

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Edilson Henrique da Silva, brasileiro(a), Estado Civil casado, Profissão: Aposentado, RG: 5453 766 Expedido: 5105 /PE, CPF nº 032.555674-16 residente e domiciliado na TV. Acudo, 285 Bairro: Santo Aleixo Cidade: Falvado /PE

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 05 de Novembro de 201 8.

Edilson Henrique da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Edilson Henrique da Silva

RG 5453766, CPF 032555-674-16

Residente na TV. Peude, 285, Bairro Santo Amaro

Cidade Salvador, Estado de Pernambuco

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 05 de Novembro de 2018

Edilson Henrique da Silva

Assinatura do Declarante





NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
JACIARA MARIA DE FRANCA SILVA
CPF: 665.473.264-20

DATA DE VENCIMENTO
11/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
18,08

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
04/07/2018
DATA DA APRESENTAÇÃO
04/07/2018
NÚMERO DA NOTA FISCAL
022667459

CONTA CONTRATO
002187775011
Nº DO CLIENTE
2002175428
Nº DA INSTALAÇÃO
0001529301

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
TV ACUDE 285
STO ALEIXO JABOATÃO
54140-491 JABOATÃO DOS GUARARAPES PE
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico
RESERVADO AO FISCO
591F.BE27.AA26.EF65.A1F6.131A.D091.8EA1

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,55016877	16,50
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,58
TOTAL DA FATURA			18,08

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia citada(s):

Vencido	Dt. Reav.	Valor	Vencido	Dt. Reav.	Valor
20/06/18	04/07/18	17,85	10/04/18	04/05/18	15,82
11/05/18	13/06/18	17,30	20/03/18	03/04/18	16,70

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	5,52156900	JUL 18	30
		JUN 18	30
		MAI 18	30
		ABR 18	30
		MAR 18	30
		FEV 18	30
		JAN 18	30
		DEZ 17	30
		NOV 17	30
		OUT 17	30
		SET 17	30
		AGO 17	30
		JUL 17	30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%	BASE DE CÁLCULO	%
0,00	0,00	18,08	0,92	0,16	18,08
				4,28	0,77

Faturado pelo mínimo da fase - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
000000003010161511	CAT	05/06/2018	2.388,00	04/07/2018	2.389,00	29	1,00000
							0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/08/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPTÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
maio/2018					
DIC-No.de horas sem Energia	JABOATÃO	1,93	5,31	10,62	21,25
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,30	5,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		1,93	3,03	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICR: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,25					
Todo Consumidor pode solicitar a supressão dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! supermercado popular: r barao de moreno 119 vila rica / supermercado preco bom: r br de moreno 119
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lai 10.438/02) e atualização monetária no prox. mês
faturação do ICMS conforme Art.3, XLVIII, a, 2.1, do RICMS-PE.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
002187775011	07/2018	18,08	11/07/2018

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

83800000009 180800110026 187775011101 167517313836



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Nome: EDILSON HENRIQUE DA SILVA (1614025)

Data Nascimento: 08/04/1973 45 ANOS

SEXO: M

Nº de Admissão: 278930

PAINEL: [REDACTED]

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 13/04/2018

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

SENHA DE ENCAMINHAMENTO:

Queixa do paciente: relata queda de moto ha 1 dia , refere dor em tornozelo direito + pe direito , historia de cardiopatia

Exame fisico: dor + edema do tornozelo direito

Hipótese diagnóstica: fratura tornozelo direito

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - tala bota	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

encaminhado ao hospital otavio de freitas para tratamento cirurgico , não faz parte do perfil desta unidade hospitalar senha 5404386

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 13/04/2018 as 11:18

Dr. Silvio Johnson
Ortopedia
CRM: 9756

Dr. (a) SILVIO JOHSON MACEDO DE SANTIAGO

CRM: 9756



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

Vistos
NEPI Notificação
Kese 16/04/18
S.E.S. DF

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 753840 Prontuário: 722850
 Nome: EDILSON HENRIQUE DA SILVA
 Data Nasc.: 08/04/1973 Idade: 45 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS: 700006793531802
 Endereço: TRAVESSA DO ACUDE Nº: 285
 Bairro: SANTO ALEIXO Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES Estado: PE
 CEP: 54140230 Fone: 558196097248 Celular:
 Acompanhante: Profissão:
 Nome da Mãe: JOSEFA ANTONIA DA CONCEICAO
 Nome do Conjuge:
 Clínica: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 13/04/2018 22:06 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

