

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
UNIDADE NACIONAL DE HABITAÇÃO

ADAMIR DE LIMA COELHO

100. IDENTIDADE / FOTO EMBOSADA

REGISTRO RRP PS

CPF: 048.124.394-51 DATA DO NASCIMENTO: 03/11/1960

FLACAO: ESTERILIZADO RAMON COELHO

WITH MARTINS DE LIMA

PERMISSÃO: [] ALUG: [] CAT. HAB: 13

INSCRIÇÃO: 0387623851 VIGÊNCIA: 20/09/2015 EXPIRAÇÃO: 11/02/2004

RESERVAÇÃO: Rm Prod Perigosa

Exercício Ativ Desmuniada

Admir de Lima Coelho

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

LOCAL: PAULISTA - PS DATA DE EMISSÃO: 01/10/2014

10089434463

22041583173

OTRON - PETERNABUCO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

966834862

PROIBIDO FALSIFICAR

966834862







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 16.938.930/0001-09 | Web: E-000940-09 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO RAMOS COELHO
PROXIMO POSTO DE SAÚDE

CPF: 234.848.104-01

CLASSIFICAÇÃO

RT RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 2 BOM JESUS 182

CENTRO TABATINGA

IGARASSU-PE

53800-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0735565010	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PAGAMENTO
02/01/2019	24/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	49,90

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
043814814	0001	31/12/2018
AUTENTICAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/12/2018	200351001	1361434

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	57,000000	0,7270354	41,16
Adesão de Bateria AMARELA			0,24
Adesão de Bateria Municipal			0,22
ICMS Substituição ICMS-NE 038254454-20/10/18			0,22
Multa por atraso NF 040024273 - 21/11/18			0,88
Juros por atraso NF 040024273 - 21/11/18			0,07
Atualização IPVA NF 040024273 - 21/11/18			0,09
PRÓ-CRANQA (0813417) 8889-0800 091 8889			0,89
TOTAL			49,90

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
186126	CK1	21-12-2018	9.960,00	21-12-2018	9.975,00	85	1,0000				87,50

HISTÓRICO DE PAGAMENTOS	INFORMAÇÕES DETALHADAS	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO
MÊS/ANO	DATA DE PAGAMENTO	VALOR DO PAGAMENTO
01/18	01/18	15,00
02/18	02/18	15,00
03/18	03/18	15,00
04/18	04/18	15,00
05/18	05/18	15,00
06/18	06/18	15,00
07/18	07/18	15,00
08/18	08/18	15,00
09/18	09/18	15,00
10/18	10/18	15,00
11/18	11/18	15,00
12/18	12/18	15,00

RESUMO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
Consumo Ativo (Wh) 57,000000
Consumo Ativo (KWh) 0,057000
Consumo Ativo (MWh) 0,000570
Consumo Ativo (GWh) 0,00000570
Consumo Ativo (TWh) 0,000000570
Consumo Ativo (PWh) 0,000000570
Consumo Ativo (EWh) 0,000000570
Consumo Ativo (YWh) 0,000000570
Consumo Ativo (JWh) 0,000000570
Consumo Ativo (HWh) 0,000000570
Consumo Ativo (KWh) 0,057000
Consumo Ativo (MWh) 0,000570
Consumo Ativo (GWh) 0,00000570
Consumo Ativo (TWh) 0,000000570
Consumo Ativo (PWh) 0,000000570
Consumo Ativo (EWh) 0,000000570
Consumo Ativo (YWh) 0,000000570
Consumo Ativo (JWh) 0,000000570
Consumo Ativo (HWh) 0,000000570

RESUMO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	RESUMO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
Consumo Ativo (Wh) 57,000000	Consumo Ativo (Wh) 57,000000
Consumo Ativo (KWh) 0,057000	Consumo Ativo (KWh) 0,057000
Consumo Ativo (MWh) 0,000570	Consumo Ativo (MWh) 0,000570
Consumo Ativo (GWh) 0,00000570	Consumo Ativo (GWh) 0,00000570
Consumo Ativo (TWh) 0,000000570	Consumo Ativo (TWh) 0,000000570
Consumo Ativo (PWh) 0,000000570	Consumo Ativo (PWh) 0,000000570
Consumo Ativo (EWh) 0,000000570	Consumo Ativo (EWh) 0,000000570
Consumo Ativo (YWh) 0,000000570	Consumo Ativo (YWh) 0,000000570
Consumo Ativo (JWh) 0,000000570	Consumo Ativo (JWh) 0,000000570
Consumo Ativo (HWh) 0,000000570	Consumo Ativo (HWh) 0,000000570

