

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

Outorgante: JOSE ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA, brasileiro, estado civil: casado, agricultor portador (a) do RG de nº 7.465.291 SDS/PE, inscrito (a) nº CPF Nº067.028.464-52, residente e domiciliado no sítio jardim, Nº 258 Bairro zona rural CARNAÍBA - PE.

Outorgada: ROSELANE MARIA BARBOSA DA SILVA, OAB/PE 26.467, com endereço profissional à Rua Demócrito de Souza Filho, nº 335, Sala 903, Madalena, Recife – PE, CEP 50610-120.

Poderes: "AD JUDICIA ET EXTRA", a quem conferem amplos poderes para o foro em geral, para propositura de demandas judiciais e/ou administrativas visando os interesses do(a) outorgante, devendo ainda defendê-las nas contrárias, seguindo umas as outras, e, podendo para tanto, recorrer a qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, agindo em conjunto ou separadamente, podendo assinar, concordar, desistir, discordar, transigir, assinar recibos, dar quitação, receber alvarás, intimações e notificações, efetuar levantamento de depósitos judiciais na justiça competente, substabelecer com ou sem reservas de iguais, levantar valores existentes em contas judiciais, tudo para o fiel cumprimento deste mandato.

CARNAÍBA (PE) 20/09/2018.



Outorgante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, **JOSE ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA**, brasileiro, estado civil casado, agricultor, portador (a) do RG de nº 7.465.291 SDS/PE, e CPF 067.028.464-52 residente e domiciliado (a) No sítio jardim Nº 258, Bairro: zona rural CARNAÍBA – PE. Declara que não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio, bem como o de sua família, razão pela qual fazem jus ao benefício da gratuidade da justiça, nos termos do art. 4º da Lei 1.060/50, com redação introduzida pela Lei 7.510/86. Declara, ainda, sob as penas da lei (sanções civis, administrativas e criminais), que não auferir rendimentos anuais que lhe obriguem a declarar renda, nos termos do art. 1º da Lei 7.115/83, **responsabilizando-se pela veracidade de tais declarações.**

. CARNAÍBA (PE), 20/09/2018.



Declarante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 167ª CIRCUNSCRIÇÃO - AFOGADOS DA INGAZEIRA -
DP167ªCIRC DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0257000690**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/04/2018** às **10:01**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **21/4/2018** às **15:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARNAIBA, 1, ZONA RURAL, ESTRADA VISCINAL, SÍTIO JARDIM** - Bairro: **CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RONIVALDO RODRIGUES AMORIM (AUTOR / AGENTE)
THIAGO SANTOS DE CASTRO (NOTICIANTE)
JOSÉ ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **RONIVALDO RODRIGUES AMORIM**

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

THIAGO SANTOS DE CASTRO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRACAS SANTOS DE CASTRO** Pai: **JURANDIR LIMA DE CASTRO** Data de Nascimento: **11/10/1985** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6569303/SDS/PE (RG). 05848925437 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **EMPRESARIO**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE AFOGADOS DA INGAZEIRA, 568, AV. JOSÉ PEREIRA DE SOUZA - CEP: 0 - Bairro: MANOELA VALADARES - AFOGADOS DA INGAZEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSÉ ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA VERA LUCIA FERREIRA PEREIRA** Pai: **JOSÉ PATRICIO PEREIRA** Data de Nascimento: **4/8/1986** Naturalidade: **AFOGADOS DA INGAZEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7465291/SDS/PE (RG). 06231474971 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**

25/04/2018 09:46



Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARNAIBA, 1, SÍTIO JARDIM, PROXIMO A ESCOLA SBASTIÃO JOSÉ DOS SANTOS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARNAIBA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RONIVALDO RODRIGUES AMORIM (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO RODRIGUES AMORIM** Pai: **JOÃO PEREIRA AMORIM** Data de Nascimento: **21/1/1972** Naturalidade: **TABIRA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3196272/SSP/PE (RG), 78095930482 (CPF), 01078378181 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **EMPRESARIO**

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

AUTOMOVELO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RONIVALDO RODRIGUES AMORIM**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RONIVALDO RODRIGUES AMORIM**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDN7226** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **108823283** Chassi: **94TT41353GH401303**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **DIESEL**
Descrição: **TROLLER T4 XLT 3.2**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFL2074** (PERNAMBUCO/CARNAIBA) Renavam: **323583914** Chassi: **9C2KC1670BR527807**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **HONDA CG 150 FAN ESI**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA PARA RELATAR O PRESENTE ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL, O MESMO RELATOU QUE ESTAVA COM O CONDUTOR DO AUTOMOVELO (RONIVALDO RODRIGUES AMORIM) EM UMA ESTRADA VISCINAL QUANDO EM UMA CURVA SEM VISIBILIDADE DEVIDO À VEGETAÇÃO OS DOIS VEÍCULOS ENVOLVIDOS NA OCORRENCIA SE CHOCARAM FRONTALMENTE, RELATA AINDA QUE FOI PRESTADO TODO O SOCORRO E ASSISTENCIA NECESSARIA AO CONDUTOR DA MOTOCICLETA TANTO NO LOCAL COMO POSTERIORMENTE NO TRATAMENTO DAS LESÕES DECORRENTES DO ACIDENTE, RELATA AINDA QUE A CIRURGIA NECESSARIA FOI FEITA DE FORMA PARTICULAR E CUSTEADA PELO NOTICIANTE E PELO CONDUTOR DO AUTOMOVELO, RELATA AINDA QUE FEZ UM ACORDO VERBAL COM A VÍTIMA NO SENTIDO DE CUSTEAR AS DESPESAS DECORRENTES DO ACIDENTE E APÓS A VÍTIMA RECEBER O SEGURO DPVAT O MESMO RESARCIR PARTE DOS CUSTOS, NADA MAIS A DECLARAR, ENCERRO ESTE TERMO.