*Transtorno no tornozelo
há 6m*

Dr. George Rocha
Ortopedia/Traumatologia
CRM 15896 TEOD 11537

Exame Físico:

*Pr - edema
no: parte anterior
do joelho.*

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

*1) Entesa no joelho
como 1) trauma por TTD
alguns dias.*

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Dr. GEORGE ROCHA
Ortopedia/Traumatologia
CRM 15896 TEOD 11537

REVISADO

PROTEGE





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME: EDILSON HENRIQUE DA SILVA	Nº DO REGISTRO: 722850	
CLINICO: ORTOPEDISTA	Nº DO LEITO: 14/1	
OPERADOR: DR DANIEL CAMPOS		
1º ASSISTENTE: DR MARCOS HENRIQUES / DR SERGIO R4	2º ASSISTENTE: DR RICARDO VILLAR/ DR ARTUR NEPOZIANO	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR FABIO COSTA	
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 24/04/2018	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO DIREITO + NEURÓLISE DO NERVO FIBULAR + RADIOSCOPIA		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. GARROTEAMENTO DE MID
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
5. INCISAO LATERAL EM PERNA PARA ACESSO A FIBULA.
6. IDENTIFICADA E REDUZIDA FRATURA DE FIBULA DISTAL
7. APOSIÇÃO DE PLACA TERÇO DE CANO DE 9 FUROS + 5 PARAFUSOS CORTICAIS + 1 PARAFUSO ESPONJOSO
8. DESGARROTEAMENTO DO MEMBRO COM BOA PERFUSÃO
9. SUTURA POR PLANOS
10. CURATIVO

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	PLACA TERCO CANO 9F
	05 PARAFUSOS CORTICAIS
	01 PARAFUSO ESPONJOSO



AL OTAVIO DE FREITAS

Sistema de Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

13/04/2018 22:10

Nome Paciente: EDILSON HENRIQUE DA SILVA
Cód. Paciente: 722850
Data de Nascimento: 08/04/1973
Sexo: Masculino
Idade: 45
Senha: FN0037
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 753840



13/04/2018 22:10 - MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO - COREN: 41744 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO

Prioridade:

VERDE - POUCO URGENTE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

QUEDA DE MOTO HÁ 1 DIA COM TRAUMA EM MID, IMOBILIZADO.
CARDIOPATIA VALVULA MITRAL. EM USO DE MAREVAN E ATENOL.

Observação:

PA=120X80

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

- DOR LEVE RECENTE?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: MARTA JULIA VASCONCELOS SILVEIRA NETTO
Data: 13/04/2018 22:10

Página 1 de

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

C.G.C.
09.794.975/0004-56

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH
INFORMAÇÕES DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: <i>Filipe Henrique de Souza</i>		
DATA DO NASCIMENTO: <i>08/04/1973</i>	SEXO: <i>M</i>	Nº DO PRONTUÁRIO: <i>723850</i>
NOME DA MÃE: <i>Imery Helena de Cruz</i>		
ENDEREÇO: (AV./RUA)		
Nº	BLOCO:	APTº
MUNICÍPIO:		BAIRRO:
		UR: CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: *paciente de ~~do~~ T.M. com*

EXAME FÍSICO: *em exame físico*
em exame físico (lesão de
rotula direita)

PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES COMPLEMENTARES:
de

DIAGNÓSTICO INICIAL: *Fratura distal lateral do T.M. D*

PROCEDIMENTO SOLICITADO: *TPO com fixação*

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/EPECIALIDADE: *ORTOPEDIA*

DATA: *13/04/13*

DATA: *13/04/13*

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15996 TEOT 11537

Dr. George Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15996 TEOT 11537

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLETA

NOME DA UNIDADE:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO





SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE DE PERNAMBUCO
 HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
 LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