RESUMO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA	RESUMO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA
Consumo Ativo (Wh) 57,000000	Consumo Ativo (Wh) 57,000000
Consumo Ativo (KWh) 0,057000	Consumo Ativo (KWh) 0,057000
Consumo Ativo (MWh) 0,000570	Consumo Ativo (MWh) 0,000570
Consumo Ativo (GWh) 0,00000570	Consumo Ativo (GWh) 0,00000570
Consumo Ativo (TWh) 0,000000570	Consumo Ativo (TWh) 0,000000570
Consumo Ativo (PWh) 0,000000570	Consumo Ativo (PWh) 0,000000570
Consumo Ativo (EWh) 0,000000570	Consumo Ativo (EWh) 0,000000570
Consumo Ativo (YWh) 0,000000570	Consumo Ativo (YWh) 0,000000570
Consumo Ativo (JWh) 0,000000570	Consumo Ativo (JWh) 0,000000570
Consumo Ativo (HWh) 0,000000570	Consumo Ativo (HWh) 0,000000570

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
0735565010	12/2018	02/01/2019	49,90



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Admim de Lima Coelho, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 5.967.083 SSP/PE e CPF: 048.154.394-51, residente na TV 2 Bom Jesus, N: 148, Centro, Tabatinga, Igarassu/PE.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 13.04.19

Admim de Lima Coelho
Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 15 de abril de 2019.

PAULO ANTONIO COELHO CASTOR





03/08/2018 16:41



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE
REBOUÇAS - DP33ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18E0123001365

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/08/2018** às **19:11**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **22/4/2018** às **17:09**

Fato ocorrido no endereço: **BR -161 ITAPESSUMA - ROTA FOGO - PE - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE ITAPISSUMA, 01 - Bairro: CIDADE INDUSTRIAL - ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O ESTADO (AUTOR/AGENTE)
ADAMIR DE LIMA COELHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ADAMIR DE LIMA COELHO

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

ADAMIR DE LIMA COELHO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RUTH MARTINS DE LIMA Pai: SEVERINO RAMOS COELHO Data de Nascimento: 2/11/1988
 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
 Residência: **SEGUNDA TRAVESSA BOM JESUS VILA RURAL IGARASSU - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA BOM JESUS, 142 - CEP: 0 - Bairro: VILA RURAL - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

O ESTADO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DES Pai: DES
 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

FIAT UNO MILLE (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADAMIR DE LIMA COELHO, que estava em posse do(a) Sr(a): ADAMIR DE LIMA COELHO
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL FIAT/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Pisct: **KKH3262 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
 Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008**



03/08/2018 19:10

im de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopoi/xm1/BOEPreview.html

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA BR - 101 CONDUZINDO UM VEICULO DE MARCA FIAT UNO MILLE DE PLACAS KKH - 3252 -98 DE COR CINZA DE SUA PROPRIEDADE E NO MOMENTO CHUVIA MUITO NO LOCAL FOI QUANDO A VITIMA PERDEU O VOLANTE DO VEICULO ACUPLANANDO E LOGO EM SEGUIDA O CITADO VEICULO VEIO A CAPOTAR CAUSANDO VARIAS LESOES PELO CORPO DA VITIMA QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARRAS EN SEGUIDA PARA O HR DEPOIS PARA UNIMED ONDE FOI CIRURGIADO CONFORME LAUDO ANEXO.

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

ADAMIR DE LIMA COELHO
(VITIMA)



B.O. registrado por ~~WASHINGTON LUIZ DOS SANTOS~~ - Matrícula: 3511428
33ª CIRCUNSCRIÇÃO



03/08/2018 16:41

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CR02 DE
REBOUÇAS - DP33ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0123001365

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/08/2018 às 19:11

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 22/4/2018 às 17:09

Fato ocorrido no endereço: BR-101 ITAPESSUMA - ROTA FOGO-PE - ITAPESSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE ITAPESSUMA, 01 - Bairro: CIDADE INDUSTRIAL - ITAPESSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O ESTADO (AUTOR \ AGENTE)
ADAMIR DE LIMA COELHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ADAMIS DE LIMA COELHO