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

THIAGO SANTOS DE CASTRO
(NOTICIANTE)

JOSÉ ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ROGER SASSI CARVALHO DANTAS** - Matrícula: **3877400**



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

SUS		Unidade: H.R.E.C.I.H.TAT/505 702808194686567		Data: 21.04.18	
PACIENTE	Nome: Jose Alexandro Ferreira Pereira				Nº da Ocorrência: 100
	Residência: Sítio Jardim - Caruaru - PE				Telefone: 11.1
RESPONSÁVEL	Nome: Maria Vitor Lucia Ferreira Pereira (mãe)				Telefone:
	Residência:				
CONDIÇÃO		PROFISSÃO	SEXO	NASCIMENTO	NACIONALIDADE
☐ SEGURADO ☐ ESPOSA ☐ FILHO ☐ OUTROS		carpinteiro	☒ MASC. ☐ FEM.	04/06/1986	☒ BRASILEIRO ☐ ESTRANGEIRO
				UF: PE	DOCUMENTO DE IDENTIDADE
					NÚMERO: 7465921
					ÓRGÃO EMISSOR: SDS/PE
PACIENTE CHEGOU		AMBULÂNCIA / HORA	PACIENTE / HORA	ATENIMENTO	
☐ ANDANDO ☐ DE AUTO ☐ AMBULÂNCIA ☐ OUTROS		SAÍDA	CHEGADA: 16:50	☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ CASO POLICIAL	
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		
MÁX.: MIN.:			AXILAR: RENAL:		
Causa Provável da Lesão - Queixa Principal - Exame Físico - Sinais - Sintomas					
Dor na mão - trauma - per (P) do não edema + dor - per (P)					
Exames Complementares					
NOTIFICADO HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO Av. Manoel Vitorino Sobrinho S/N - KM 01 PE-05 CEP: 55.000-000 - CARUARU - PE Confere com a original (assinatura)					
Tratamento					
Intussuscepção pelo corpo pediculado					
Destino Dado ao Paciente					
☐ Residência ☐ Internado Encaminhado: Removido:					
Impressão Diagnóstica					
Fratura distal do rádio					
Licença Concedida _____ Dias					
Dr. Marcelo Alves Ortopedia e Traumatologia CRM: PB 7381 CBO: 312010 - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
Assinatura - Carimbo - CRM / CRO					
Óbito às _____ H _____ Min. do Dia _____ Encaminhado ao IML ()					

Lagraca (07) 9911-1852/9635-7620



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro nº _____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

ENFERMARIA: _____ LEITO Nº _____ *apto: 08*

PACIENTE

NOME: _____
SEXO: _____
NATURAL: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____
Nº DOCL: _____

ESTADO CIVIL: _____

RESPONSÁVEL

PAI: _____
MÃE: _____
Nº DOCUMENTO: _____

FONE: _____

INTERNADO POR ORDEM DE: _____

ASS. DO MÉDICO - CRM _____

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA

LOCAL DO ACIDENTE: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

NATUREZA DO ACIDENTE:

- ☐ CASUAL
☐ QUEDA
☐ ACIDENTE DE TRABALHO
☐ ACIDENTE DO TRÂNSITO

- ☐ INTOXICAÇÃO
☐ AGRESSÃO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO
☐ OUTRAS CAUSAS

☐ CLÍNICA ☒ CIRÚRGICO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO _____

PRESSÃO ARTERIAL: _____ MM HG _____ NN PULSO: _____ BPM

TEMPERATURA: _____ °C PESO: _____

QUEIXA PRINCIPAL: *Paciente sofreu trauma na perna D, com dores, edema e deformidade.*

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: *Hemorria e impotência funcional na perna D.*

ATENÇÃO MÉDICA

EXAME FÍSICO

Inspeção:

Palpação:

Ausculta:

Hipótese Diagnóstica:

Fratura do Tíbio D.

Alta

Curado ☐

Melhorando ☒

Inalterado ☐

Piorado ☐

Óbito ☐

Condições de Alta

Tempo de Permanência Hospitalar _____ dias

Óbito em

Hora

+ 48 Horas ☐

- 48 Horas ☐

Motivo:

Decisão Médica ☒

Alta Pedida ☐

Transferência ☐

Indisciplina ☐

Transferido para

Diagnóstico definido

Fratura do Tíbio D.

Tratamento

Reparo cirúrgico + osteossíntese

Diagnóstico anátomo-Paratológico

25,04,18

Ass. do Médico - GRM

e Carimbo ou Nome do Médico em letra de forma



Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. Moura Soares Ltda. S/C

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Apolônio Veras, 411 - Telefax: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 86.600-000 - Afogados da Ingazeira - PE

FATURA MÉDICO HOSPITALAR

MATERIAIS, MEDICAMENTOS, TAXAS DIVERSAS, GASES E HONORÁRIOS MÉDICOS

PACIENTE: JOSE ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA	PRONTUÁRIO
CIRURGIA REALIZADA: RAFI DE FRATURA DE TIBIA DIREITA	112911
CIRURGIÃO: FRANCISCO ERLANDIO MELO JUNIOR	REGISTRO
DATA: 24/ABRIL/2018	172082

HONORÁRIOS MÉDICOS							
PROCEDIMENTO	CIRURGIÃO	1º AUXILIAR	ANESTESISTA	TOTAL HONORÁRIOS			
		R\$ 100,00					
MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO				MEDICAMENTOS APARTAMENTO			
PRODUTO	QUANT.	VL. UNIT	TOTAL	PRODUTO	QUANT.	VL. UNIT	TOTAL
Agua destilada 10ml	2	R\$ 0,67	R\$ 1,34	SF 0,9% 500ML	2	6,66	R\$ 13,32
Cefafolina 1g	2	R\$ 8,35	R\$ 16,70	Cefalotina 1g	4	8,35	R\$ 33,40
Dimorf amp	1	R\$ 5,71	R\$ 5,71	Agua destilada 10ml	8	0,67	R\$ 5,36
Dormonid 5g	1	R\$ 7,84	R\$ 7,84	Dipirona amp	4	1,04	R\$ 4,16
Neocaina Pesada	1	R\$ 11,53	R\$ 11,53	Tilatil Amp	2	14,49	R\$ 28,98
SF 0,9% 500ML	5	R\$ 6,66	R\$ 33,30	SF 0,9% 100ml	2	6,44	R\$ 12,88
Ringer 500ml	1	R\$ 7,61	R\$ 7,61				
Nauseidron 4mg	1	R\$ 30,51	R\$ 30,51				
Dipirona amp	1	R\$ 1,04	R\$ 1,04				
Tilatil 20mg	1	R\$ 7,23	R\$ 7,23				
TOTAL			R\$ 222,81	TOTAL			R\$ 98,10
EXAMES RADIOLOGICOS				MATERIAIS DESCARTÁVEIS - APARTAMENTO			
PRODUTO	QUANT.	VL. UNIT	TOTAL	PRODUTO	QUANT.	VL. UNIT	TOTAL
RX DA TIBIA	1	R\$ 120,00	R\$ 120,00	Seringa Desc. 10cc	10	R\$ 1,45	R\$ 14,50
TOTAL			R\$ 120,00	TOTAL			R\$ 14,50