Rua Aprigio Guimaraes, s/n - Tejipio - Recife - PE - CEP: 50920-640
 Fone: (81) 3182-8549

Nº amostra: 37
 ID paciente: 722850
 Nome: EDILSON HENRIQUE DA SILVA
 TRAUMA 2 14/1

Rack: 4 Posição: 4 20/04/2018 10:32:05 WB

SERIE VERMELHA

		[unidade]	REFERENCIA
RBC	4.88	[10 ⁶ /uL]	4.0 - 5.6
HGB	14.6	[g/dL]	12.0 - 16.0
HCT	42.1	[%]	34 - 48
MCV	86.3	[fL]	80 - 98
MCH	29.9	[pg]	25 - 32
MCHC	34.7	[g/dL]	31 - 36
RDW-SD	40.0	[fL]	38.6 - 49.1
RDW-CV	12.6	[%]	12 - 15
NRBC	0.00	[10 ³ /uL]	0.0 [%]

CONTAGEM DE PLAQUETAS

PLT	171	[10 ³ /uL]	150 - 450
MPV	11.1	[fL]	9.0 - 13.0
PDW	12.6	[fL]	9.0 - 17.0
P-LCR	32.9	[%]	13.0 - 43.0
PCT	0.19	[%]	0.17 - 0.35

SERIE BRANCA

WBC	5.76	[10 ³ /uL]	4.5 - 10.0
IG	0.01	[10 ³ /uL]	0.2 [%]
NEUT	2.38	[10 ³ /uL]	41.2 [%]
LYMPH	2.51	[10 ³ /uL]	43.6 [%]
MONO	0.51	[10 ³ /uL]	8.9 [%]
TQ	0.27	[10 ³ /uL]	4.7 [%]
BASO	0.09	[10 ³ /uL]	1.6 + [%]

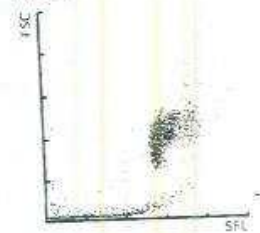
RBC



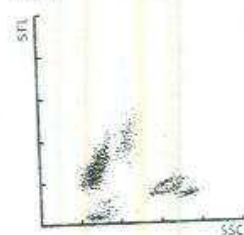
PLT



WNR



WDF



2.0 - 7.0	# 45	- 75%
1.0 - 4.0	# 20	- 40%
0.1 - 1.0	# 03	- 10%
0.0 - 0.7	# 0	- 7%
0.0 - 0.2	# 0	- 2%

P 10.4
 AE 9700
 WNR 302

WBC IP Message

RBC IP Message

PLT IP Message



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS - LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS
Rua Aprigio Guimaraes s/n Tejipio CEP 50920-640 Fones: 3182-8546 / 8549 - PABX: 31828500
Equipamento: CMD 800i

Paciente: EDILSON HENRIQUE DA SILVA ID amost: DIU37
ID paciente: 722850 Tipo de amostra: Soro
Data nascimento: Cód barra:
Idade: Data da coleta: 20/04/2018
Sexo: Masc Hora da coleta:
Médico: Depart.: ORTOP
Diagn.: Comentário:

Química	Resultado	Unidade	MARC	Interv. ref.
UREIA	33	mg/dL		10 - 50
CREATININA	1.03	mg/dL		0.70 - 1.30

Data/Hora solicitação: 20/04/2018 Data/Hora teste: 20/04/2018 Data/Hora impr.: 20/04/2018 10:59:31

Testador: Revisor: Resultado somente para esta amostra

mblo





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Edilson Henrique da Silva		
CLÍNICA:	ENF.: 14 LEITO: 01	
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
19/4/18	18:30	<p>Pacientes controlados</p> <p>Pacientes assintomáticos</p> <p>de Ponte de teste Cardiológico</p> <p>NDSP Cardiológico Prone</p> <p>massas pulmonares</p> <p>bolhas e alveólos a</p> <p>distância etc.</p> <p>Kfere tabagismo</p> <p>El Bar. Def. Cardiol</p> <p>do 2º B. B. B. B. B.</p> <p>com presença de PT</p> <p>PT Box 10</p> <p>ECG FA</p> <p>Sugiro maior atenção</p> <p>Solicito o controle</p> <p>do PT além de ECG</p> <p>diário</p>
		<p>18:04 18</p>
19/4/18		<p>ECG, Pneu, Orelhas, olhos,</p> <p>JANSO, taxa glicose HD</p>