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

ADAMIR DE LIMA COELHO (presente no plantão) - Sexo: Masculino/Mãe: RUTH MARTINS DE LIMA Par: SEVERINO RAMOS COELHO Data de Nascimento: 3/11/1980
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **SEGUNDA TRAVESSA BOM JESUS VILA RURAL IGARASSU - IGARASSU/PERNAMBUCO-BRASIL Próximo à: RUA BOM JESUS, 142 - CEP: 0 - Bairro: VILA RURAL - IGARASSU/PERNAMBUCO-BRASIL**

O ESTADO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DES Pai: DES
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

FIAT UNO MILLE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADAMIR DE LIMA COELHO,
que estava em posse do(a) Sr(a): ADAMIR DE LIMA COELHO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKH3292 (PERNAMBUCO/MÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2008



03/08/2018 19:10

m de Ocorrência

file:///C:/Users/EDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA BR - 181 CONDUZINDO UM VEICULO DE MARCA FIAT UNO MILE DE PLACAS KKH - 3292 -PE DE COR CINZA DE SUA PROPIEDADE E NOMOMENTO CHUVIA MUITO NO LOCAL FOI QUANDO A VITIMA PERDEU O VOLANTE DO VEICULO ACUPLANANDO E LOGO EM SEGUIDA O CITADO VEICULO VEIO A CAOTAR CAUSANDO VARIAS LESOES PELO CORPO DA VITIMA QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARRAES EM SEGUIDA PARA O HR DEPOIS PARA UNIMED ONDE FOI CIRURGIADO CONFORME LAUDO ANEXO.

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

ADAMIR DE LIMA COELHO
ADAMIR DE LIMA COELHO
(VITIMA)



B.O. registrado por WASHINGTON LUIZ DOS SANTOS - Matrícula: 3811426
33ª CIRCUNSCRIÇÃO



de 1



03/08/2018 16:41



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE
REBOUÇAS - DP33ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0123001365

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/08/2018 às
19:11

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia 22/4/2018 às 17:09

Fato ocorrido no endereço: BR -161 ITAPESSUMA - BOTA FOGO -PE -
ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE
ITAPISSUMA, 01 - Bairro: CIDADE INDUSTRIAL -
ITAPISSUMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O ESTADO (AUTOR/AGENTE)
ADAMIR DE LIMA COELHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
ADAMIR DE LIMA COELHO

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

ADAMIR DE LIMA COELHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RUTH
MARTINS DE LIMA Pai: SEVERINO RAMOS COELHO Data de Nascimento: 2/11/1980
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: SEGUNDA TRAVESSA BOM JESUS VILA RURAL IGARASSU -
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: RUA BOM JESUS, 145 - CEP: 0 - Bairro:
VILA RURAL - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL

O ESTADO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DES Pai: DES
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

FIAT UNO MILLE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ADAMIR DE LIMA COELHO,
que estava em posse do(a) Sr(a): ADAMIR DE LIMA COELHO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/FIAT/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: NÃO
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKH3202 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: 2007/2008



Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA BR - 101 CONDUZINDO UM VEICULO DE MARCA FIAT UNO MILLE DE PLACAS KKH - 2292 -PE DE COR CINZA DE SUA PROPIEDADE E NOMOMENTO CHUVIA MUITO NO LOCAL FOI QUANDO A VITIMA PERDEU O VOLANTE DO VEICULO ACUPLANANDO E LOGO EM SEGUIDA O CITADO VEICULO VEIO A CAOTAR CAUSANDO VARIAS LESOES PELO CORPO DA VITIMA QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARRAES EM SEGUIDA PARA O HR DEPOIS PARA UNIMED ONDE FOI CIRURGIADO CONFORME LAUDO ANEXO.

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

ADAMIR DE LIMA COELHO
ADAMIR DE LIMA COELHO
(VITIMA)



B.O. registrado por WASHINGTON LUIZ DOS SANTOS - Matrícula: 3511426
33ª CIRCUNSCRIÇÃO





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000964 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). HANSER LINDBERGHT LINS DE SOUZA, 0 anos, (a), SOLTEIRO(a), RG nº 5962094 sdspe, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 042.760.234-32, residente à rua alfredo pispo de carvalho neto, nº 338, , centro, igarassu- , certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 22/04/2018, por volta das 17:09 hs, no endereço: BR 101, XXX, BOTAFOGO ITAPISSUMA-PE, referente a um(a) CAPOTAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL FIAT UNO MILLE FIRE, CINZA, KKH3292-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ADAMIR DE LIMA COELHO, inscrito sob o CPF nº 048.154.394-51 e Registro Geral nº 5967083, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710249-6 ERASMO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 114314. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 03/08/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/> , consultar protocolo nº 2018APH000964