MATERIAIS DESCARTÁVEIS - CENTRO CIRÚRGICO				DIARIAS, TAXAS, EQUIPAMENTOS, ETC			
PRODUTO	QUANT.	VL. UNIT	TOTAL	DESCRIÇÃO	QUANT.	VL. UNIT	VALOR
Algodao Bola	1	R\$ 0,25	R\$ 0,25	Tx. Sala até 3hs	1	R\$ 356,00	R\$ 356,00
Agulha de Raque	1	R\$ 37,00	R\$ 37,00	Tx. Sala Recuperação	1	R\$ 105,00	R\$ 105,00
Atadura de Crepe 20cm	6	R\$ 10,50	R\$ 63,00	Diária de Apartamento	1	R\$ 210,00	R\$ 210,00
Bisturi descartavel	1	R\$ 2,56	R\$ 2,56				
Cateter para O2	1	R\$ 3,89	R\$ 3,89	TOTAL			R\$ 671,00
Cateter Jelco 14,16,18	1	R\$ 11,82	R\$ 11,82	GASES MEDICINAIS			
Compressa Cirurgica	16	R\$ 5,40	R\$ 86,40	DESCRIÇÃO	QUANT.	VL. UNIT	TOTAL
Catgut Cromado 0,2,0	2	R\$ 8,40	R\$ 16,80	Oxigênio (11:20 à 12:20)	80	0,47	R\$ 37,60
Equipo p/ Soro	1	R\$ 11,21	R\$ 11,21				
Espadrappo cm	35	R\$ 0,04	R\$ 1,40	TOTAL			R\$ 37,60
Escova Marcodine	3	R\$ 4,30	R\$ 12,90	TOTAL DA FATURA			
Compressa de Gase	10	R\$ 2,40	R\$ 24,00	HONORÁRIOS MÉDICOS		R\$	100,00
Gorgo Descatavel	4	R\$ 0,89	R\$ 3,56	MEDICAMENTOS CENTRO CIRÚRGICO		R\$	222,81
Luva Estéril	3	R\$ 3,72	R\$ 11,16	MATERIAIS DESCARTÁVEIS CENTRO CIRÚRGICO		R\$	335,99
Luva não Estéril	2	R\$ 1,60	R\$ 3,20	MEDICAMENTOS APARTAMENTO		R\$	98,10
Fio de Mononylon	2	R\$ 9,82	R\$ 19,64	MATERIAIS DESCARTÁVEIS APARTAMENTO		R\$	14,50
Tornelrinha 3 vias	1	R\$ 12,00	R\$ 12,00	TAXAS DIVERSAS		R\$	671,00
Polvedine Degermante	100	R\$ 0,05	R\$ 5,00	OXIGÊNIO (GASES)		R\$	37,60
Seringa Desc. 10cc	3	R\$ 1,45	R\$ 4,35	EXAMES RADIOLOGICOS		R\$	120,00
Seringa Desc. 20cc	3	R\$ 1,95	R\$ 5,85	TOTAL GERAL			R\$ 1.500,00
FIO de Kirchnner	0	R\$ -	R\$ -				
Fio de Cerclagem	0	R\$ -	R\$ -				
TOTAL			R\$ 335,99				

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 17/10/2018 18:31:28
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101718312841700000036247428
Número do documento: 18101718312841700000036247428



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 17/10/2018 18:31:28

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101718312841700000036247428

Número do documento: 18101718312841700000036247428



Centro Hospitalar Dr. José Evoide de Moura

Relatório de Operação

Nome do Paciente	José Resenaro Ferreira		Número do Registro	112911
Clinica	Ortopedia		Número da Leito	
Operador	Ferreira E. Melo Jr.			
1º Assistente			2º Assistente	
Instrumentador			Anestesiista	Ferreira
Anestesia			Duração	
Data da Operação	24/04/18.	Início		Fim
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura da tíbia D.			
Diagnóstico Pós-Operatório	Venenoso			
Operação Proposta	Redução aberta + osteossíntese			
Descrição do Ato Operatório				
1 - Paciente em DDH sob anestesia.				
2 - Antepsia + antiseptia e campos estéreis.				
3 - Incisão na face externa - medial da perna D, dissecção por planos, identificando a fratura da tíbia D.				
4 - Realizada redução aberta + osteossíntese com fixação externa 01 para fuso cortical.				
5 - Fatura da incisão.				
6 - Curativo compressivo				





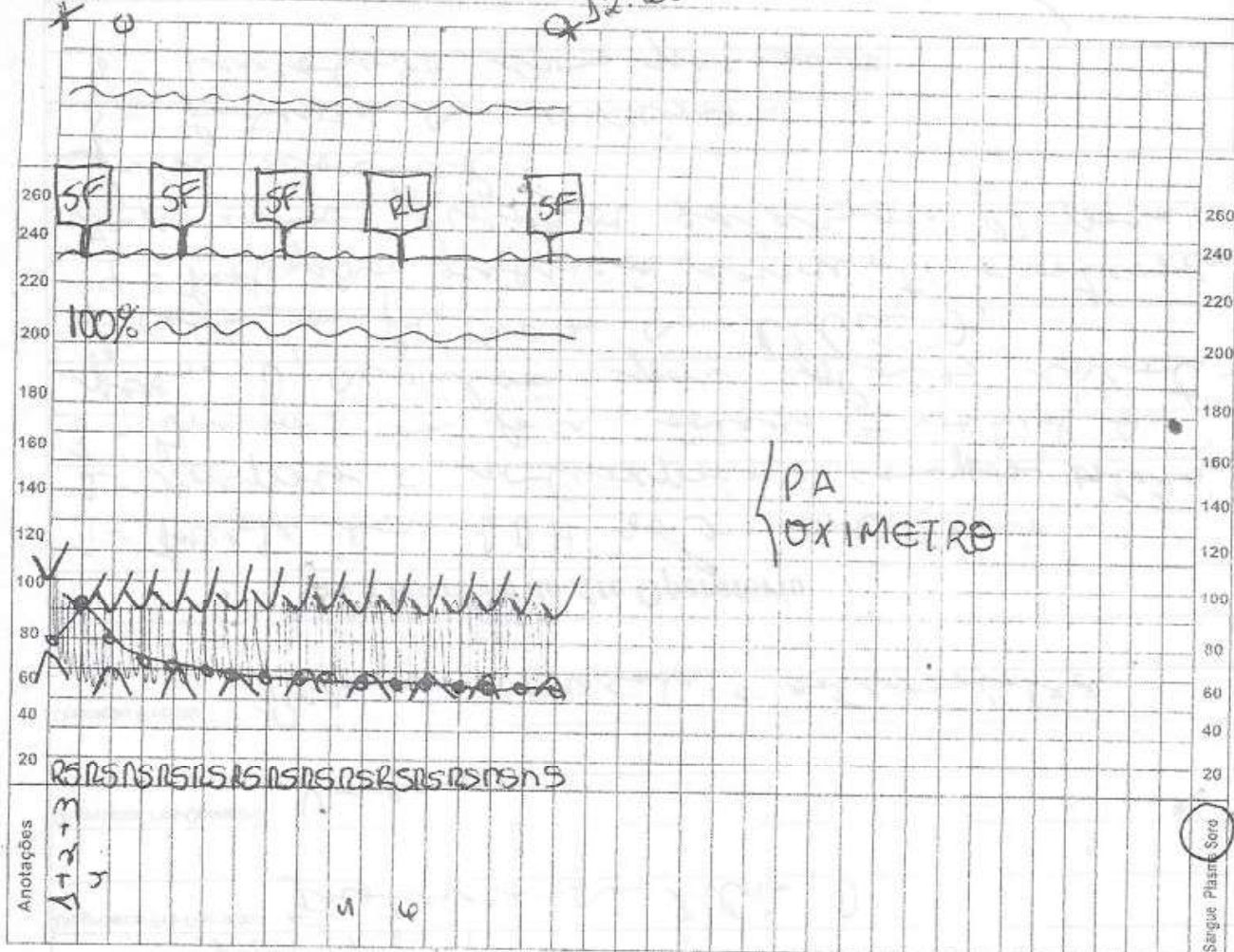
Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

