDO FERREIRA DE MORAIS**

Nº Sinistro: **3180310768**
Vítima: **GIVALDO FERREIRA DE MORAIS**
Data do Acidente: **22/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CARLA MARIA FIRMINO MELO**

Assunto: **NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180310768**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00817/00818 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13158113





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - BELO JARDIM

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0046000475**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/03/2018** às **22:19**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/10/2017** às **05:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE AGUA PRETA, 1, PE 96** - Bairro: **CENTRO - AGUA PRETA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CRISTIANE DA SILVA LOPES (OUTRO)
GIVALDO FERREIRA DE MORAES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVALDO FERREIRA DE MORAES**



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

GIVALDO FERREIRA DE MORAES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARINETE MARIA DE MORAIS** Pai: **MOACIR FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **10/1/1991** Naturalidade: **AGUA PRETA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CORONEL VERISSIMO, 436 - CEP: 0 - Bairro: JIQUIA - AGUA PRETA/PERNAMBUCO /BRASIL**

CRISTIANE DA SILVA LOPES (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTIANE DA SILVA LOPES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GIVALDO FERREIRA DE MORAES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDZ4529** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC2210HR511623**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2017**

26/03/2018 22:0

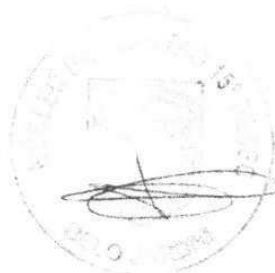
Complemento / Observação

A VÍTIMA VEIO A ESTA DEPOL E ALEGOU QUE NA DATA E HORA ACIMA MENCIONADAS, A MESMA CONDUZIA A MOTOCICLETA PERTENCENTE A SRA CRISTIANE DA SILVA LOPES E APÓS À FAZENDA CAMARÃO TENTOU DESVIAR DE UM BURACO, NÃO CONSEGUIU E VEIO A CAIR SE LESIONANDO CONFORME FICHA MÉDICA ANEXA, BEM COMO DECLARAÇÃO DO SAMU.

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

GIVALDO FERREIRA DE MORAES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JOSE DE ASSIS SILV** - Matrícula: **320337-9**



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO N° 013711393399

VIA: 1 COD. RENAVAM: 1128839775 RINTRC: ***** 2017

CRISTIANE DA SILVA LOPES

PALMARES-PE

997.172-199-84 PLACA PDZ4529

PLACA ANT./UF: ***** MASSA: 922KCC210HRS11623

ESPECIE TIPO: PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 TITAN EX ANO FAB: 2017 ANO MOD: 2017

CAP/POT/CIL: 2E/16ECL CATEGORIA: PARTIC POR PREC/AMBANTE VERMELHA

COTA UNICA: IPVA 2017 QUITADO VENC. COTA UNICA: 1# *****

FAIXA IPVA: PARCELAMENTO/CTCAL: 2# *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 3# ***** PREMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

SEM RESERVA

PALMARES-PE LOCAL: 09/03/17 DATA

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VULGARES ESTRETO OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PE N° 013711393399 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CRISTIANE DA SILVA LOPES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

PALMARES-PE

VIA: 1 COD. RENAVAM: 1128839775 RINTRC: ***** 2017 DATA EMISSÃO: 06/09/17

997.172-199-84 PLACA PDZ4529

1128839775 HONDA/CG 160 TITAN EX

2E/16ECL 2017 09 922KCC210HRS11623

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) DETRAN (R\$) CRITO DO SEGURO (R\$)

PREMIO DO BILHETE (R\$) (R\$) ANUAL A RESERVA SEGURO (R\$)

PREMIO (R\$) PARCELADO (R\$) PARCELADO (R\$) EM 12x (R\$)

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.748.805/0001-06

DEPTARQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ZONA LITORAL DE PALMARES-PE

JUL-2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE - SES
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo : _____
CRM _____ UF: _____ Nº: _____
End. _____
Cidade : _____ UF : _____
Telefone : _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paciente : Givaldo Ferreira de Moura
Endereço : _____

Prescrição : 12
Amoxicilina 250mg uso oral
(1 comprimido 2x ao dia)

DATA: 06, 12, 17

ASSINATURA DO MÉDICO / CARIMBO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome : _____
Ident. : _____ Org. Emissor : _____
End. : _____
Cidade : _____ UF : _____
Telefone : _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

[Handwritten signature and stamp]

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO
DATA: / /

Cod. 0339





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 06/12/2017 15:00Hr
Serviço.....: NEUROCIRURGIA ADULTO
Médico.....: 1006 - DELSON CULEMBE BAPTISTA ANDRE
Agenda.....: 35487

