



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

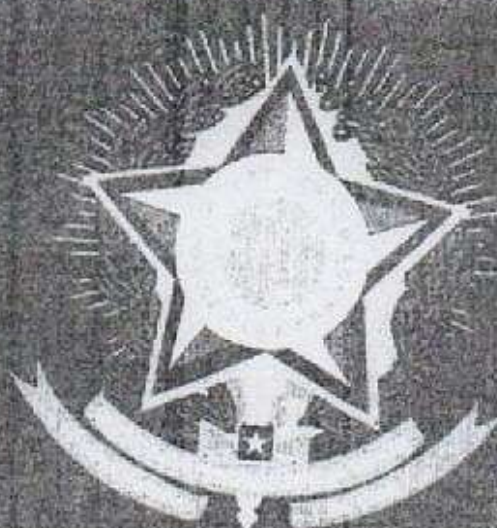
095.416.724-42

Nome

JOSE VANDERLEI BORGES DE LUNA

Nascimento

03/07/1990





PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: JOSÉ VANDERLEI BORGES DE LUNA, brasileiro, casado, vigilante, RG sob o nº8.503.841 – SDS/PE, inscrito no CPF sob nº. 095.416.724-42, domiciliado e residente à Rua Bruno Coelho de Albuquerque, nº101 – Bairro Novo do Carmelo – Camaragibe/PE.

OUTORGADAS: KATARINA FLÔR, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PE sob o nº 40.207 D e **Wládvia Magdalla Leite Batista**, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PE sob o nº 29.666 D, com escritório **Flôr & Leite Advogadas Associadas**, localizado na Rua Santa Diamantina, nº 98 - Sala A, Timbi, nesta cidade de Camaragibe/PE, Cep: 54.771-750 – e-mail: floreleite.adv@gmail.com e contato: (81) 9.9702-4154.

PODERES E FINS: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui a outorgada como sua procuradora para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, ficando investido nos poderes para o foro em geral previsto no art. 105 do CPC, especialmente para promover **AÇÃO EM FACE DA SEGURADORA LIDER, PARA BUSCAR SEU DIREITO EM PROL AO DPVAT** podendo ainda, requerer revogação de prisão preventiva, relaxamento de prisão, impetrar habeas corpus, apresentar defesa prévia, alegações finais, produzir provas e tudo o mais que for necessário ao cumprimento fiel deste mandato, receber intimações e notificações, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes.

VIGÊNCIA: O presente mandato terá vigência até o alcance dos fins que objetiva, até a sentença de primeiro grau.

Camaragibe/PE, 21 de janeiro de 2019.

x José Vanderlei Borges de Luna

JOSÉ VANDERLEI BORGES DE LUNA

CPF sob nº. 095.416.724-42

1 de 1

Rua Santa Diamantina nº 98 - Sala A, Bairro Timbí, Camaragibe -PE, CEP nº 54.771-750
floreleite.adv@gmail.com / (81) 9.9702-4154





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 03ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37/CIRC
DIM9/DESEC



CONFERE COM ORIGINAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127005102**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/08/2018** às **10:42**

Complemento o SO Número: **18E0127004565**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Cópia do Consumador que aconteceu no dia **22/6/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARO DE SANTO AGOSTINHO (MUNICIPIO), 1, BR 101**
Bairro: **CENTRO - CARO DE SANTO AGOSTINHO, PERNAMBUCO, BRASIL**
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
RIVALDO PEDRO DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ VANDERLEI BORGES DE LUNA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (USADO na geração da ocorrência), que estava em posse de(a) Sr(a): **JOSÉ VANDERLEI BORGES DE LUNA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvido(s)

JOSÉ VANDERLEI BORGES DE LUNA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** / Nacionalidade: **MARIA JOSE BORGES DE LUNA** (Data de Nascimento: **07/1990** / Nacionalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO** / **BRASIL** Endereço Residencial: **RUA BRUNO CORLHO DE ALBUQUERQUE, 101 - CEP: 55090-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

RIVALDO PEDRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** / Nacionalidade: **NÃO INFORMADO** / **PERNAMBUCO** / **BRASIL** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMARAGIBE, 1 - CEP: 55090-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RIVALDO PEDRO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VANDERLEI BORGES DE LUNA** Categoria: **Motocicleta** / Modelo: **NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não** Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **W028462** (PERMAMBUCO) INFORMADO: Registro: **219696883** Chave: **5C2KC164DAR536314**

Complemento / Observação

INFORMA O **JOSÉ VANDERLEI BORGES DE LUNA** QUE TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRO NA REFERIDA MOTO QUANDO O CONDUTOR, QUE ERA MOTOTAXISTA, COLIDIU COM UM VEICULO DE PLACA NÃO ANOTADA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL DOM HELDER CAMARA NAQUELA CIDADE, CONFORME REGISTRO 35671 DATADO DE 22/06/2018, PROCEDIMENTOS MEDICOS ANEXOS.

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

Jose Vanderlei Borges de Luna

JOSÉ VANDERLEI BORGES DE LUNA
(VITIMA)

S.O. registrado por: **ALEXSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272540-0**



RECEITUÁRIO

Curio (visão)

1000 univ. de Polio de univ.

Prontuário de transmissão por
severidade de modo (sic), tendo fotos
do útero proximal esquerdo. foi
elegero no 10.01.19.

Devido a gravidade da lesão inicial
falta e/ou limitação reflexiva na
abdução total do membro superior esquerdo.

cid: S42.2 -

07/01/19.