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000964 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). HANSER LINDBERGHT LINS DE SOUZA, 0 anos, (a), SOLTEIRO(a), RG nº 5962094 sdspe, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 042.760.234-32, residente à rua alfredo pispo de carvalho neto, nº 338, , centro, igarassu- , certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 22/04/2018, por volta das 17:09 hs, no endereço: BR 101, XXX, BOTAFOGO ITAPISSUMA-PE, referente a um(a) CAPOTAMENTO, envolvendo AUTOMÓVEL FIAT UNO MILLE FIRE, CINZA, KKH3292-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ADAMIR DE LIMA COELHO, inscrito sob o CPF nº 048.154.394-51 e Registro Geral nº 5967083, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710249-6 ERASMO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 114314. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 03/08/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000964

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Ficha de Atendimento

Numero do Registro

NCR
0307060029

962975	Data e Hora de Atendimento: 22/04/2018 22:09	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual: 0206010079
Cod. Paciente: 1630986	Paciente: ADAMIR DE LIMA COELHO	
Data de nascimento: 03/11/1980	Idade: 37a 5m 18d	Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante: TARCIANA
DOC ID / Data expedição 5967083 / 02-Jul-06	Mãe: RUTH MARTINS DE LIMA Pai: SEVERINO RAMOS COELHO	Cartão SUS:
Endereço: RUA DO POSTO Bairro: ZONA RURAL Cidade: IGARASSU	UF: PE	Numero 148 Complemento: Telefone: 997593375
Ocorrências:		
Motivo do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO		
Procedência: HOSPITAL MIGUEL ARRAES		
Informações do Serviço Social:		
Confirmação de nome:	Fones:	Assistente Social
Confirmação de endereço:		
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐		
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐		
Outros ☐		
Observação:		Assistente Social
História Clínica:		
Porta vítima de capotamento há 4h de admissão, apresentando wrist e fratura de rádio ulna. Ap exame físico, mobil. 4mm TC Col. Cerv: fratura de uma vertebra C4 Y.C. Cervical: 100% de lesão #CD: Col. Cerv.		
Atendimento Médico		
Perde de consciência: Sim ☐ Não ☐	Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐	Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐	Tipo:	Transporte realizado: Sim ☐ Não ☐
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐	Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐	Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?		
Exame Físico:		
A. Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐	O paciente fala: Sim ☐ Não ☐	Tempo de resposta: Sim ☐ Não ☐
B. Respiratório		
C. Circulatório	PA: X mm	Frequência cardíaca: 100 bpm

Contraste:

Assinatura do médico

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Escore: _____	Escore: _____	Escore: _____			
E: Exposição/Abdômen:					
Diagnóstico Inicial:					Cod. Procedimento
Co					Ass. Médico
Evolução de Enfermagem:					Ass. Enfermagem
Definição do Caso:					
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta					
Internado na Clínica: <u>Unimed</u> <u>23/04/18</u> <u>16h</u>					
Transferido para: _____					
Autorização para Alta / Internamento / Transferência: _____ Data: _____ Hora: _____					
Médico: _____ CRM: _____					
Termo de responsabilidade de alta a pedido: _____					
- E _____ a neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e sem exames complementares e transporte se forem necessários.					
Nome completo legível: _____					
Assinatura: _____					
Data: _____					
No. da identidade: _____					
Termo de responsabilidade de alta a pedido: _____					
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.					
Nome completo legível: _____					
Assinatura: _____					
Data: _____					
No. da identidade: _____					
Data e Hora Impressão: 22-Apr-18					





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE
DE APLICAÇÃO

NOME DO PACIENTE Adriana de Lencastre ENFLEITO REGISTR

DIA 23/04 DIA 23/04 DIA DIA DIA

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
1- Glicose 100 mg/ml	250			06	06			
2- Insulina 100 U/ml	10			06	06			
3- Paracetamol 500 mg	1x/dia			06	06			
4- Paracetamol 500 mg	1x/dia			06	06			
5- Paracetamol 500 mg	1x/dia			06	06			
6- Paracetamol 500 mg	1x/dia			06	06			

CUIDADOS	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFIC
1- Glicose 100 mg/ml					
2- Insulina 100 U/ml					
3- Paracetamol 500 mg					
4- Paracetamol 500 mg					
5- Paracetamol 500 mg					
6- Paracetamol 500 mg					

ASSINATURA DO MÉDICO Herika Negri COD.