FICHA DE ANESTESIA

Nome: José Alexandre Ferreira Data: 24, 04, 78.

Premedicação: _____ Hora: _____

Hora: 11:00 12:20



Agente	Quant.	Técnica e tipo de Anestesia
① Demonid	5mg	Raqui-anestesia med bim- plus 13/14. Ag. contante 80° 127. 1ca lúpidol.
② Neccaina	12mg	
③ Dimof	0,15mg	
④ alalotina	2g	
⑤ Nauseidion	4mg	
⑥ Tiletal	200mg	
⑦ Dipirona	2g	

Cond. no final da op.: _____ Resultado BRM Consciência: _____

Observação: Dr. Lúcia de Fátima L. de Moura
CRM: 11.118
CPF: 788.788.788
Anestologista





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome do Paciente:

José Roselane Barbosa

Registro Nº

112911

Clinica:

Ortopedia e Traumatologia

Enf

Leito Nº

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
24/04/18		1ª DP Resposta satisfatória com o osteossíntese. CP: Solicito RT controle.
25/04/18		2ª DP Paciente evolui bem, sem dor. RT controle com boa redução. CP: alta hospitalar.





Centro Hospitalar Dr. José Evóide de Moura

J. MOURA SOARES LTDA. S/C

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: José Alexandre

Hipótese Diagnóstica: Gestação da Filha D

Enfermaria:

Leito:

Registro Nº.

DATA HORA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO

24/04/18

1- Pielite leve

2- SF-09A-1000x IV, 14g/L + vir

3- Cefotaxima 1g IV, 6/6h.

4- Digoxina 1mg IV, 6/6h.

5- Dilatil 100mg IV, 10/10h.

6- CCG 6x35V.

25/04/18

Alta hospitalar

Dr. Roselane Maria Barbosa da Silva
Osteodermatologista
CRM 10.100/18

Dr. Roselane Maria Barbosa da Silva
Osteodermatologista
CRM 10.100/18

Todas as anotações feitas, devem ser rubricadas pelo responsável



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSE EVOIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparicio Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM

SAE
CLINICA MÉDICA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME: Jose Alessandro Ferreira Pereira SEXO: M
ENF.: LEITO: DATA: 24/04/20

DADOS VITAIS					DRENAGENS					NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	
HORÁRIO	12	18	24	06	HORÁRIO	12	18	24	06	☒ CONSCIENTE () ALERTA () SEDADO () SONOLENTO () TORPOROSO () COMATOSO () INCONSCIENTE OUTROS:	
PA					DIURESE						
T					SNG						
P					DRENO TORAX						
R					OUTROS						
SpO2					TOTAL						
HGT											

SISTEMA RESPIRATÓRIO

RESPIRAÇÃO	SUPOORTE VENTILATÓRIO	SECREÇÃO TRAQUEAL	VIA RESPIRATÓRIA
☒ EUPNEICO () DISPNEICO	☒ ESPONTÂNEAS () VM () CATETER O ² () VENTURI	() SIM ☒ NÃO	() TRAQUEOSTOMIA

SISTEMA CARDIOVASCULAR

BATIMENTOS CARDÍACOS	PULSO	PA	DROGAS VASOATIVAS	CATETER CENTRAL
☒ REGULAR () IRREGULAR	☒ NORMOSFÍGMICOS () BRADISFÍGMICO () TRAQUISFÍGMICO	☒ NORMOTENSO () HIPERTENSO () HIPOTENSO	() SIM ☒ NÃO TIPO:	VSC: D () E () VJI: D () E () PVC:

SISTEMA DIGESTIVO

ABDOMEN	DIETA	EVACUAÇÕES	DRENAGEM ABDOMINAL
TIPO DE ABDOME ☒ GLOBOSO () PLANO	RUIDOS HIDROAÉREOS ☒ PRESENTE () AUSENTE	☒ V. O. () SNE () SNG () PARENTERAL	☒ NORMAIS () CONSTIPAÇÃO () DIARRÉIA () MELENA
			() PENROSE () OSTOMIA () NENHUMA TIPO:

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

DIURESE ESPONTÂNEA	SVD	GENITÁLIA ÍNTEGRA	ASPECTO DA URINA	
☒ SIM () NÃO	() SIM ☒ NÃO	☒ SIM () NÃO	() CONCENTRADA () LÍMPIDA	☒ CÍTRICO () COLÚRICA () HEMATÚRIA () ANÚRIA () POLIÚRIA () PIÚRIA

AValiação DA PELE

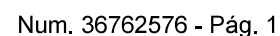
AValiação DA PELE		FERIDA OPERATÓRIA	
☒ HIDRATADA () DESIDRATADA () NORMOCORADA () HIPOCORADA	() ICTÉRICA () ANICTÉRICA () CIANÓTICA () EDEMACIADA () HEMATOMA () ESCORIADA	() ULCERA P/ PRESSÃO LOCAL: _____ GRAU: _____	CURATIVOS () SIM () NÃO ASPECTO () LIMPA () INFECTADA EXSUDATO () PRESENTE () AUSENTE ASPECTO: _____

OSTEO ARTICULAR

IMOBILIZAÇÃO	PERFUSÃO MEMBRO IMOBILIZAÇÃO
	() NORMAL

DATA: 21/04/8 . HORA: 79:00
pós-operatório e criação
farda, empreitada
Brasil, corada. Segue
com acesso venoso
realizando medicação
Dado as condições de
enfermagem.