Dr Paulo Sobral
Ortopedista
CRM PE 10745
MÉDICO/CRM



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 21/11/19

Nº PRONTUÁRIO: 35871

NOME DO PACIENTE: João Venâncio de Aguiar

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura de Coluna cervical
segunda

- Com compressão e deslocamento

CID: de movimento

OBS:

Nº DIAS: _____ AFASTAMENTO DO TRABALHO


Assinatura do Médico
Carimbo







LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 10/02/12

Nº PRODUÇÃO: 35876
 NOME DO PACIENTE: Jose Valdeir de Souza
 HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: de humo
resorção (F)

CID: S42.2

OBS: de humo em duas sessões
de não o perigo do perigo
em o perigo do humo (F)

Nº DAS SÉSSOES: 2 AFASTAMENTO DO TRABALHO: 15 dias

Dr. Katarina de Kassia Barbosa Flor
 Assistente de Medicina
 Carimbo





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Nome: Joni Wanderlei Borges de Luna Leito da SRPA: 02
 Leito de origem: _____ data: 24/06/18 Hora: 18:10 Registro: 35874

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: FF. Pin. fratura úmero proximal @
 Tipo de anestesia: bloqueio
 Equipe: Dr. Amokam Anestesista: Dr. Nicole

3. Admissão

Estado geral: () Bom Regular () Torporoso () Grave^o
 Respiração: Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
 Sonda: () JSVD () JSNG () SNE
 Acesso Venoso Periférico: () Não Sim Onde: M.S.D
 Acesso Venoso Central: () Não () Sim Onde: _____
 Drenos: () não sim Onde: F.O
 Sinais vitais: PA: 125 x 54 mmHg FR: - p/min FC: 86 p/min SaPO2: 100%
 Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	<u>18:25</u>	<u>18:40</u>	<u>18:10</u>	<u>19:40</u>	<u>20:10</u>	
FR	<u>12x54</u>	<u>12x54</u>	<u>102x67</u>	<u>104x63</u>	<u>97x72</u>	
FC	<u>86</u>	<u>86</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	<u>-</u>	
SaPO2	<u>100%</u>	<u>99%</u>	<u>98</u>	<u>82</u>	<u>80</u>	
Glasgow			<u>99%</u>	<u>98%</u>	<u>98%</u>	

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____
 Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência
 Data: 24/06/18 Horário: 20:30 h Responsável pelo encaminhamento: Dr.ª Graça Couto
 Alta da SRPA pelo médico: _____
 Anestesiologista
 CRM: 5083





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/13

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradomalider.com.br> ou ligue para a SAC DPVAT 0800 6221204 ou 0503 6221204. Inclusive para pessoas com deficiência auditiva e de fala.

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor ou o incapaz com curador). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o beneficiário seja **assistido por seu "Representante Legal"** (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

CONFERE COM O ORIGINAL

Nome do Segurado ou RUI: _____ CPF do Vítimo: 03246224-42 Nome completo do segurado: Jose Vitor de Souza Borges de Lencina

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>Jose Vitor de Souza Borges de Lencina</u>	CPF titular da conta: <u>03246224-42</u>	Profissão: _____
Endereço: <u>Rua Bruno Cabral de Albuquerque</u>	Número: <u>21</u>	Cep: _____
Bairro: <u>Alto do Carmo</u>	Cidade: <u>Camargos</u>	UF: <u>PE</u>
E-mail: <u>rafaelcassia@netmail.com</u>	Telefone celular: _____	Telefone fixo: <u>81 33924-3302</u>

Declara, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, reside no endereço acima. Segue, em anexo, cópia da comprovante de validade do endereço informado.

Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários

R\$ 100,00 a R\$ 200,00 R\$ 200,00 a R\$ 300,00 R\$ 300,00 a R\$ 400,00 R\$ 400,00 a R\$ 500,00

R\$ 500,00 a R\$ 600,00 R\$ 600,00 a R\$ 700,00 R\$ 700,00 a R\$ 800,00 R\$ 800,00 a R\$ 900,00

R\$ 900,00 a R\$ 1.000,00 R\$ 1.000,00 a R\$ 2.000,00

R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00 R\$ 3.000,00 a R\$ 4.000,00