Medico
19/04/2018

Medico
19/04/2018



POS-OPERATÓRIO DE ENFERMAGEM - PREENCHIMENTO PELO ENFERMEIRO DA UNIDADE DE SRPA/UTI/SETOR
RESOLUÇÃO COFEN - 272/2003 - Revogada pela Resolução confen nº 358/2009

NOME: Fidelma Henriques da Silva REGISTRO: 722850

PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SIM NÃO ATENDIMENTO: 753847
HORARIO DE ADMISSÃO NA SRPA: _____ ENFERMARIA: J3 LEITO: 02

EQUIPAMENTOS

OXÍMETRO DE PULSO ANIRADOR PNI O2 MONITOR CARDÍACO CAPNÓGRAFO

AVALIAÇÕES: O paciente deverá ser avaliado a cada 15 minutos na primeira hora pós-operatório.

HORA	CHEGADA	15 min.	30 min.	45 min.	60 min.	1h 30min	2h
Temperatura	-	-	-	-	-	-	-
SpO2	65	64	87	90	90	-	-
Frequência Respiratória	14	14	19	-	-	-	-
Frequência Cardíaca	105%	100%	98%	-	-	-	-
PA (mmHg)	116 x 82	122 x 75	139 x 78	-	-	-	-

AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DO PACIENTE NA ADMISSÃO E ALTA

Parâmetros a serem avaliados	Admissão	Observação	Alta	Observações
Comportamento				
Calmo @ Agitado (A)	C		C	
Agressivo (AR) ou Apático (AP)	-		-	
Sistema Respiratório				
Via aérea pérvia (P) Entubado (ET)	P		P	
Narcole (N) Seminarcole (SN) Acordado (A)	A		A	
Sons: Murmúrio, Vesicular, Normal	MUR		MUR	
Roncos (R) Sibilos (S)	-		-	
Estertores (ES) Estridor (ED)	-		-	
Exp. Torácica: Sincronico (S) Assincronico (A)	S		S	
Sist. Neurológico				
Retração muscular	-		-	
Nível de consciência: (C) Consciente	C		C	
Inconsciente (I) Orientado (O) Desorientado (D)	O		O	
Pupila Isocórica (PI)	PS		PS	
Pupilas - Mioticas (m) ou Mediática (M)	-		-	
Pupila Puntiforme (P)	-		-	
Pupila - Anisocórica: D > E (A) E > D (B)	-		-	
Sistema Cardiovascular				
Ritmo: Sinusal	Regular		Regular	
Bradicardia (B) Taquicardia (T)	-		-	
Arritmia	-		-	
Perfusão periférica	BVA		BVA	
Dissecção venosa (DV) Punção subclávia (PC) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-		-	
Punção Jugular (P)	-		-	
Punção periférica (PF) Cateter peridural (CP)	MSP		MSP	
Sinais de infecção <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Fluxo positivo: Sim/Não	-		-	
Lesão cutânea sim(S) Não(N)	SIM - F.O		SIM - F.O	
Sistema Digestório				
Náuseas: Presentes (NP)	NA		NA	
Ausente (NA)	-		-	
Vômitos: Presentes (NP)	-		-	
Ausente (NA)	VA		VA	
Abdome: Globoso (GL) Flácido (FL) Distendido (D)	FLACIDO		FLACIDO	
Doloroso (DL) Indolor (ID)	ID		ID	
Sistema Urinário				
Diurese Ausente (A)	-		-	
Presente Espontânea (E)	E		E	
SVA ou SVD	-		-	
Retenção (RU) Incontinência (IU)	-		-	
Sistema Tegumentar				
Hidratado (H) Desidratado (DH)	H		H	
Corado (C) Descorado (DC)	C		C	