Lucineide Maria de Andrade
COREN 317838
Técnica em Enfermagem





CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Médica, Pediatria, Ortopedia, Traumatologia, Neurologia, Fisioterapia, Clínica Cardiológica, Ultra-Sonografia, Densitometria Óssea, Mamografia, Eletrocardiograma, Eco-cardiograma, Teste Ergométrico, Endoscopia Digestiva, Laboratório, Raio X, Eletroencefalograma, Vídeo Laparoscopia Diagnóstica, Oftalmologia, Fonoaudiologia, Dermatologia, Urologia, Cirurgia Plástica, Psicologia, Histeroscopia Diagnóstica e Cirúrgica, Cardiocirurgia Fetal, Endocrinologia, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Vascular.

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

COMISSÃO TÉCNICA DE PREVENÇÃO DE INFECÇÃO HOSPITALAR NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO

Nome: Jose Alexandre F. Pereira Prontuario: 22912

Nº Documento: _____

Sexo: () F (X) M Idade: 31 Data de Internação: 24/04/18

Clínica: Cirurgia Alta em: 25/04/18

Óbito: _____ Associado à infecção () Outras causas ()

Diagnóstico: _____

Cirurgia: Fratura da tíbia

Data da Cirurgia: 24/04/18 Cirurgião: _____

Tipo: () Limpa () Contaminada () Potencialmente contaminada () Infetada

Tipo de Anestesia: _____ Anestesista: _____

Parto Transpélvico: () Sim () Não Obstetra: _____

Data: _____ Bolsa Rota: () Não () Sim Nº de Horas: _____

Episiotomia: () Sim () Não Placenta () Completa () Incompleta

PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS (MARCAR COM X)

() Assist. Ventilatória () Dissecção Venosa (X) Punção Lombar
() Biópsia () Entubação () Punção Toxáxica
() Cateterismo Vesical () NPT () Hemotransfusão
() Cateterismo Venoso () Nebulização () Traqueostomia
(X) Punção Venosa () Punção Abdominal () _____
Infecção: () Sim () Não () Comunitária () Hospitalar () Ambas

LOCALIZAÇÃO TOPOGRÁFICA DA INFECÇÃO HOSPITALAR (MARCAR COM X)

() Coto Umbilical () Ocular () Puerperal
() Cutânea Cirúrgica () Ouvido () Respiratória
() Ferida Cirúrgica () Oral () Urinária
() Gastro Intestinal () Peritonal () Venosa (flebite)
() Outras _____ () _____ () _____

USO DE ANTIMICROBIANO () Não (X) Sim (X) Profilático () Ambos

Tipo: Cefotax Dose: 1g IV, 6/6h Data/Início: 24/04/18 Data/Término: 25/04/18

Cultura: () Sim (X) Não Tipos: _____ Data/Coleta: _____ Resultados: _____



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 17/10/2018 18:31:28

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101718312853500000036247452

Número do documento: 18101718312853500000036247452



CASA DE SAÚDE Dr. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. Identificação

Nome: Dr. Alexandre Ferreira Registro: 31 Sexo: M () F
Data de admissão: 24/04/18 Leito: 172082 Idade: 31

2. Queixa principal e História da doença atual

fratura de tibia (D)

3. Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Definitivo:

4. Antecedentes Pessoais:

- ☐ Cardiopatias ☐ Doenças degenerativas ☐ Tabagismo ☐ Obesidade ☐ DM
☐ Distúrbios psiquiátricos ☐ Alcoolismo ☐ Alergias ☐ HAS ☐ Tuberculose
☐ Uso de drogas ☐ Outras

NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

5. Exame Físico

5.1 Estado Geral:

- ☐ Grave ☐ Hidratado ☐ Normocrorado ☐ Alotini ☐ Anictérico ☐ F. íctico
☐ Regular ☐ Desidratado ☐ Hipocrorado ☐ Ictérico ☐ Cianótico
☐ Bom ☐ Anasarca ☐ Hipercorado

Tegumento/Pele:

5.2 Avaliação neurológica:

Nível de consciência:

- ☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Torporoso ☐ Comatoso ☐ Desorientado ☒ Orientado ☐ Não responde

5.3 Sistema Respiratório

- ☒ Contínua ☒ Espontânea ☐ Suporte Mecânico
☐ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Espontânea ☐ Macronebulização ☐ Máscara
O2 suplementar: l/min Cateter nasal: ☐ Sim ☒ Não Local:

- Draino torácico:
Aspecto da drenagem: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído ☐ Local:
Murmúrios Vesiculares: ☒ Ronco ☐ Sibilos ☐ Estenoses ☐ Crupitantes ☐ Local:
Ruidos Adventícios: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Seca ☐ Produtiva
Tosse: ☒ Presente ☐ Ausente

5.4 Sistema Cardiovascular:

- Ritmo Cardíaco: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente ☐ Ausente
Pulsos: ☐ Filiforme ☐ Cheio

5.5 Sistema Gastrointestinal:

- Abdome: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Doloroso ☒ Plano ☐ Globoso
Ascítico: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Hiperativos ☐ Hipoativos ☐ SNG ☐ SNE ☐ SCO ☐ Gavagem ☐ Drenagem
Ruidos Hidroécicos: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Constipação ☐ Diarréia ☐ Normais ☐ Flatos ☐ Melena ☐ Hemorragia

- Eliminações Intestinais: ☐ Presentes ☒ Ausentes ☐ Aspecto:
Êmese: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐ Cistostomia ☐ Urinam

5.6 Sistema Gêrito-urinário:

Diurese: ☒ Presente ☐ Ausente

5.7 Sistema Musculoesquelético:

- Mobilidade: ☒ Ativa ☐ Passiva ☐ Não ☐ Não
Momentos Conservados: ☒ Sim ☐ Não
Força Motora: Conservada ☒ Sim ☐ Não Local:
MMSS:
MmI:

Observações do enfermeiro:

Observações do enfermeiro:

Observações do enfermeiro:

Observações do enfermeiro:

Observações do enfermeiro:

Observações do enfermeiro:

Observações do enfermeiro:

Observações do enfermeiro:

Observações do enfermeiro:

Observações do enfermeiro:

Observações do enfermeiro:

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS

- Necessidades de acompanhamento espiritual: ☐ Sim ☒ Não
Necessidades de acompanhamento psicológico: ☐ Sim ☒ Não

Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 17/10/2018 18:31:28

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101718312853500000036247452

Número do documento: 18101718312853500000036247452



CENTRO HOSPITALAR DR. JOSÉ EVÓIDE DE MOURA

J. Moura Soares Ltda. S/C

CNPJ: 11.469.145/0001-52

Rua Aparício Veras, 411 - Fones: (87) 3838-1304 / 1591 / 2452 / 1965 - CEP: 56.800-000 - Afogados da Ingazeira - PE