R\$ 4.000,00 a R\$ 5.000,00 R\$ 5.000,00 a R\$ 6.000,00

R\$ 6.000,00 a R\$ 7.000,00 R\$ 7.000,00 a R\$ 8.000,00

R\$ 8.000,00 a R\$ 9.000,00 R\$ 9.000,00 a R\$ 10.000,00

R\$ 10.000,00 a R\$ 11.000,00 R\$ 11.000,00 a R\$ 12.000,00

R\$ 12.000,00 a R\$ 13.000,00 R\$ 13.000,00 a R\$ 14.000,00

R\$ 14.000,00 a R\$ 15.000,00 R\$ 15.000,00 a R\$ 16.000,00

R\$ 16.000,00 a R\$ 17.000,00 R\$ 17.000,00 a R\$ 18.000,00

R\$ 18.000,00 a R\$ 19.000,00 R\$ 19.000,00 a R\$ 20.000,00

R\$ 20.000,00 a R\$ 21.000,00 R\$ 21.000,00 a R\$ 22.000,00

R\$ 22.000,00 a R\$ 23.000,00 R\$ 23.000,00 a R\$ 24.000,00

R\$ 24.000,00 a R\$ 25.000,00 R\$ 25.000,00 a R\$ 26.000,00

R\$ 26.000,00 a R\$ 27.000,00 R\$ 27.000,00 a R\$ 28.000,00

R\$ 28.000,00 a R\$ 29.000,00 R\$ 29.000,00 a R\$ 30.000,00

R\$ 30.000,00 a R\$ 31.000,00 R\$ 31.000,00 a R\$ 32.000,00

R\$ 32.000,00 a R\$ 33.000,00 R\$ 33.000,00 a R\$ 34.000,00

R\$ 34.000,00 a R\$ 35.000,00 R\$ 35.000,00 a R\$ 36.000,00

R\$ 36.000,00 a R\$ 37.000,00 R\$ 37.000,00 a R\$ 38.000,00

R\$ 38.000,00 a R\$ 39.000,00 R\$ 39.000,00 a R\$ 40.000,00

R\$ 40.000,00 a R\$ 41.000,00 R\$ 41.000,00 a R\$ 42.000,00

R\$ 42.000,00 a R\$ 43.000,00 R\$ 43.000,00 a R\$ 44.000,00

R\$ 44.000,00 a R\$ 45.000,00 R\$ 45.000,00 a R\$ 46.000,00

R\$ 46.000,00 a R\$ 47.000,00 R\$ 47.000,00 a R\$ 48.000,00

R\$ 48.000,00 a R\$ 49.000,00 R\$ 49.000,00 a R\$ 50.000,00

R\$ 50.000,00 a R\$ 51.000,00 R\$ 51.000,00 a R\$ 52.000,00

R\$ 52.000,00 a R\$ 53.000,00 R\$ 53.000,00 a R\$ 54.000,00

R\$ 54.000,00 a R\$ 55.000,00 R\$ 55.000,00 a R\$ 56.000,00

R\$ 56.000,00 a R\$ 57.000,00 R\$ 57.000,00 a R\$ 58.000,00

R\$ 58.000,00 a R\$ 59.000,00 R\$ 59.000,00 a R\$ 60.000,00

R\$ 60.000,00 a R\$ 61.000,00 R\$ 61.000,00 a R\$ 62.000,00

R\$ 62.000,00 a R\$ 63.000,00 R\$ 63.000,00 a R\$ 64.000,00

R\$ 64.000,00 a R\$ 65.000,00 R\$ 65.000,00 a R\$ 66.000,00

R\$ 66.000,00 a R\$ 67.000,00 R\$ 67.000,00 a R\$ 68.000,00

R\$ 68.000,00 a R\$ 69.000,00 R\$ 69.000,00 a R\$ 70.000,00

R\$ 70.000,00 a R\$ 71.000,00 R\$ 71.000,00 a R\$ 72.000,00

R\$ 72.000,00 a R\$ 73.000,00 R\$ 73.000,00 a R\$ 74.000,00

R\$ 74.000,00 a R\$ 75.000,00 R\$ 75.000,00 a R\$ 76.000,00

R\$ 76.000,00 a R\$ 77.000,00 R\$ 77.000,00 a R\$ 78.000,00

R\$ 78.000,00 a R\$ 79.000,00 R\$ 79.000,00 a R\$ 80.000,00

R\$ 80.000,00 a R\$ 81.000,00 R\$ 81.000,00 a R\$ 82.000,00

R\$ 82.000,00 a R\$ 83.000,00 R\$ 83.000,00 a R\$ 84.000,00

R\$ 84.000,00 a R\$ 85.000,00 R\$ 85.000,00 a R\$ 86.000,00

R\$ 86.000,00 a R\$ 87.000,00 R\$ 87.000,00 a R\$ 88.000,00

R\$ 88.000,00 a R\$ 89.000,00 R\$ 89.000,00 a R\$ 90.000,00

R\$ 90.000,00 a R\$ 91.000,00 R\$ 91.000,00 a R\$ 92.000,00

R\$ 92.000,00 a R\$ 93.000,00 R\$ 93.000,00 a R\$ 94.000,00

R\$ 94.000,00 a R\$ 95.000,00 R\$ 95.000,00 a R\$ 96.000,00

R\$ 96.000,00 a R\$ 97.000,00 R\$ 97.000,00 a R\$ 98.000,00

R\$ 98.000,00 a R\$ 99.000,00 R\$ 99.000,00 a R\$ 100.000,00

R\$ 100.000,00 a R\$ 101.000,00 R\$ 101.000,00 a R\$ 102.000,00

R\$ 102.000,00 a R\$ 103.000,00 R\$ 103.000,00 a R\$ 104.000,00

R\$ 104.000,00 a R\$ 105.000,00 R\$ 105.000,00 a R\$ 106.000,00

R\$ 106.000,00 a R\$ 107.000,00 R\$ 107.000,00 a R\$ 108.000,00

R\$ 108.000,00 a R\$ 109.000,00 R\$ 109.000,00 a R\$ 110.000,00

R\$ 110.000,00 a R\$ 111.000,00 R\$ 111.000,00 a R\$ 112.000,00

R\$ 112.000,00 a R\$ 113.000,00 R\$ 113.000,00 a R\$ 114.000,00

R\$ 114.000,00 a R\$ 115.000,00 R\$ 115.000,00 a R\$ 116.000,00

R\$ 116.000,00 a R\$ 117.000,00 R\$ 117.000,00 a R\$ 118.000,00

R\$ 118.000,00 a R\$ 119.000,00 R\$ 119.000,00 a R\$ 120.000,00

R\$ 120.000,00 a R\$ 121.000,00 R\$ 121.000,00 a R\$ 122.000,00

R\$ 122.000,00 a R\$ 123.000,00 R\$ 123.000,00 a R\$ 124.000,00

R\$ 124.000,00 a R\$ 125.000,00 R\$ 125.000,00 a R\$ 126.000,00

R\$ 126.000,00 a R\$ 127.000,00 R\$ 127.000,00 a R\$ 128.000,00

R\$ 128.000,00 a R\$ 129.000,00 R\$ 129.000,00 a R\$ 130.000,00

R\$ 130.000,00 a R\$ 131.000,00 R\$ 131.000,00 a R\$ 132.000,00

R\$ 132.000,00 a R\$ 133.000,00 R\$ 133.000,00 a R\$ 134.000,00

R\$ 134.000,00 a R\$ 135.000,00 R\$ 135.000,00 a R\$ 136.000,00

R\$ 136.000,00 a R\$ 137.000,00 R\$ 137.000,00 a R\$ 138.000,00

R\$ 138.000,00 a R\$ 139.000,00 R\$ 139.000,00 a R\$ 140.000,00