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

****SES/FUSAM****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS
FICHA DE ANESTESIA



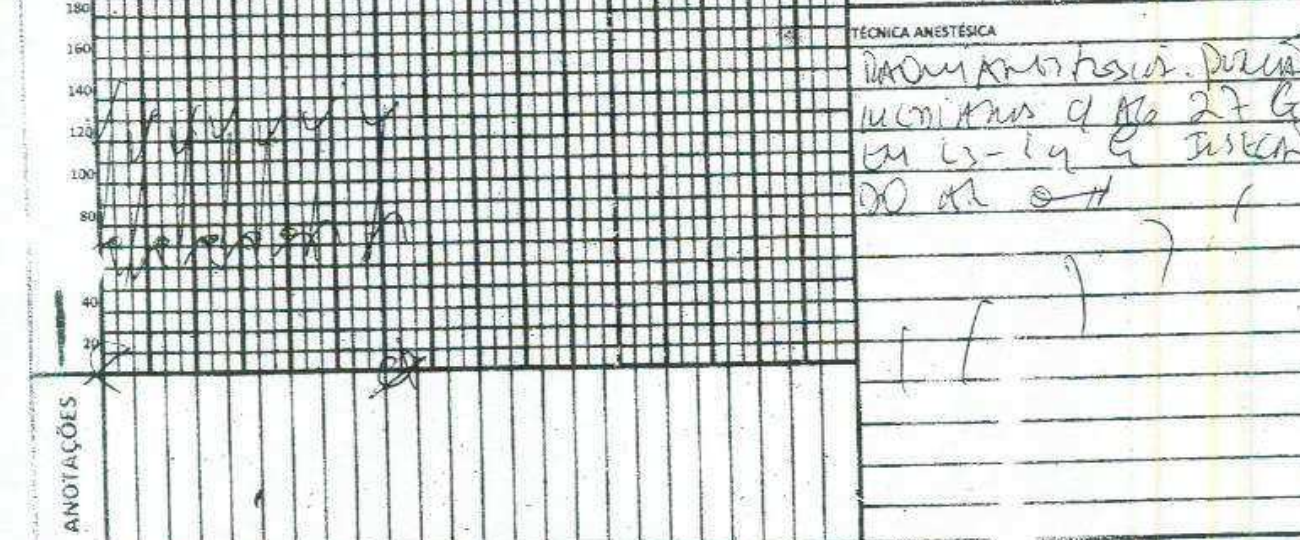
DATA: 24/09/18 ATENDIMENTO: REGISTRO: 72850 ACOMODADO: 13

PACIENTE: EMILSON HENRIQUE DA SILVA SEXO: M IDADE: 65 ANOS COR: B
CIVIL: SOLTEIRO NOME DO ANESTESISTA: Marcos Costa NOME DO CIRURGIÃO: Daniel

MEDICACAO PRE-ANESTESICA: Lidocaina 1% e Sovera 10mg URGÊNCIA: NÃO SIM

CIRURGIA: FEEDBACK DO RINOTOMIA (DE-CIA) + NEUROLOGIA DO V. ARBÚTUM +
ADOSCOPIA, TURNOPOSONA KPM

PROVARIA	DROGAS USADAS	QUANTIDADE
O2	(A) BUP-PLASMA	5mg
N2O	(B) KONTRAL (SPRINOL)	0,06x
UTEROS	(C) STONUP	1x
SaO2		
ETCO2		
ECG		



TÉCNICA ANESTÉSICA
 RAOM anestesia. PERUA
 MUMIANS q Ab 27 G
 EM 13-14 G INSECA
 DO DE 0 H

ANOTAÇÕES

MONITORIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO <input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO <input checked="" type="checkbox"/> SNI <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO <input type="checkbox"/> ESTET. PRE-CORDIAL <input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> TEMPERATURA <input type="checkbox"/> SWAN-GANZ <input type="checkbox"/> ANALISADOR GASES <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> ESTIMULADOR DE NERVO <input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL <input type="checkbox"/> VOLEMIA BP PLUS	ENCAMINHADO <input type="checkbox"/> ACORDADO <input type="checkbox"/> SONOLENTO <input type="checkbox"/> INTUBADO DESTINO <input type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> APART./ENFER. <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> EXTERNO <input type="checkbox"/> NECROTÉRIO	INTERCORRÊNCIA: <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM DESCREVER: OBSERVAÇÃO: ASSINATURA DO ANESTESISTA:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