Paciente: Adomir de Lima Coelho Data: 23/04/18

Enfermagem: Terapeuta Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ Ao dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☒ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decoreb.) (3 pts.) ☐ Extensão (decoreb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: 34 pontos.

TPM ☐ Sim ☐ Não ☒ Franquei: _____

A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
 D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: em ambul

Ventilador: ☒ AVP USE ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso

Dieta ☒ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminação Intestinal: ☒ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☒ Lesionada

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Questões: _____

Exames: _____

Parâmetros: _____

Observações (Outras / Notas): pt. segue, sig. maciça

Ass: _____

Carla Regina Sobral
CRP 284.735

Data: 23/04/18

Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ Ao dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - s/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decoreb.) (3 pts.) ☐ Extensão (decoreb.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)

Total: 55 pontos.

TPM ☒ Sim ☐ Não ☒ Franquei: _____

A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente
 D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensitivo e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____

Ventilador: ☒ AVP 4SP ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso

Dieta ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavagem
☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia ☐ Aberta

Eliminação Intestinal: ☒ Normais ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia

Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____

Pele: ☐ Inteira ☒ Lesionada MMII

☐ Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Questões: _____

Exames: _____

Parâmetros: _____

Observações (Outras / Notas): pt. em EBR, com delírio, dor em região
torácica, lombar, região do CCG.

Ass: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR



HISTÓRICO DA RESTAURAÇÃO

Resumo

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/04/2018 22:02

Nome Paciente: ADAMIR DE LIOMA COELHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/11/1980
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: U0035
Convênio:
Atendimento:

22/04/2018 22:02 - FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE VÍTIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 4H NEGA INCONSCIÊNCIA RELATA VÔMITO, QUEIXANDO-SE DE DOR CERVICAL + DOR E EDEMA EM REGIÃO DE OMBRO DIR + DOR ABDOMINAL

Observação:

SENHA: 5411155

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

REGUA DE DOR: 5

ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO
Data: 22/04/2018 22:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
ESTADO DE

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Ademir de Lenc

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/01/18

HR

transf

no Trans Camp

Reciente 12/18

Ar Exame

glagoril

franchet E

Do paciente tem plano

Unidad

Co @ Tg transferir

pl hospit Fmnd

Herika Niz
Neurocirurgia
CRM-PE 1928





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriana de Lina Belli

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1630986

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

FC Coluna Cervical

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO

QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

6.1.4

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

Rafael Baptista da Silva
Neurocirurgião
CRM-PE 24209

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22.04.18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Rafael Baptista da Silva
Neurocirurgião
CRM-PE 24209

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

22/04/18 TAC Realizada: 15/04/18
Contraste: 15/04/18

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

DAD
CRM-PE 24209



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Idemir de Louca Costa
Enf / Leito: _____ Registro: _____

DIA: 23/04 DIA: _____ DIA: _____

HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22	10 - 16 - 22
09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06
09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -	09 - 12 - 15 - 18 -
21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06	21 - 24 - 03 - 06
12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06	12 - 18 - 24 - 06

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() Afecção de sinais vitais (3 vezes ao dia)
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
() Cateterismo Intermitente (6 em 6 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS	HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
Frequência Cardíaca	10	80			
	16				
	22				
	10	18			
	16				
	22				
	10	36.2			
	16				
	22				
	10	140 x 70			
	16				
	22				

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Paula Costa

Cod. 0172



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Albino da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

163096

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

FC Coluna Cervical

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - COD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22.09.18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Rafael Baptista de Assis
Neurocirurgia
CRM-PE 24209

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

22/09/18
TAC Realizado: 15/09/18
Assinatura e Carimbo: **DJP**



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Admir de Sousa Costa
Enf/Leito: _____ Registro: _____

DIA: 23/04	DIA: 1	DIA: 1	DIA: 1
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10-18-22	10-18-22	10-18-22	10-18-22
09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18
11-24-03-06	11-24-03-06	11-24-03-06	11-24-03-06
09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18
11-24-03-06	11-24-03-06	11-24-03-06	11-24-03-06
12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM
() Afecção de sinais vitais (3 vezes ao dia)
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)
() Cateterismo Intermitente (8 em 8 horas e se necessário)