R\$ 140.000,00 a R\$ 141.000,00 R\$ 141.000,00 a R\$ 142.000,00

R\$ 142.000,00 a R\$ 143.000,00 R\$ 143.000,00 a R\$ 144.000,00

R\$ 144.000,00 a R\$ 145.000,00 R\$ 145.000,00 a R\$ 146.000,00

R\$ 146.000,00 a R\$ 147.000,00 R\$ 147.000,00 a R\$ 148.000,00

R\$ 148.000,00 a R\$ 149.000,00 R\$ 149.000,00 a R\$ 150.000,00

R\$ 150.000,00 a R\$ 151.000,00 R\$ 151.000,00 a R\$ 152.000,00

R\$ 152.000,00 a R\$ 153.000,00 R\$ 153.000,00 a R\$ 154.000,00

R\$ 154.000,00 a R\$ 155.000,00 R\$ 155.000,00 a R\$ 156.000,00

R\$ 156.000,00 a R\$ 157.000,00 R\$ 157.000,00 a R\$ 158.000,00

R\$ 158.000,00 a R\$ 159.000,00 R\$ 159.000,00 a R\$ 160.000,00

R\$ 160.000,00 a R\$ 161.000,00 R\$ 161.000,00 a R\$ 162.000,00

R\$ 162.000,00 a R\$ 163.000,00 R\$ 163.000,00 a R\$ 164.000,00

R\$ 164.000,00 a R\$ 165.000,00 R\$ 165.000,00 a R\$ 166.000,00

R\$ 166.000,00 a R\$ 167.000,00 R\$ 167.000,00 a R\$ 168.000,00

R\$ 168.000,00 a R\$ 169.000,00 R\$ 169.000,00 a R\$ 170.000,00

R\$ 170.000,00 a R\$ 171.000,00 R\$ 171.000,00 a R\$ 172.000,00

R\$ 172.000,00 a R\$ 173.000,00 R\$ 173.000,00 a R\$ 174.000,00

R\$ 174.000,00 a R\$ 175.000,00 R\$ 175.000,00 a R\$ 176.000,00

R\$ 176.000,00 a R\$ 177.000,00 R\$ 177.000,00 a R\$ 178.000,00

R\$ 178.000,00 a R\$ 179.000,00 R\$ 179.000,00 a R\$ 180.000,00

R\$ 180.000,00 a R\$ 181.000,00 R\$ 181.000,00 a R\$ 182.000,00

R\$ 182.000,00 a R\$ 183.000,00 R\$ 183.000,00 a R\$ 184.000,00

R\$ 184.000,00 a R\$ 185.000,00 R\$ 185.000,00 a R\$ 186.000,00

R\$ 186.000,00 a R\$ 187.000,00 R\$ 187.000,00 a R\$ 188.000,00

R\$ 188.000,00 a R\$ 189.000,00 R\$ 189.000,00 a R\$ 190.000,00

R\$ 190.000,00 a R\$ 191.000,00 R\$ 191.000,00 a R\$ 192.000,00

R\$ 192.000,00 a R\$ 193.000,00 R\$ 193.000,00 a R\$ 194.000,00

R\$ 194.000,00 a R\$ 195.000,00 R\$ 195.000,00 a R\$ 196.000,00

R\$ 196.000,00 a R\$ 197.000,00 R\$ 197.000,00 a R\$ 198.000,00

R\$ 198.000,00 a R\$ 199.000,00 R\$ 199.000,00 a R\$ 200.000,00

R\$ 200.000,00 a R\$ 201.000,00 R\$ 201.000,00 a R\$ 202.000,00

R\$ 202.000,00 a R\$ 203.000,00 R\$ 203.000,00 a R\$ 204.000,00

R\$ 204.000,00 a R\$ 205.000,00 R\$ 205.000,00 a R\$ 206.000,00

R\$ 206.000,00 a R\$ 207.000,00 R\$ 207.000,00 a R\$ 208.000,00

R\$ 208.000,00 a R\$ 209.000,00 R\$ 209.000,00 a R\$ 210.000,00

R\$ 210.000,00 a R\$ 211.000,00 R\$ 211.000,00 a R\$ 212.000,00

R\$ 212.000,00 a R\$ 213.000,00 R\$ 213.000,00 a R\$ 214.000,00

R\$ 214.000,00 a R\$ 215.000,00 R\$ 215.000,00 a R\$ 216.000,00

R\$ 216.000,00 a R\$ 217.000,00 R\$ 217.000,00 a R\$ 218.000,00

R\$ 218.000,00 a R\$ 219.000,00 R\$ 219.000,00 a R\$ 220.000,00

R\$ 220.000,00 a R\$ 221.000,00 R\$ 221.000,00 a R\$ 222.000,00

R\$ 222.000,00 a R\$ 223.000,00 R\$ 223.000,00 a R\$ 224.000,00

R\$ 224.000,00 a R\$ 225.000,00 R\$ 225.000,00 a R\$ 226.000,00

R\$ 226.000,00 a R\$ 227.000,00 R\$ 227.000,00 a R\$ 228.000,00

R\$ 228.000,00 a R\$ 229.000,00 R\$ 229.000,00 a R\$ 230.000,00

R\$ 230.000,00 a R\$ 231.000,00 R\$ 231.000,00 a R\$ 232.000,00

R\$ 232.000,00 a R\$ 233.000,00 R\$ 233.000,00 a R\$ 234.000,00

R\$ 234.000,00 a R\$ 235.000,00 R\$ 235.000,00 a R\$ 236.000,00

R\$ 236.000,00 a R\$ 237.000,00 R\$ 237.000,00 a R\$ 238.000,00

R\$ 238.000,00 a R\$ 239.000,00 R\$ 239.000,00 a R\$ 240.000,00

R\$ 240.000,00 a R\$ 241.000,00 R\$ 241.000,00 a R\$ 242.000,00

R\$ 242.000,00 a R\$ 243.000,00 R\$ 243.000,00 a R\$ 244.000,00

R\$ 244.000,00 a R\$ 245.000,00 R\$ 245.000,00 a R\$ 246.000,00

R\$ 246.000,00 a R\$ 247.000,00 R\$ 247.000,00 a R\$ 248.000,00

R\$ 248.000,00 a R\$ 249.000,00 R\$ 249.000,00 a R\$ 250.000,00

R\$ 250.000,00 a R\$ 251.000,00 R\$ 251.000,00 a R\$ 252.000,00

R\$ 252.000,00 a R\$ 253.000,00 R\$ 253.000,00 a R\$ 254.000,00

R\$ 254.000,00 a R\$ 255.000,00 R\$ 255.000,00 a R\$ 256.000,00

R\$ 256.000,00 a R\$ 257.000,00 R\$ 257.000,00 a R\$ 258.000,00

R\$ 258.000,00 a R\$ 259.000,00 R\$ 259.000,00 a R\$ 260.000,00

R\$ 260.000,00 a R\$ 261.000,00 R\$ 261.000,00 a R\$ 262.000,00

R\$ 262.000,00 a R\$ 263.000,00 R\$ 263.000,00 a R\$ 264.000,00

R\$ 264.000,00 a R\$ 265.000,00 R\$ 265.000,00 a R\$ 266.000,00

R\$ 266.000,00 a R\$ 267.000,00 R\$ 267.000,00 a R\$ 268.000,00