HORA	LÍQUIDOS ADMINISTRADOS							ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
	ORAL	ENGENHE	PARENTERAL	SORO	SORO	SORO	SANGUE	
7								<p>DIETINA local administrada na SARA os 14 e 25 Nível da S.O. satisfatório, orientado, sendo- classe por A.V. Benfeitoria em m.s. D.F.O sempre realizou fisioterapia. Chiusi CB de feitura da Tomografia D. por que nos cuidados e drenagem de fúncos com 85161</p> <p>NOTURNO</p>
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
TOTAL								
TOTAL	TOTAL DE SAÍDA							
TOTAL	TOTAL DE SAÍDA							





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO PARA REALIZAÇÃO
DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - CONSENTIMENTO INFORMADO

PACIENTE - RESPONSÁVEL - PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Edison Ilencio da Silva RG: 722850
 NOME DO RESPONSÁVEL: _____
 NOME DO MÉDICO: _____ Artur Nepoziani
 CRM: MÉDICO
CRM-PE 25845
 PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Troca de gesso de
fratura de rádio e ulna

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a que será submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, sendo estas, claramente esclarecidas pelo médico. Que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente que poderão ocorrer complicações durante o(s) tratamentos(s) assistência clínica ou procedimento, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirmando que recebi explicações de meu médico, compreendi e concordei com tudo que me foi esclarecido.

Declaro também que nada omiti em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração pode fazer parte integrante do prontuário médico.

Recife, 24 de 4 de 18

[Assinatura]
Assinatura do Paciente ou Responsável

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que esclareci o(a) paciente e/ou seu(a) responsável, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondi a todas as perguntas formuladas pelo(a) paciente e/ou responsável e acredito ter sido compreendido.

Recife, 24 de 4 de 18

[Assinatura]
Assinatura, nome e cargo do médico
Artur Nepoziani
MÉDICO
CRM-PE 25845

Artur Nepoziani
MÉDICO
CRM-PE 25845



SES/FUSAM
HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS



Edilson Henrique NOTA DE SALA DO BLOCO CIRÚRGICO DO TRAUMA
 Nome: ~~Edilson Henrique~~ de ~~Silva~~ **45 anos** Registro: **722850**
 Data: **24/4/18** Posto: **II** Enferm.: **14** leito: **01** Atendimento: **753547**
 Cirurgião: **DRº Daniel** 1º Auxiliar: Sala: **01**
 Cirurgia: **Tº Cirurgião de fr. do tornozelo (D)**
 Tipo de anestesia: Local () Bloqueio () Peridural () Raque (X) Sedação () Geral ()
 Anestesista: **DRº Fabio** Enfº: **Eliane**
 Instrumentador(a): **Cristó** Firma: **Otomedex** Circulante: **Guilherme**
 Hora admissão pact. na SO: **11:50** Hora saída pact. da SO:
 Início da Anestesia: **12:00** Término: **14:00 horas**
 Início da Cirurgia: **13:20** Término:
 Horário de Garroteamento: Inic. **13:10** Term.
 Destino do Pact. no POI: **SRPA (X)** Leito de Origem () UTI () Alta Hospitalar ()