SISTEMATIZAÇÃO ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM SAE

DATA: 24/04/18

ENF:	LEITO:	
NOME: <i>João Alexandro Ferreira</i>		
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		HORÁRIO
X	REALIZAR LAVAGEM DAS MÃOS ANTES E APÓS QUALQUER PROCEDIMENTO	ROTINA
X	RESPEITAR PRECAUÇÕES E USO DE EPI'S CONFORME ROTINA DA CCIH	ROTINA
X	EXPLICAR PROCEDIMENTOS ANTES DE REALIZÁ-LOS	ROTINA
X	MANTER PROCEDIMENTOS DATADOS, IDENTIFICADOS E FIXADOS	ROTINA
X	DIMINUIR RUÍDOS AMBIENTAIS E ILUMINAÇÃO À NOITE	ROTINA
X	ELEVAR GRADES LATERAIS DA CAMA	ROTINA
X	TROCAR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO CONFORME PROTOCOLO	ROTINA
X	ASSINAR E CARIMBAR TODOS REGISTROS DE ENFERMAGEM	ATENÇÃO
X	ADMINISTRAR MEDICAÇÕES E FLUIDOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA	ATENÇÃO
X	COMUNICAR SE TEMPERATURA <35,8° OU >37,2°	ATENÇÃO
X	PROPORCIONAR AQUECIMENTO EXTERNO SE TEMPERATURA <36°C E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR COMPRESSAS FRIAS SE TEMPERATURA >37,4° E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	CONSIDERAR PERDAS EXTRAORDINÁRIAS (FEBRE, VÔMITO, DIARRÉIA, DRENOS E SONDAS)	ATENÇÃO
X	OBSERVAR, ANOTAR E COMUNICAR FREQUÊNCIA NÁUSEAS E VÔMITOS	ATENÇÃO
X	REGISTRAR FREQUÊNCIA DE EVACUAÇÕES E ASPECTO OU AUSÊNCIA E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR DÉBITO URINÁRIO E SUAS CARACTERÍSTICAS, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR E ANOTAR PADRÃO VENTILATÓRIO, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR EM EXTREMIDADES: CIANOSE, PERFUSÃO, TEMPERATURA, COMUNICAR ALTERAÇÕES	ATENÇÃO
X	OBSERVAR PRESENÇA DE EDEMA EM MMSS E MMII, SE EDEMACIADOS ELEVAR-LOS E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	OBSERVAR SINAIS DE DOR (TAQUICARDIA, HIPERTENÇÃO, DIAFORESE, TAQUIPNEIA) E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	EM CASO DE ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTO FORA DO HORÁRIO PRESCRITO CHECAR NOVO HORÁRIO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REGISTRAR REAÇÃO ADVERSA QUE O PACIENTE POSSA TER APÓS MEDICAÇÃO E COMUNICAR	ATENÇÃO
X	REALIZAR, OBSERVAR PRECISÃO DA INFUSÃO DE SOROS A CADA 3 HORAS	ATENÇÃO
X	REALIZAR E OBSERVAR SSVV DE / H	
	ASPIRAR SNG/SNE ANTES DE INSTALAR AS DIETAS, LAVAR SONDAS APÓS A DIETA	
	ASPIRAR VAS/TOT/TRAQEOSTOMO / H E TOALETE BRÔNQUICA S/N	
	COLOCAR / MANTER COLCHÃO CAIXA DE OVÔ E USAR BLOCOS DE ESPUMA PARA APOIO	
	COMUNICAR SE SPO ₂ <92% SECRETARIA DE	
	CONFERIR CUIDADOSAMENTE ENTRADA / SAÍDA NO BALANÇO HÍDRICO	
	CONTER MMSS E /OU MMII SE APRESENTAR AGITAÇÃO	
	HIDRATAR E MASSAGEAR PELE 03 X AO DIA E A CADA MUDANÇA DE DECÚBITO	
	INSTALAR DIETA RIGOROSAMENTE NOS HORÁRIOS CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA / NUTRIÇÃO	
	INTERROMPER FLUXO DE DIETA DURANTE PROCEDIMENTOS	
	MANTER CABECEIRA ELEVADA A GRAUS PARA REPOUSO, E GRAUS PARA INFUSÃO	
	MINISTRAR OXIGENIOTERAPIA L/M - UMIDIFICADA S/N	
X	OBSERVAR E ANOTAR COMPORTAMENTO NEUROLÓGICO, COMUNICAR ALTERAÇÕES	Comunicar
	PROTEGER PROEMINÊNCIAS ÓSSEAS	
X	REALIZAR CURATIVO 01 X AO DIA EM REGIÃO: F.O.	Atenção
	REALIZAR HGT DE / COMUNICAR SE HGT <70 MG/DL OU HGT >150MG/DL	
	REALIZAR MUDANÇA DE DECÚBITO A CADA 02 HORAS	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE CORPORAL 01 X AO DIA E S/N	
	REALIZAR / AUXILIAR NA HIGIENE ORAL E OCULAR 02 X AO DIA	
	TROCAR AMBU A CADA 24 HORAS OU QUANDO NECESSÁRIO	
	TROCAR CIRCUITO DA LINHA ARTERIAL CONFORME PROTOCOLO	

DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM

NOME:

Jose - Alexandre Ferreira

- ☐ ALERGIA A _____
- ☒ ANSIEDADE
- ☐ COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA
- ☐ CONFUSÃO AGUDA
- ☐ CONSTIPAÇÃO
- ☐ DEGLUTIÇÃO PREJUDICADA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA BANHO/HIGIENE
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA HIGIENE ÍNTIMA
- ☐ DÉFICIT NO AUTOCUIDADO PARA ALIMENTAÇÃO
- ☐ DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VIAS AÉREAS
- ☒ DOR AGUDA
- ☐ DIARRÉIA
- ☐ EXCESSO DO VOLUME DE LÍQUIDO
- ☐ HIPOTERMIA
- ☐ HIPERtermia
- ☐ INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA
- ☐ INTOLERÂNCIA A ATIVIDADE
- ☐ MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA
- ☐ MUCOSA ORAL PREJUDICADA
- ☐ NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ PADRÃO DO SONO PERTURBADO
- ☐ PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR PERIFÉRICA INEFICAZ
- ☐ PERFUSÃO TISSULAR RENAL INEFICAZ
- ☐ RESPOSTA DISFUNCIONAL AO DESMAME VENTILATÓRIO
- ☐ RISCO PARA QUEDA
- ☒ RISCO PARA INFECÇÃO
- ☐ RISCO PARA ASPIRAÇÃO
- ☐ RISCO PARA DISFUNÇÃO NEUROVASCULAR PERIFÉRICA
- ☐ RISCO PARA TEMPERATURA CORPORAL DESIQUILIBRADA
- ☐ RISCO DE PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
- ☐ RISCO PARA SÍNDROME DE DESUSO
- ☐ RISCO PARA NUTRIÇÃO DESEQUILIBRADA: MENOS DO QUE AS NECESSIDADES CORPORAIS
- ☐ RISCO PARA VOLUME DE LÍQUIDO DESEQUILIBRADO
- ☐ RISCO PARA HIPOGLICEMIA E / OU HIPOGLICEMIA
- ☐ SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO
- ☐ VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA PREJUDICADA
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO EXCESSIVO
- ☐ VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE

OUTROS _____



Assinado eletronicamente por: Roselane Maria Barbosa da Silva - 17/10/2018 18:31:28

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18101718312853500000036247452>

Número do documento: 18101718312853500000036247452



Paciente: JOSE ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA

Idade : 31 anos

Sexo : M

Convênio : SUS

Médico(a): FRANCISCO ERLANIO DE MELO JUNIOR

Guia: 500

Protocolo: 0005564

Unidade : MA

Cadastro: 23/04/2018

Emissão : 23/04/2018

Horario Emissão: 11:29

MATERIAL: PLASMA CITRATADO

RESULTADO:

METODO: TEMPO DE QUICK

Tempo de Protombina.....: 14 segundos

Atividade.....: 60 %

I.N.R.....: 1,08

VALORES DE REFERENCIA:

T. Protrombina: De 12,0 a 15,0 segundos

At. Protrombina: De 70 a 100%

I.N.R: 1,0 a 1,08

OBS:

Av. Manoel Virginio Sobrinho, S/N Km 01 - PE 320
C.E.P.: 56.800-000 - Pe. Pedro Pereira
Fone: (87) 3838-8850



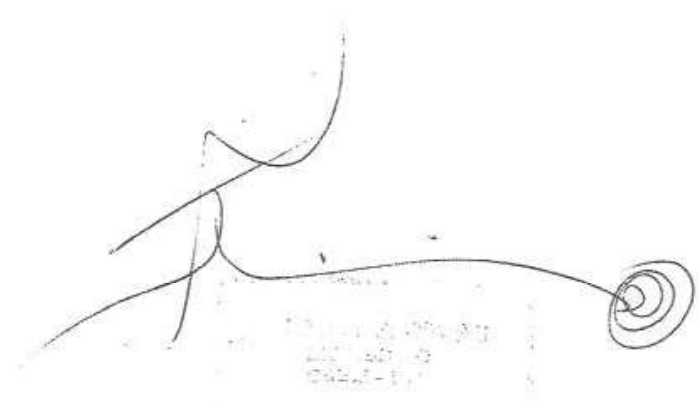
SP. REG. EMILIA CAMARA / HOSP. DO TRICENTENARIO

500 JOSE ALEXANDRO FERREIRA Gênero: Masc Idade: 31 Ano Tipo sang: ID amost: 11
Amost: Soro NRM: Zona: Nº leito:
Remet: Env de: Priorid: Não
Caracter:
Diag:

Teste	Nome completo	Concentraç	Unidade	Result	Anotação	Referência
CRE	CREATININA	0.80	mg/dL	v	RFL	0.90-1.30
URE	UREIA	26	mg/dL	Normal		10-39
GLI	GLICOSE	99	mg/dL	^	RFH	70-99

Data teste: 23/04/2018 09:39:51
Data env: 23/04/2018 09:39:51
Data impr: 23/04/2018 10:23:00

Testador:
Revis. por:
Resultados somente para esta amostra





Paciente: JOSE ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA

Idade : 31 anos

Sexo : M

Convênio : SUS

Médico(a): FRANCISCO ERLANIO DE MELO JUNIOR

Guia: 500

Protocolo: 0005564

Unidade : MA

Cadastro: 23/04/2018

Emissão : 23/04/2018

Horario Emissão: 10:31

MÉTODO.....: Automático

AMOSTRA.....: EDTA

RESULTADO

Eritrograma

Hemáceas.....	3,85	milh/mm3	4.000.000 /mm3	a	5.900.00 /mm3
Hemoglobina.....	11,5	g/dl	12,0 g/dl	a	17,5 g/dl
Hematócrito.....	35,1	%	35,0 %	a	53,0%
H.C.M.....	29,9	pg	25,00 pg	a	34,00 pg
V.C.M.....	91,2	um³	80,00 um³	a	100,00 um³
C.H.C.M.....	32,8	g/dl	31,00 g/dl	a	36,00 g/dl
R.D.W.....	12,5	%	11,50 %	a	15,00%

De 19 a 55 anos

Valores de referência

Leucograma

Leucócitos.....: 6800 /mm3 3.500 /mm³ a 10.000 /mm³

Diferencial	---	---/mm3---	-----mm3-----
Neut. Bastonetes.....	0	0	0 a 800
Neut. Segmentados.....	64	4.352	1.700 a 8.000
Eosinófilos.....	1	68	50 a 500
Basófilos.....	0	0	0 a 100
Linfócitos.....	21	1.428	900 a 2.900
Linfócitos Atípicos..	0	0	0 a 0
Monócitos.....	4	272	300 a 900
Plasmócitos.....	0	0	0 a 0
Blastos.....	0	0	0 a 0
Neut. Promielócitos..	0	0	0 a 0
Neut. Mielócitos.....	0	0	0 a 0
Neut. Metamielócitos.: 0	0	0	0 a 0

Plaquetas.....: 201.000

150.000 /mm³ a 450.000 /mm³

Observações

Nota: Método Automático (ABX - 18 parâmetros) com revisão de lâminas.
R.D.W. = Fator de Variação dos Diâmetros dos Eritrócitos

Av. Manoel Virginio Sobrinho, S/N Km 01 - PE 320
C.E.P: 56.800-000 - Pe. Pedro Pereira
Fone: (87) 3838-8850
Afogados da Ingazeira / PE

Página 1



SINISTRO 3180364882 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA
EXCELSIOR DE SEGUROS**BENEFICIÁRIO** JOSE ALEXSANDRO FERREIRA PEREIRA**CPF/CNPJ:** 06702846452**Posição em 18-09-2018 12:01:25**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/09/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome João Alexandre Ferreira
 Loc. Nascimento Paraná Est. PR Data 04/06/1981
 Filiação João da Silva e Maria
 Doc. N.º 4.852.212-6 15-A
Cart. Carreira PE.