R\$ 268.000,00 a R\$ 269.000,00 R\$ 269.000,00 a R\$ 270.000,00

R\$ 270.000,00 a R\$ 271.000,00 R\$ 271.000,00 a R\$ 272.000,00

R\$ 272.000,00 a R\$ 273.000,00 R\$ 273.000,00 a R\$ 274.000,00

R\$ 274.000,00 a R\$ 275.000,00 R\$ 275.000,00 a R\$ 276.000,00

R\$ 276.000,00 a R\$ 277.000,00 R\$ 277.000,00 a R\$ 278.000,00

R\$ 278.000,00 a R\$ 279.000,00 R\$ 279.000,00 a R\$ 280.000,00

R\$ 280.000,00 a R\$ 281.000,00 R\$ 281.000,00 a R\$ 282.000,00

R\$ 282.000,00 a R\$ 283.000,00 R\$ 283.000,00 a R\$ 284.000,00

R\$ 284.000,00 a R\$ 285.000,00 R\$ 285.000,00 a R\$ 286.000,00

R\$ 286.000,00 a R\$ 287.000,00 R\$ 287.000,00 a R\$ 288.000,00

R\$ 288.000,00 a R\$ 289.000,00 R\$ 289.000,00 a R\$ 290.000,00

R\$ 290.000,00 a R\$ 291.000,00 R\$ 291.000,00 a R\$ 292.000,00

R\$ 292.000,00 a R\$ 293.000,00 R\$ 293.000,00 a R\$ 294.000,00

R\$ 294.000,00 a R\$ 295.000,00 R\$ 295.000,00 a R\$ 296.000,00

R\$ 296.000,00 a R\$ 297.000,00 R\$ 297.000,00 a R\$ 298.000,00

R\$ 298.000,00 a R\$ 299.000,00 R\$ 299.000,00 a R\$ 300.000,00



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

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 35871

Nome: JOSÉ VANDERLEI BORGES DE LUNA

Mãe: MARIA JOSE BORGES DE LUNA

End.: CENTRO

Enferm.: LEITO 04

Atendimento: 442121

Dt. Cad: 11/07/2012

Dt. Nasc: 03/07/1990

Bairro: CENTRO

Cidade: LIMOEIRO

CNS: 706809211421426

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não
- Sim e há equipamento disponível

- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando

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

- Não
- Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- Não
- Sim

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

- Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Redução da fratura*
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *1:00 / 1min*

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
- Não se aplica

- Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?
1min

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado
- 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

Trot. exurg fr. útero e





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

Para mais informações, acesse o site <http://www.susep.gov.br/seguros/seguros/seguros/seguros> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 021234 ou 0800 443 200. Também pode ser acessado pelo endereço eletrônico acima.

CONFERE COM O ORIGINAL

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

- Cases com vítima entre 0 e 18 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Assine o Representante Legal* e assine a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").
- Cases com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deve ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e assinado por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").
- Cases com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Jane Vasconcelos Borges de Jesus CNP da Vítima: 095446724-44 Data do Acidente: 23/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante Legal: _____
 Email: _____ Telefone (DDD): _____

Declaro, sob as penas da lei, que estou impedido(a) de apresentar o laudo do IML ao Médico Legal (ML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT. Eu, eu(a), sou eu(s) quem:

- Articular uma das opções abaixo:
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou de minha residência; ou
 - O estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 - O estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de tempo hábil pedido.

Caso o objetivo de permitir o exame de laudo perdo de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por acidente automobilístico de via terrestre, reflecta que esta declaração permite a prossecução da análise da minha documentação sem a apresentação de laudo do Instituto Médico Legal (IML), considerando, desde já, que me submeto à perícia médica do Centro de Seguros LIDER DPVAT para a correta avaliação do acidente e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização desta perícia não significa prejuízo ou confissão com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso diverja do seu resultado.