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS
Frequência Cardíaca
Frequência Respiratória
Temperatura
Pressão Arterial

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	80			
16				
22				
10	18			
16				
22	36.2			
10				
16				
22	140 x 70			
10				
16				
22				

Assinatura da Enfermeira

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Cod. 0172



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/04/2018 18:39

Nome Paciente:

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Senha:

Convênio:

Atendimento:

SAME:

ATENDIMENTO: 425491

REGISTRO: 114314

SAME: 101463

PACIENTE: ADAMIR DE LIMA COELHO

NASCIMENTO: 22/4/1978

IDADE: 40

SEXO: MASCULINO

MÃE: SEVERINO RAMOS COELHO

PAL: RUTH MARTINS DE LIMA

ENDEREÇO: RUA POSTO

nº: 158

BAIRO: VILA RURAL

CIDADE: IGARASSU

101463

Período: 22/04/2018 18:28 - 22/04/2018 18:29

ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIROS COM RELATO DE CAPOTAMENTO POLI
ESCORIAÇÕES, PERDA DE CONSCIENCIA E DOR TORACICO ENTRA DIRETO NA AREA
VERMELHA.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

REVISADO
NEPI HIA

REVISADO
NEPI HIA

FATURADO
26/04/18
Felipe Marques

Acolhido(a) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/04/2018 18:29

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Hospital da Restauração / Neurocirurgia

Evolução de Enfermagem



Paciente: Adamir de Lima Coelho Data: 22/04/18

Enfermante: Conselheiro Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☒ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - sí/lociz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decont. X3 pts.) ☐ Extensão (descont. X2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>34</u> pontos.		

TPM ☐ Sim ☐ Não ☐ Não
A - Ponto motor e sensível completo
B - Apenas sensibilidade preservada
C - Motricidade não funcional presente
D - Motricidade funcional presente
E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros ☐ Outros ☐ Outros

Ventilação: ☒ AVP ☒ HSE ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso

Dieta: ☒ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavage ☐ Via Oral ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavage ☐ Aberta

Eliminação Intestinal: ☒ Humana ☐ Constipação a ☐ Sim ☐ Diarréia

Diurese: ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD ☐ Aspecto: _____

Bola: ☐ Inteira ☒ Lesionada

Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Questões: _____

Exames: _____

Parâmetros: _____

Observações (Dicas / Notas): Ret em CCB, com reteste, dor em região

Ass: _____

② ret segue, sig marcadinho

Ass: _____

Enfermeira Sueli
CRP 24.735

Data: 23/04/18

Glasgow		
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora
☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Sons incompreensíveis (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - sí/lociz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decont. X3 pts.) ☐ Extensão (descont. X2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>35</u> pontos.		

TPM ☒ Sim ☐ Não ☐ Não
A - Ponto motor e sensível completo
B - Apenas sensibilidade preservada
C - Motricidade não funcional presente
D - Motricidade funcional presente
E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)

Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros ☐ Outros ☐ Outros

Ventilação: ☒ AVP ☒ HSE ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso

Dieta: ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavage ☐ Via Oral ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavage ☐ Aberta

Eliminação Intestinal: ☒ Humana ☐ Constipação a ☐ Sim ☐ Diarréia

Diurese: ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD ☐ Aspecto: _____

Bola: ☐ Inteira ☒ Lesionada MMI

Ferida Operatória: Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito

Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____

Questões: _____

Exames: _____

Parâmetros: _____

Observações (Dicas / Notas): Ret em CCB, com reteste, dor em região

Ass: Sueli T. Pereira



HO. DA RESTAURACAO

Resumo

cação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/04/2018 22:02

Nome Paciente: ADAMIR DE LIOMA COELHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/11/1960
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: U0035
Convênio:
Atendimento:

22/04/2018 22:02 - FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal: PACIENTE VÍTIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 4H NEGA INCOSNCIÊNCIA RELATA VÔMITO QUEIXANDO-SE DE DOR CERVICAL + DOR E EDEMA EM REGIÃO DE OMBRO DIR + DC ABDOMINAL

Observação: SENHA: 5411155

Fluxograma sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5
- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO
Data: 22/04/2018 22:03