Desc. Equipe Cirúrgica		Soluções:		Equipamentos:	
Produto	Qt.	Produto	Qt.		SIM/NÃO
Gorro	05	Água Oxigenada		Aparelho Anestesia	() ()
Máscara	05	Alcool a 70%	100ml	Aquecedor	() ()
Propés	05	Ácidos Graxos Essenc.		Arco Cirúrgico	(X) ()
Touca	02	Clorexid. Alcool. 2% depu.	200ml	Aspirador Elétrico	() ()
Materiais:		Clorexid. Alcool. 4%		Bisturi Elétrico	(X) ()
Produto	Qt.	Pomada		Bomba de Infusão	() ()
Algodão Ortopédico	03	Tintura de Benjoin		Bomba de Seringa	() ()
Atadura de Crepe	15	Xylestin Geleia		Caproscópio	() ()
Atadura de Gesso		Xylestin Spray		Foco de luz	() ()
Borracha(Latex ou Silicone)	02			Gás pneumático	() ()
Cateter Nasal	01	Soros:		Luva Cirúrgica	() ()
Compressa Cirurg. Pact.	05	Produto	Qt.	Máscara	() ()
Compressa Cirurg. Coluna		Água Dest. 500ml		Mantel	(X) ()
Compressa de Gase Pact.	08	Manitol 20% 250ml		Óculos	(X) ()
Eletrodos	05	Manitol 3% 250ml		Tubo	() ()
Esparadrapo	60ml	SF 0,9% 500ml	03	Tubo	() ()
Esparadrapo Ant.alerg.		SF 0,9% 250ml		Tubo	() ()
Lâmina de Bisturi Nº 15	01	SF 0,9% 100ml		Tubo	() ()
Lâmina de Bisturi Nº 23	01	SF 0,9% 1000ml		Tubo	() ()
Luva Cirúrgica Nº 7,0	02	SG 5% 500ml		Tubo	() ()
Luva Cirúrgica Nº 7,5	05	SG 10% 500ml		Tubo	() ()
Luva Cirúrgica Nº 8,0	02	SGF 250ml		Tubo	() ()
Luva Cirúrgica Nº 8,5		SRL 500ml	03	Tubo	() ()
Luvras Proced. Estéril				Tubo	() ()
Luvras Proced. ã Est.	06			Tubo	() ()
Malha Tubular		Intubação / Ventilação		Tubo	() ()
Perfusor		Produto	Qt.	Tubo	() ()
Hemostático/Colas Biolog.		Sonda Endot. Inf. Nº		Tubo	() ()
Produto	Qt.	Sonda Endot. Inf. Nº		Tubo	() ()
Cera Óssea		Sonda Endot. Ad. Nº		Tubo	() ()
Cotonoides		Sonda Endot. Ad. Nº		Tubo	() ()
Esponja Hemostática		Traqueostomo- Nº		Tubo	(X) ()
				Tubo	() ()





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Edilson Henrique da Silva

CLÍNICA: Posto II - Trauma ENF.: 14 LEITO: 1

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
------	------	----------

21		# Enfermagem #
04		EGR, consciente, orientado, eupórico
18		AVPUSS, com tala gessada SVD, aguarda
		emergência

*Dra. Gráça Guimarães
Enferm. 18
COREN-PE 320.070*

22		# Enfermagem #
04		EGR, consciente, orientado, eupórico
18		AVPUSS, aguarda emergência, obituário

*Dra. Gráça Guimarães
Enferm. 18
COREN-PE 320.070*

Enfermagem

24		Paciente evoluindo com EGR con-
04		sciente, orientado, calmo, apnéu,
18		normotensivo, SSV estáveis, em
		preparo para o bloco, dieta
		S/S - S/pulsos e S/SAEP - falta no
		Servico. EUP em MSD. Sem queixa
		no momento. Aguardando o bloco
		chamar. Sem presença sanguínea.

*Regina de Lima Santos
Enferm. 18
COREN-PE 536632-ENF*



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

14/04/18 # *brunomagem* #
 Paciente, mulher em estado de consciência, M. queixas até o momento, aguardando vaga na eletiva.

15/04/18. Paciente evoluiu com dor lombar
 aumentada supinada, piora
 ao logar. Costa má e 5 vértebras
 L5/S1. Aguardando vaga na eletiva.

*Clínica e Exames
 15/04/18
 Assinatura*

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
 Endereço: _____ Tel.: _____
 Data: ____/____/____
 Assinatura _____

Autorização de Procedimento Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____
 Endereço: _____ Tel.: _____
 Procedimento: _____
 Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido
 Transferência: _____ Internamento _____

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

Usuário do Atendimento
JONATASA

4/13/2018 10:07:03 PM
2 de 2





**** SES/FUSAM ****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS
PARA: AMBULATORIO

DO SETOR: Feito no Hospital Otávio de Freitas

NOME DO PACIENTE: Edilson Leontopas ALTA HOSPITALAR EM: 26/4/18

PRONTUÁRIO N°: 722850 EM: 21 dias

RETORNAR AO AMBULATORIO DE: Ped Trauma COM: 21 DIAS

MOTIVO: Assimilando

RECIFE, 26/4/18

Artur Nepoziano
MÉDICO

Assinado por responsável e carimbo

Visão - Chefia do Ambulatório

- OBS.:
A) ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS.
B) TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE.
C) SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM ALTA HOSPITALAR E NECESSITEM RETORNO AO AMBULATORIO (1º RETORNO).