Rosely 08 de Novembro de 2018
Assinatura



Assinatura do Representante Legal: Jane Vasconcelos Borges de Jesus Assinatura do Representante Legal: _____
 Cargo 1 - Assinatura do Segurado Cargo 2 - Assinatura do Representante Legal



vivo



CTC REDIFE PE PLUS
JOSE VANDERLEI SORGES DE LUNA
RUA BRUNO COELHO DE ALBUQUERQUE, 301
BAIRRO NOVO DO CARMELO
54759-320 CAMARAGIBE PE



721314455050792200500698430150318

24/06/2019



COMPANHIA DE TELECOMUNICAÇÕES
DE PERNAMBUCO S.A. - VIVO
RUA CARLOS DE ALMEIDA, 100
10000-000 RECIFE PE

VIVO

Rede Elétrica Vivo

FAC



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Wanduza Borges de Lima

RG nº 8503844, data de expedição 25/10/2016, Órgão SDS

CPF nº 095116344-42, 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 Buena Vista de Alimungui</u>
Número	<u>101</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Novo do Carmo</u>
Cidade	<u>Camacuru</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>54549-220</u>
Telefone de Contato	<u>(81)99984-3323</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Camacuru 18 de Julho de 2018

Assinatura do Declarante: Jose Wanduza Borges de Lima



CONFERE COM
O ORIGINAL

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Rivaldo Pedro da Silva
RG nº 3.765.698 data de expedição 2018.05
Órgão SSPPE, portador do CPF nº 964.303.594-43 com
domicílio na cidade de CAMARAGIBÁ no Estado de
PE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Piloto nº 32
complemento — declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado (é/era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Vanderlei Pereira cujo o condutor era
Rivaldo Pedro da Silva
Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG150 TITAN MIX EA
Ano: 2010
Placa: RGB 3469
Chassi: YCRKCEY0A8032314
Data do Acidente: 22-06-2018
Local e Data: Camatapiba 21-08-18

Rivaldo Pedro da Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro quando a vítima redamente do sinistro)





Prefeitura Municipal de Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



SAMU
192

DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência 5442101 que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento o Sr. José Vanderlei Borges de Luna CPF: 095.416.724 - 42; no dia 22 junho de 2018, às 17h40, na BR - 101, após a Fábrica S1, Cabo de Santo Agostinho, vítima de queda de motocicleta.

O mesmo foi atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 26 de julho de 2018.

Atenciosamente,


 Fábio Marinho
Coordenador Geral SAMU 192 Cabo de Santo Agostinho

Fábio Marinho
Coord. Geral SAMU 192 Cabo
Mat. 43.080

Endereço: Av. Josefa Ara Conceição Itapuzna - Cabo de Santo Agostinho
Fone: 3524 - 0099 E-MAILS: samucabo192@yahoo.com.br

Scanned by CamScanner



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:
 Nome: Carla Augusta B. V. Silva Data de Nascimento: 15/01/1950 Registro: 25842
 Sobrenome: Silva

2 - FOLHA MÉDICA:
 Cirurgião: Dr. Helder Câmara Anestesiologista: Dr. Helder Câmara
 Assessor: Dr. Helder Câmara Mediante: Dr. Helder Câmara

3 - DADOS DA CIRURGIA:
 Cirurgia: 1800 - 2ª. etapa - Imenso - 2º.º Valor: 16,00 Taxa: 18,00
 Anestesia: ALGUNA Valor: 16,00 Taxa: 18,00

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:
 Estado Geral: Bom Regular Grave
 Sinal de Constrição: Distensão Inchaço Escoriação Dor
 Resposta: Dependente Estável Dependente Dor
 Fluorescência: Sim Não Dependente Dependente
 Chagas na CC em uso de: Sim Não

5 - TRANS-OPERATÓRIO:
 Presença Frontal: Lateral Dorso Ventral Supraclavicular
 Banco de Sangue: Lateral Dorso Ventral Supraclavicular
 Lateral Dorso Ventral Supraclavicular

6.1 - EQUIPAMENTOS:
 Colimador de Pólio: Sim Não Não
 Colimador Têxtil: Sim Não Não
 Sinalizador: Sim Não Não
 Sinalizador de Alarme: Sim Não Não
 Sinalizador de Falha: Sim Não Não
 Sinalizador de Temperatura: Sim Não Não
 Sinalizador de Pressão: Sim Não Não
 Sinalizador de Saturação: Sim Não Não
 Sinalizador de Fluxo: Sim Não Não
 Sinalizador de Volume: Sim Não Não
 Sinalizador de Temperatura: Sim Não Não
 Sinalizador de Pressão: Sim Não Não
 Sinalizador de Saturação: Sim Não Não
 Sinalizador de Fluxo: Sim Não Não
 Sinalizador de Volume: Sim Não Não

6.2 - PROCEDIMENTOS:
 Chave Desligada: Sim Não Não
 Sinalizador de Falha: Sim Não Não
 Sinalizador de Temperatura: Sim Não Não
 Sinalizador de Pressão: Sim Não Não
 Sinalizador de Saturação: Sim Não Não
 Sinalizador de Fluxo: Sim Não Não
 Sinalizador de Volume: Sim Não Não
 Sinalizador de Temperatura: Sim Não Não
 Sinalizador de Pressão: Sim Não Não
 Sinalizador de Saturação: Sim Não Não
 Sinalizador de Fluxo: Sim Não Não
 Sinalizador de Volume: Sim Não Não

6.3 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:
 Anestesia: com anestesia CIRURGIA: Imenso de 2ª.º etapa

6 - OBSERVAÇÕES:
Ata da cirurgia com Dr. Helder Câmara e Dr. Helder Câmara, com a presença de todos os membros da equipe de enfermagem.

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO:
 Presença Frontal: Lateral Dorso Ventral Supraclavicular
 Banco de Sangue: Lateral Dorso Ventral Supraclavicular
 Lateral Dorso Ventral Supraclavicular

Data: 20/11 Hora: 18:00 Substância: Tróvão Cirurgião: Helder Câmara

COO. Sâncr





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 442121 Data e Hora do Atendimento: 22/05/2018 22:30
Usuário do Atendimento: NEICYOOD Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE VANDERLEI BORGES DE LUNA Prontuário: 35571
Nome da Mãe: MARIA JOSE BORGES DE LUNA Nome do Pai: ANTONIO DE LUNA
Data do Nascimento: 03/07/1990 Idade: 27 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 9533941 SSP PE Data Emissão:
CPF: 09541972442 Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: Escolaridade: NAO BASESEM DECLARACAO
Carteira Nacional SUS: 709809211421426 Ocupação Habitual: OPERADOR DE MAQUINA
Endereço: CENTRO 0 CENTRO
Cidade: LIMOEIRO PE CEP: 55700000 Fone: 8198013267

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: SAMU
Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17720
Especialidade: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA Leito: LEITO 04
IDH - Hospital Dom Helder Câmara
Evolução C. Data de Saída
23.05.2018

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: Melhorado
Procedimento: Sutura de wound (abertura) e
Alta em: 22.05.2018 Hora:
Médico e C.R.M.:
Responsável pela retirada do paciente - Nome:
Assinatura e R.G.:

Handwritten signature and stamp at the bottom of the form.