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N.º
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão: 02/07/2009 DRT PR

Miriam Lopes
 Matricula n.º Assinatura do Funcionário
 Responsável Técnica Profissional

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

Roselane Maria Barbosa da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR



Número 19803 Série 0009-PE



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Se você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.
 Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.
 Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.
 Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.
 Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.
 Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.
 Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.
 As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.
 Atenda as recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.
 Comece sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.
 Converse e discuta no trabalho predispondo a acidentados pela desatenção.
 Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.
 Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.
 Mantenha sempre as guardas protectoras das máquinas e a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.
 Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de protecção adequados a seu serviço. Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

12

CONTRATO DE TRABALHO

TIL AGROPECUÁRIA S/A

Empregador: TIL AGROPECUÁRIA S/A
 CNPJ: 05.945.667/0001-80
 End: Fazenda Santana - Bairro Sapezinho
 Município: Reginópolis Est: SP
 Esp. do Estabelecimento: Agropecuária
 Cargo: COLHEDOR CITRUS
 Data Admissão: 16.05.2005
 Ficha: 3.128 CBO:
 Contrato: Prazo Determinado Safrista
 Rem. Especificada: R\$-0,325 (TRINTA E DOIS CENTAVOS E CINQUENTA MILÉSIMOS DE REAIS), por caixa colhida

Ass. do empregador ou rogo c/test.
 TIL AGROPECUÁRIA S/A

1º 2º
 Data saída de de 2005

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 TIL AGROPECUÁRIA S/A

Com. Dispensa CD N°

13

CONTRATO DE TRABALHO

Fischer

Empregador: FISCHER S/A - AGROINDUSTRIA
 CNPJ: 52.311.529/0082-95
 Endereço: Alameda da Saudade, 795 - Sala 01 - Centro
 Município: Matão Estado: São Paulo
 Esp. do estabelecimento: Prestação de Serviços Rurais
 Cargo: COLHEDOR - Trab. Rural CBO n°: 6225-05
 Data de Admissão: 20/06/2005
 Ficha: 47173 Turma: 025
 Contrato: por prazo indeterminado
 Rem. Especificada: R\$ 0,2300 p/ caixa colhida
 Salário variável - Pagamento Quinzenal de acordo com a quantidade de caixas de frutas colhidas pelo empregado durante a quinzena.

FISCHER S/A - AGROINDUSTRIA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída 20 de novembro de 2005

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 FISCHER S/A - AGROINDUSTRIA

Com. Dispensa CD N° 088788

Com. Dispensa CD N° 145783

1º 2º
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 CONDOMÍNIO LARANJA DOCE

Data saída de de 2007
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 CONDOMÍNIO LARANJA DOCE

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS

Com. Dispensa CD N°

1º 2º
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Data saída 17 de novembro de 2006
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 AGUA CITRUS S/C LTDA-EPP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 AGUA CITRUS S/C LTDA-EPP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 AGUA CITRUS S/C LTDA-EPP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 AGUA CITRUS S/C LTDA-EPP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 AGUA CITRUS S/C LTDA-EPP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 AGUA CITRUS S/C LTDA-EPP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 AGUA CITRUS S/C LTDA-EPP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 AGUA CITRUS S/C LTDA-EPP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 AGUA CITRUS S/C LTDA-EPP

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 AGUA CITRUS S/C LTDA-EPP



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS

CNPJ/CPF: 007/96810302

ENDEREÇO: RUA SÃO JOSE 95

MUNICÍPIO: TABOARITINGA EST: SP

ESP. ESTABELECIMENTO: CULTIVO E EXP. AGRICOLA

CARGO: TRAB RURAL

DATA DA ADMISSÃO: 28 DE JULHO DE 2008

REGISTRO Nº: 0000370 FLS/FICHA: 0000370

REMUNERAÇÃO ESPECÍFICA: SALÁRIO VARIÁVEL POR DIA
PACTO QUINZENAL DE ACORDO COM A QUANTIDADE
DE CAIXAS COLHIDAS PELO EMPREGADO.

1º 2º
Data saída 17 de janeiro de 2010

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

JOSE CARLOS PREVIDELLI E OUTROS
CONDOMÍNIO BOA SAFRA CITRUS
Com. Dispensa CD Nº 010-733408

CONTRATO DE TRABALHO

Fischer

Empregador: FISCHER S/A - COM. IND. AGRICULTURA

CNPJ: 33.010.786/0007-72

Endereço: ALAMEDA DA SAUDE, 795 SALA 1

Bairro: CENTRO Município: MATAO - SP

Esp. do estabelecimento: Prestação de Serviços Rurais

Cargo: COLHEADOR Trab. Rural CBO nº: 6225-05

Data de Admissão: 06/06/2011

Ficha: 080595

Turma: 154

Remuneração Específica: 0,3400 p/ caixa colhida

Salário Variável - Pagamento Quinzenal de acordo com a
quantidade de caixas de frutas colhidas pelo empregado durante
a quinzena.

FISCHER S/A - COM. IND. AGRICULTURA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 03 de março de 2012

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º FISCHER S/A - COM. IND. E AGRICULTURA
Com. Dispensa CD Nº 67418

4

Com. Dispensa CD Nº 847120

1º 2º
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 19 de dezembro de 2008

Ass. Do Empregador ou rogo c/test

com as quantidades de caixas colhidas pelo empregado

Rem. Específica: Pagamento Quinzenal Variável de acordo

Data de admissão: 15/09/2008

Cargo: Colhedor

Esp. Estabelecimento: Agricultura

Município: Taboaringa Est: São Paulo

Endereço: Rua da Republica, 147

CNPJ/CPF: 50.071.320.568-3

Empregador: CONDOMÍNIO BOA SAFRA CITRUS

CONDOMÍNIO BOA SAFRA CITRUS

CONTRATO DE TRABALHO

17

3

Com. Dispensa CD Nº

1º 2º
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 15 de setembro de 2011

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

Remuneração específica: 0,3400 p/ caixa colhida

Registro nº
Data admissão 15 de julho de 2008

CBO nº 6225-05

Cargo: COLHEADOR

Esp. do estabelecimento: AGRICULTURA

Município: TABOARITINGA - SP

Rua: SÍTIO SANTA EDVIRGES - CEP: 15.000-000

CNPJ/CPF: 33.010.786/0007-72

Empregador: ALEX SANDRO DOS SANTOS

16



CONTRATO DE TRABALHO



Empregador: CITROSUCO S/A AGROINDUSTRIA

CNPJ: 33.010.786/0007-72

Endereço: ALAMEDA DA SAUDE, 795 SALA 1

Bairro: CENTRO Município: MATAO - SP

Esp. do estabelecimento: Prestação de Serviços Rurais

Cargo: COLHEDOR

Data de Admissão: 11/03/2013

Ficha: 097052

Turma: 154

Remuneração Especificada: 0,3921 p/ caixa colhida

Salário Variável - Pagamento Quinzenal de acordo com a quantidade de caixas de frutas colhidas pelo empregado durante a quinzena.

CITROSUCO S/A AGROINDUSTRIA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
Data saída 16 de Fevereiro de 2014

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º CITROSUCO S/A AGROINDUSTRIA

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CNPJ/MF

Rua Nº

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

..... CBO nº

Data admissão de de

Registro nº Fls./Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída de de

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