Ficha de Atendimento

Numero do Registro

962975

Data e Hora de Atendimento:
22/04/2018 22:09

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL

Atendimento Manual: 0307060029

Cod. Paciente: 1630986 Paciente: ADAMIR DE LIMA COELHO

Data de nascimento: 03/11/1980

Idade: 37a 5m 18d

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão:

Acompanhante:

TARCIANA

DOC ID / Data expedição

5967083 / 02-Jul-06

Mãe: RUTH MARTINS DE LIMA

Pai: SEVERINO RAMOS COELHO

Cartão SUS:

Endereço: RUA DO POSTO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: IGARASSU

Numero 148

Complemento:

UF: PE Telefone: 997593375

Corrências:

Motivo do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO

Procedência: HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome:

Fones:

Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências:

Alta ☐

Caso Social ☐

Encaminhamentos:

Rede de Apoio ☐

GPCA ☐

Cons.Tutelar ☐

Delegacias ☐

Minist. Publico ☐

Outros ☐

Observação:

Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de capotamento há 4h de admittido, apresentando
vômito e dor abdominal em toda a região.

Apresenta febre 38,5°C, mal-estar.

TC abd. local: fratura de costela lateral (E) C4

TC crânio: sem alterações

#CD: Cole. Cerebral

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Transporte realizado: ☒

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐

Altura:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por Quê?

Exame Físico:

A. Geral:

Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐

Tempo

B. Respiratório

TOMOGRAFIA

C. Circulatório

PA:

X

mm

22/04/18

bpm

Contraste:

Assinatura do Médico

D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐				Pupilas: Isocóricas ☐	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Moto			
Escore:	Hora:	Escore:	Hora:	Escore:	Hora:		

E: Exposição/Abdômen:

Diagnóstico Inicial:

Cod. Procedimento

Co

Ass. Médico

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

Internado na Clínica: ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Piorado

Transferido para: Unimed 23/04/18 UL

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: Paulo Antonio Coelho Castor CRM: 12281 Data: 23/04/18 Hora: 16h

Termo de responsabilidade para internamento:

- Eu, Paulo Antonio Coelho Castor, neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: 23/04/18 Nome completo legível: Paulo Antonio Coelho Castor

No. da identidade: 12281 Assinatura: Paulo Antonio Coelho Castor

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: 23/04/18 Nome completo legível: Paulo Antonio Coelho Castor

No. da identidade: 12281 Assinatura: Paulo Antonio Coelho Castor

Data e Hora impressão: 22-Apr-18





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Ademir de Souza

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/04/18

HR

Ademir

HR - Transição

Paciente assistido

As Exame

placard

frontal e

Plb paciente sem plano

curial

Ca D Tg transpender

pl hospit Fim

Artista Nick
Neurocirurgia
1926





Secretaria da Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO

PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

NOME DO PACIENTE

Adriana de Lima Costa

ENFALETO

REGISTRO

DIA 23/04

DIA 23/04

DIA

DIA

DIA

MEDICAMENTO

DOSE

VIA

INTERV.

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

HORÁRIO

1- Dila VO Brada capsa 2ml/6
2- Dila VO 200mg EV 2x/d
3- Dila VO 400mg EV 1x/d
4- Dila VO 1g + AD EV 6/6h
5- Dila VO 100mg EV 12/12h
6- Dila VO 1g + AD EV 8/8h

1- Dila VO 200mg EV 2x/d
2- Dila VO 400mg EV 1x/d
3- Dila VO 1g + AD EV 6/6h
4- Dila VO 100mg EV 12/12h
5- Dila VO 1g + AD EV 8/8h

CUIDADOS

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ESPECIFICAÇÃO

ASSINATURA DO MÉDICO

Assinatura do médico

Herika Negri
Med. Cirurgia



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 425491

Senha da Classificação:

0033

Data e Hora: 22/04/2018 18:23

Paciente:

ATENDIMENTO: 425491 REGISTRO: 114314

SAME: 101463

SEXO: MASCULINO

Nome Social:

PACIENTE: ADAMIR DE LIMA COELHO

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Data do Nasc

NASCIMENTO: 22/4/1978 IDADE: 40

SEXO: MASCULINO

Nome da Mãe

MÃE: SEVERINO RAMOS COELHO

Estado Civil:

PAL: RUTH MARTINS DE LIMA

nº: 158

OPEDIA

CRM: 12348

Endereço: RL

BAIRRO: VILA RURAL

Bairro: VILA RURAL

Cidade/UF: IC

CIDADE: IGARASSU

imento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora: 18:22

Peso:

Altura:

Temperatura:

Queixa Principal

Pet vítima de esportista há 40 minutos (estava
sem conta de segurança em carro. Chupa e relata de
dor torácica importante em tempo de relaxamento
agudo. Chupa torácica pelo lado esquerdo, em ponto médio a
colateral cervical.