Atividade de Cirurgia: 36705 Sala: 0005 SALA 03
Paciente: 35871 JOSE WANDERLE BORGES DE LUNA Atendimento: 442121
Convênio Atend.: 1 SUB - INTERNACAO Centro: 1
Lado: B34 LEITO 1 Bloco: 27 Apto
Dt. Inicio: Dt. Fim: 24/06/2018 18:08

Cid Pré-Operatório:
Cid Pós-Operatório:

Procedimento: 040600395 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CÁPSE DO OMBRO (PRINCIPAL)
Serviço: 021 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOC PLEXO BRAQUIAL

QUIRURGO 17411 AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA
ANESTESISTA 21833 NICOLE ZARZAN DE PAULA MENDES MELO

Descrição Cirúrgica:

ANESTESIA ANTISEPTICA ASSÉPTICA CADERA DE PNEU
ACESSO DELTOIDEAL
TENDESE DO CLB
AMARELHA DOS TUBEROSULOS COM ETHIBOND 6
APOSIÇÃO DE PLACA 4,3 4 FURDS DISTAIS EM T
APOSIÇÃO DE 3 PARAFUSOS CORTICIAS E 3 ESPONJOSOS
CONFIRMAÇÃO COM INT DE MAADEM
APOSIÇÃO DE DRENO PORTOVACA 8
SUTURA COM NYLON E VICRYL
SERVIÇO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DRA: AVRAHAM MACHADO COSTA FERREIRA
CRM: 17411

Avraham Ferreira
CRM: 17411/10712288

24 de 24 Ombro
ap vend 01



FORMULÁRIO DE RETORNO

Data do Atendimento: 21.11.19

Nº Prontuário: 75871

Nome do Paciente: João Venâncio Figueiredo

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ECG | <input type="checkbox"/> Psicologia |
| <input type="checkbox"/> Curativo | <input type="checkbox"/> Nutrição |
| <input type="checkbox"/> Retirada de Ponto | <input type="checkbox"/> Fonoaudiologia |
| <input type="checkbox"/> Retirada de Fio K | <input type="checkbox"/> Serviço Social |
| <input type="checkbox"/> Imobilização | <input checked="" type="checkbox"/> Alta Ambulatorial |
| | <input type="checkbox"/> Retorno |
- Date: / /

Obs.: _____

Dr. Katarina de Cassia Barbosa Flor

CRM 11.73.126





HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação:
Nome: João Vanderlei Registro: 35871 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim () Não
Clínica: _____ Enfermeira: _____ Labor: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

História da Doença Atual:
Vitima de acidente de moto com do
cto de fratura (R)

Interrogatório Sintomatológico:



Exame Físico: *Do, edung, difundido, ...*
Quintais físicos
CVI preservado

Antecedentes Pessoais: *Não alérgico, DM, HAS*


Medicações em Uso: _____

Antecedentes Familiares: _____

História Diagnóstica Principal: *Protocolo de útero preservado (D)*

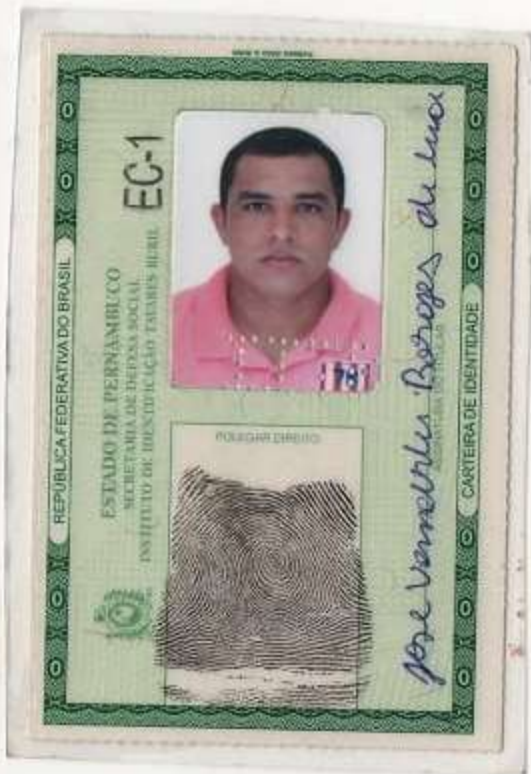
História Diagnóstica Secundária: _____

Plano Terapêutico: *Intervenção*

Cabo de Santo Agostinho, 21/01/2019 

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









CONFERE COM
O ORIGINAL



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: Silvia Amélia Z. de Jesus Data: 24/06/18 Registro: 05791
 Consultor: 619 Leito: _____ Hora: 15:00

2. Equipe médica:

Cirurgião: DR. Helder 2º auxiliar: _____
 Anestesiologista: DR. Helder Instrumentador: _____
 Circulante: Renata sala: 03

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
- sap	2014-06-18 02:21:00-18-00	
- Sapote	2014-06-18 02:21:00-18-00	
- Esc. MMS5	29-06-18 00:18:24:07	
- T. 1000	21-06-18 02:21:00-18-00	
- Máquina 15	20-06-18 02:21:00-18-00	
- Nota 3000	27-03-18 02:21:00-18-00	
- SC 4.5 (resumido)	27-06-18 02:21:00-18-00	
- SC resaque 4.5	27-06-18 02:21:00-18-00	