Informações do Paciente

Paciente.....: 1608930 Série.....:
Nome.....: GIVALDO FERREIRA DE MORAIS
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 98596407 / Celular: () - Nasc.....: 10/01/1991
Endereço.....: RUA CORONEL VERICIMO, 436 - JIQUIÁ - AGUA PRETA - PE - Cep: 53552970
Cidade.....: AGUA PRETA

Agendado por: RANIELLERASN

Retorno 3



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 3008900

Nome: Carolina Ferreira de Souza

Foi atendido às 16:00 hs. do dia 06/12/18

Diagnóstico Provável: (D) TCE grau I múltiplas lesões
carótidas e parênquima subaracnóideo

Tratamento Realizado: D Tratamento conservador

paciente evoluiu a favor em resposta às captações
fontes e bônus em resposta aos exames
ECG, IS. Exceção em relação à placa em

Observação: D Agendamento de cirurgia aberta

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. 0086



HRP

DEPARTAMENTO DO PACIENTE:		SENHA:
HR: <u>11/12/2018</u>		<u>123456</u>
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:		
ANAMNESE:		
EXAME FÍSICO: <u>N</u>		
DROGAS ADMINISTRADAS:		
EXAMES COMPLEMENTARES:		
HD:		
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:		

COLEGIO BRASILEIRO DE ODONTÓLOGOS
 Conselho Regional de Odontologia
 Pernambuco - Recife
 CRM 123456
 GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI

DATA: 11/12/18

Assinatura, Carimbo e CRM do Médico

Engenho Queilombo dos Palmares, BR 104 - Km 135 - Palmares - PE
CEP: 55540-000 / Fone: (81) 3333-4430



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 1608930

Nome: Gracilda Farias de Moura

Foi atendido às _____ h do dia 23, 10, 17

Diagnóstico Provável TCE + múltiplas contusões

crânio + HSA traumática data da alta 05, 11, 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIURGIA APÓS 15 DIAS

Observação: TE CRÂNIO CONTUSÃO (04/11) Convulsão

central em recuperação

João Moreira
C.R.M. 24215
Médico.

ATENÇÃO : Este documento destina-se à 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.

Cod. 0163






SECRETARIA DE SAÚDE

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO

DECLARO, para os devidos fins, que
Bivaldo Ferreira da Moura brasileiro(a),
portador do RG nº 55.293.025-8 órgão expedidor SDS/SP e CPF nº 425.980.318-60
residente à R. Manoel. ULIASSIMO - N.º 436
nesta cidade de Água Preta, foi vítima de
acidente na localidade APÓS A FAZENDA CAMARÃO, no
dia 22-10-2017, e foi socorrido pela viatura do SAMU PALMARES
sob o protocolo 192, onde foi realizado os procedimentos de APH e
encaminhado ao Hospital de Referência.

Palmares-PE, 30 de Novembro de 2017.


ENFERMEIRO(A) DE PLANTÃO/COORDENADORA DO SAMU
CUREN Nº Nilton Silva
Enfermeiro
CCREN - 232.653

RUA GERONCIO BORBA, Nº 102, BAIRRO MODELO, COHAB I, PALMARES-PE, CEP 55.540-000



Deficiência motora MSD MSE MIG MIE Pupilas Isocóricas Anisocóricas

Classew. Resposta Verbal Escrita Classew. Resposta Motora Escrita

Exatidão/Abdômen

Diagnóstico Inicial Cod.

Conduta Ass. I

Resumo do Exame:

Definição do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a Pedido Evadiu-se Alta

Transferido para: Curado Inalterado Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____

Termo de responsabilidade para internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo e/ou cirurgias inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem:

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 22-Oct-17

3.10.17 # Paciente na UT, sob EOB e UMAC, histórico de politrauma (queda de moto) com fraturas expandidas de crânio e abdome - 1 equalização

20h

Solicito RX de abdome - 1 equalização



Numero do Registro

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

882862		Data e Hora de Atendimento: 22/10/2017 23:46	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL
Cod. Paciente: 1608930	Paciente: GIVALDO FERREIRA DE MORAIS		Atendimento Manual:
Data de nascimento: 10/01/1991	Idade: 26a 9m 12d		
Estado Civil: UNIV. CONSEN	Profissão:	Sexo: MASCULINO	
DMC ID / Data expedição 2930258 / 13-Sep-11	Mãe: MARINETE MARIA DE MORAIS	Acompanhante: JANDECARLA FERREIRA VIEIRA	
Pai: MOACIR FERREIRA DA SILVA	Cartão SUS: 700001933789509		
Endereço: RUA CORONEL MERICIMO JIQUIÁ	UF: PE	Telefone: 98598407	
Cidade: AGUA PRETA	UF: PE	Telefone: 98598407	
Motivo do atendimento: QUEDA DE MOTO			
Informações do Serviço Social: 23/11/17			
Confirmação de nome: <i>divulga</i>		Fones: <i>Espera do paciente - continue adivulga</i>	
Confirmação de endereço: <i>Av. de orientações sobre DPVAT</i>		Assistente Social: <i>[assinatura]</i>	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>	Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons. Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/>		Assistente Social: <i>[assinatura]</i>
Observação:			
História Clínica:			
03 11 17 <i>[assinatura]</i>			
Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Transporte realizado Por: <input type="checkbox"/>
Acidente de trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo: <input type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: <input type="checkbox"/>	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Condições de mobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Que? <input type="checkbox"/>		
Exame Físico:			
A. Geral: Vítima esta pérvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp: <input type="checkbox"/>		
B. Respiratório			
C. Circulatório			
PA: 22.10.17	Pulso: 25	[assinatura]	