011-HGOF





** SES/FUSAM **

HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Edison Henrique
Reg.: 722850 Enf.: 14 Leito: 1

DATA DE ENTRADA: 14 / 4 / 18 DATA DE SAÍDA: 26 / 4 / 18

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: fratura de tornozelo
direito

DIAGNÓSTICO FINAL: O mesmo

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): Submetido a
1to cirúrgico. Evolui em boas condições
clínicas e recebeu alta orientada

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: Trauma
PARA CONTROLE EM 26 dias

Artur Nepoziano
MÉDICO
CRM - PIS 40315

105-HGF



07/08/2018

Polícia Civil de Pernambuco
 Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição



Polícia Civil de Pernambuco
 Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

Jaboatão - PE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
 DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0110002571**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/08/2018** às **15:48**

Complementa o BO Número: **18E0110002081**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **12/4/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ENTRE RIOS, 1, SAINDO DA ESTRADA DA LUZ** - Bairro: **CASCATA** -
JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
 MARCONE RODRIGO DA SILVA (TESTEMUNHA)
 EDILSON HENRIQUE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONE RODRIGO DA SILVA**
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

EDILSON HENRIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSE HENRIQUE DA SILVA** Pai: **JOSEFA ANTONIA DA SILVA** Data de Nascimento: **8/4/1973** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **545376/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**
 Endereço Residencial: **BAIRRO DE SANTO ALEIXO (BAIRRO), 285, RUA TRAVESSA DO AÇUDE, MUNDO NOVO - CEP: 55000-000 - Bairro: SANTO ALEIXO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

MARCONE RODRIGO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Endereço Residencial: **RUA QUIERIA GOMES DOS SANTOS, 100 - CEP: 55000-000 - Bairro: CASCATA - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCONE RODRIGO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYX3083 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Registro: **MOTOCICLETA HONDA NXR/125, ANP 2013, PARTICULAR, COR PRETA, PLACA OYX 3083-PE, A MESMA PLACA REGISTRADA EM NOME DE GENESIS HENRIQUE FRANÇA DA SILVA.**



07/08/2018

CAMINHAO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHAO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA INDO PRA CASA NA GARUPA DE UMA MOTOTAXI QUANDO AO DOBRAR NA RUA ENTRE RIOS UM CAMINHAO OS FECHOU FORÇANDO O CONDUTOR IR PELO CANTINHO DO MEIO FIO; QUE O PNEU DIANTEIRO DO MOTO CAIU NUM BURACO, DERRUBANDO O VEICULO; QUE A VITIMA CAIU, FRATURANDO O TORNOZELO DIREITO.

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

Edilson Henrique da Silva
EDILSON HENRIQUE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Mario* **MARIO PEREIRA DA SILVA** - Matrícula: **1200844**



Polícia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia nº 27 - Cid. Olinda

Jaboatão





(/)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRESATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para emissão do parecer final e o prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180317947 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDILSON HENRIQUE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO EDILSON HENRIQUE DA SILVA

CPF/CNPJ: 03255567416

Posição em 30-10-2018 11:20:02

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui (<https://www.s...>) do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/08/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/njnlIFGkQcKlfZCF1XSJRQ=:api_key=gETloeUkl8DXjyDgZdZdyDltOAGF0+AFrWJpmAKxw0k=
19/07/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/CUP7+Ks8xEVfT0EJRJQDN:api_key=gETloeUkl8DXjyDgZdZdyDltOAGF0+AFrWJpmAKxw0k=
19/07/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/_uLenShh252w06mfOnl46:api_key=gETloeUkl8DXjyDgZdZdyDltOAGF0+AFrWJpmAKxw0k=

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)



1/3