60



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspectos da diurese a cada / / h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosa <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> Outros	
9. Emase () Náusea ()	<input type="checkbox"/> Registrar aspectos e quantidade de epíspicos <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal () Elevado	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de / / h e comunicar se estiver abaixo de 35º C ou acima de 37º C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque Hipovolêmico ()	<input type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada / / min. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O. Verificar sinais como: <input type="checkbox"/> Taquicardia, <input type="checkbox"/> Palidez cutânea, <input type="checkbox"/> Pulso Irregular, <input type="checkbox"/> Febre fria, <input type="checkbox"/> Perda da Consciência <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco de Infecção ()	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <input type="checkbox"/> A / <input type="checkbox"/> P / <input type="checkbox"/> F.O. <input type="checkbox"/> Examinar F.O. e registrar alterações <input type="checkbox"/> L / <input type="checkbox"/> T / <input type="checkbox"/> C / <input type="checkbox"/> R / <input type="checkbox"/> E / <input type="checkbox"/> Edema. <input type="checkbox"/> Outros	
	<input type="checkbox"/> Outros	

G - Sonda Nasogástrica PA - Pressão Arterial FC - Frequência Cardíaca
 SNE - Sonda Naso Enteral HGT - Hemóglóbina AVP - Acesso Venoso Teriférico

 ENFERMEIRA - D - ASSINATURA E CARIMBO	 ENFERMEIRA - N - ASSINATURA E CARIMBO	 TÈC. EM ENFERMAGEM - D - ASSINATURA E CARIMBO	 TÈC. EM ENFERMAGEM - I - ASSINATURA E CARIMBO
--	--	--	--




HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/06/2018 18:32

Nome Paciente:	JOSE VANDERLEI BORGES DE LUNA
Cód. Paciente:	35871
Data de Nascimento:	03/07/1990
Sexo:	Masculino
Idade:	27
Senha:	0036
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	442101 
SAME:	35871

Período: 22/06/2018 19:06 - 22/06/2018 19:08

EMERSON OLIVEIRA DOS SANTOS - COREN: 502216 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PCTE VEIO TRAZIDO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQUERDO E APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NO CORPO, E HISTÓRICO DE COLISÃO ENTRE MOTO E CARRO.

Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - PAD: 70.00 MMHG
- PAS: 120.00 MMHG

Acolhido(a) por: EMERSON OLIVEIRA DOS SANTOS - COREN: 502216 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/06/2018 19:08

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: JOSE VANDERLEI BORGES DE LUNA
REGISTRO: 35871 IDADE: 27 DATA ADMISSÃO: 22/06/2018 DATA ALTA: 25/08/2018

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

PLACA E PARAFUSOS

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

- 1) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO (TIPÓIA AMERICANA)
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DOS DEDOS
- 3) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE
- 4) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS
- 5) RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS EM POSTO DE SAÚDE

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) DATA DA CONSULTA:
Não ()

AMBULATORIO DE ORTOPEDIA COM 15 DIAS

Procedimento realizado
conforme prescrição de
consulta, sem
alterações.


Assinatura de Médico e Carimbo
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES PE
Fundação Professor Maranhão Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Maranhão Fernandes S/S - Dona Helder Carneiro
Rodovia BR-202, Km - 118/95, CEP: 54.310-000
Cidade de Santo Agostinho - PE

(81) 3163 0148

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.



Clín. Geral / ORTOP.

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA 

Atendimento: 442101 Senha de Classificação: 0036
Data e Hora: 22/06/2018 18:38

Paciente: 32871 JOSE VANDERLEI BORGES DE LUNA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 03/07/1990 Idade: 27 anos Convênio: 2 SUSISIA AMBURG
Nome da Mãe: MARIA JOSE BORGES DE LUNA Nome do Pai: ANTONIO DE LUNA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO CRM: 14381
Endereço: CENTRO - ZONA RURAL Bairros: CENTRO
Cidade/UF: LIMOEIRO PE Usuário Atendimento: SANDRACA
RG (Identidade): 8933841 SSP PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoas Físicas): 06641872442 Fone: 01186013267
Cartão SUS: 70908211421429 Data de Emissão CRN:

LAB 356921

RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal: *vitima de acidente motorciclístico
Nada vomito e diarreia
Rifor dor em ombro E*

Sinais e Sinais: *alta lesão profundidade, lacerações
na pele
em membro*

nome Diagnóstico: *Trauma de ombro E*

Conduta Terapêutica: *Rx ombro E / Alce da gin. geral / Ao ortopédico
Fortalecimento + fisioterapia TC*

Prescrição Médica: *SP 0,9% 1000ml IV
Kefonid 100mg + 200ml SF IV
Dipirona 1000mg IV*

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		GESTÃO IMP HOSPITALAR	
Nome: <u>Dr. Vanda de Menezes</u>		Registro: <u>5084</u>	Leito: _____
Procedimento original: <u>Tal. 2.440.001.001. Inverno C</u>		Data: <u>24/04/19</u>	Hora: _____
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade ()	<input checked="" type="checkbox"/> Elicitar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros _____		
2. Ventilação prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Enxugar o paciente e tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda de saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar osimetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros _____		
3. Regão de eliminação urinária Diminuído () Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de _____ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar toalha, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar-se <input type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Absolutamente em regão suprapúbica <input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros _____		
4. Dor () Local: <u>FC</u> Leve () Moderada () Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Medir qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar e localizar e a intensidade de dor <input type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração de medicamento <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Descrever características de lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo a cada _____ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de _____ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por _____ h <input type="checkbox"/> Outros _____		
5. Integridade tissular prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Manter pressão arterial de _____ mmHg <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Registrar curativo oclusivo _____ <input type="checkbox"/> Outros _____		
6. Sangramento () Local: <u>FC</u> () Leve () Moderada () Severa	<input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input type="checkbox"/> Registrar curativo oclusivo _____ <input type="checkbox"/> Outros _____		
7. Imobidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____		

COD. 30805