Perambuco

HRP

Data do Atendimento: 22/10/2017 Hora: 19:41:39
 No. Atendimento: 661718 Urgência / Emergência PRONTUÁRIO: 218634
 Prioridade: VERMELHA - EMERGENCIA COLABORADOR: GUILHERME
 Nome: GIVALDO FERREIRA DE MORAIS C.N.S.: 709001938785509

Data de Nascimento: 19/01/1991 Idade: 26 Anos, 9 Meses e 12 Dias Sexo: Masculino
 País ou responsáveis: MARINETE MARIA DE MORAIS C.I.:
 Endereço: RUA CEL VERISSIMO, 436 - JIQUIÁ - 55690000
 Cidade: ACUM PRETA Tel.: 8108596407

Queixa Principal: *paciente chegou com trauma de tórax, vítima de acidente automobilístico, com lesão no tórax, ventilação mecânica - 20/10/17*

Exame Físico:
 A. Geral via aerea esta pèrvia? SIM NÃO O paciente fala? SIM NÃO Temperatura: _____
 B. Respiratório: _____
 C. Circulatorio: _____

Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD MSE MID MIF Pupilas: Isocóricas Anisocóricas
 Glasgow: Abertura Ocular _____ Glasgow: Resposta Verbal _____ Glasgow: Resposta Motora _____

Exame Abdomen: _____
 Escora: _____ Hora: _____ Escora: _____ Hora: _____

Diagnóstico Inicial: *fratura de costela*

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados *radiografia de tórax*

Tratamento / Procedimentos: *ventilação mecânica*

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, TCE GRAVE

Alergia: _____

Observação: *13 no tórax - 7/3/17*

Evolução de Enfermagem: *paciente estável, sem alterações*

Destino do paciente () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta Melhorada () Alta a Pedido
 () Transferência para outra unidade () Óbito () Outro
 Condição do Paciente () Maltreatado () Inalterado () Piorado

CONFETE ORIGINAL
 [Assinatura]

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Médico - Carimbo e Assinatura



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER V2

22/10/2017 23:39

	Nome Paciente:	GIVALDO FERREIRA DE MORAES
	Cod. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	26
	Senha:	UD064
	Convênio:	
	Atendimento:	

22/10/2017 23:39 - ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:	LARANJA - NÃO URGENTE
Cor:	<input type="checkbox"/> LARANJA
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA CERCA DE 6H APRESENTOU RNC CEGOU INTUBADO
Observação:	COM SENHA 5252776
Fluxograma sintoma:	TRAUMA CRANIOENCEFALICO
Discriminadores:	- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?
Especialidade:	NEUROCIURURGIA ADULTO
Alergias:	
Sinais Vitais Lides:	- REGUA DE DOR: 0 - ESCALA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

23/10/17 NCL
 09:10 H.S. JCE - HSA (T)
 Paralelo extub.
 JOT. UN
 Azim. alv. A. 1. 1. T M. 6 (97) T
 Extub. -

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO
Data: 22/10/2017 23:39



1/17 Fenot. Resp.

Paciente sob Vm em TOT, no modo AC-PSV,
leve adaptado, el drive resp., 17/ redação p/ DVA,
4 acúmulos de secreção no momento, 10ml ⊕.
Cond. = AP= MV ⊕ em AHT n/RA b em EACT
- Paro p/ PSV | sd. barométrica
- Pacie estubado, instaldo MV=50l

Dr. João Jorge Lira
Fisiologia na Intensivista
CRP 10.178255-F

23/10/17

Paciente refere este vel,
D IOT, D VM, consciente,
ECG II, orientado pela equipe
CD: observar vagar neurológico

[Handwritten signature]

24/10/17 #CG#

08:15 ECG, desorientado, corado, aritmias
AP: MV ⊕ em AHT, n/RA, Cole torácica indolor e palpáveis.
ACV: 08/9 RH em 2T, n/A. FC = 76 bpm. Pulso radial cheio
ABD: semi-globoso, depressível e indolor.
CP: ⊕ Aq RX de tórax e pulm.

Dr. João Jorge Lira
Cirurgia Geral
CRM 10.178255-F