Exame Físico

As Vcs. c/ves. pelvicas.
Bo. MVB em abd., dormente em base n.º. FR: 24 D = 6/6.15. Bo
cu RCM em 25, BAF 2/4 copos. Go. Escaragat em
membranas.

Hipótese Diagnóstica

Pob. trau.

Prescrição Médica

- Solu. 70% coluna, crivo, tórax e abdome.
- VAF 10mg 2x 1x.
- Hidrocortisona 500. 1x 1x. AD 2x 1x.
- manter calor cervical, até novo orden.

Dr. Valdir Xavier
Gerais
AMPE 20210

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:



Atendimento: 425491
Data e Hora: 22/04/2018 18:23

Senha da Classificação:

Paciente:	ATENDIMENTO: 425481	REGISTRO: 114314	SAME: 101463	SEXO: MASCULINO
Nome Social:	PACIENTE: ADAMIR DE LIMA COELHO			SUS - EXTERNO / URGENCIA
Data do Nasc:	NASCIMENTO: 22/4/1978	IDADE: 48	SEXO: MASCULINO	
Nome da Mãe:	MÃE: SEVERINO RAMOS COELHO			
Estado Civil:	PAL: RUTH MARTINS DE LIMA		nº: 158	OPEDIA CRM: 12346
Endereço: RL	ENDEREÇO: RUA POSTO			Bairro: VILA RURAL
Cidade/UF: IG	BAIRRO: VILA RURAL			imento: COSMEJS
	CIDADE: IGARASSU			

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil: _____
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Observação: _____

Nr Documento Estrangeiro: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Home: 14:22

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Queixa Principal

[illegible]

Exame Físico

Exame Físico

As Vias aéreas livres

Bo MUC em ant. diminuído em base n.º. PR: 24

CV RCR em 25, RCF s/ egress.

PR: 100%

D- 6/6/15

Bo funcionamento em membros.

Hipótese Diagnóstica

Pobytne

Prescrição Médica

Prescrição Médica

- Shasta 700 colme, crivo, tórax e abdome
- VAF 1 amp 2m Agon.
- Hidrocortison 500 - 11 amp = AD 12 Agon.
- mantr color cervical, até região axilar

M. Vassier

Dr. Wilson, Xavier
S. Maria Geral
10/10/2010

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha:

() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de internação



APOIO / BAIADO
Sua Saúde Já
FUNCIONÁRIO
ETIQUETA

Ficha de Atendimento

Numero do Registro

962975

Data e Hora de Atendimento:
22/04/2018 22:09

Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL

Atendimento Manual: 0206010079

Cod. Paciente: 1630986 Paciente: ADAMIR DE LIMA COELHO
Data de nascimento: 03/11/1980 Idade: 37a 5m 18d Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: TARCIANA

DOC ID / Data expedição 5967083 / 02-Jul-06 Mãe: RUTH MARTINS DE LIMA
Pai: SEVERINO RAMOS COELHO Cartão SUS:

Endereço: RUA DO POSTO Número 148
Bairro: ZONA RURAL Complemento:
Cidade: IGARASSU UF: PE Telefone: 997593375

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO

Procedência: HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assistente Social

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐
Outros ☐

Observação: Assistente Social

História Clínica:

Paciente vítima de capotamento há 4h de admiração, apresentando
vômito e dor abdominal.

At exame físico: 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24

TC abd. local: pedra de uma lateral (E) c4

TC lombar: pedra de uma lateral (E) c4

Atendimento Médico
Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado
Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por Que?

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temperatura

B. Respiratório

C. Circulatório PA: X mm Hg

Contraste:

Assinatura do Co. R.T.

HO

DA RESTAURACAO

Resumo

cação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

22/04/2018 22:02

Nome Paciente: ADAMIR DE LIOMA COELHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 03/11/1980
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: U0035
Convênio:
Atendimento:

22/04/2018 22:02 - FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE VÍTIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 4H NEGA INCONSCIÊNCIA RELATA VÔMITO, QUEIXANDO-SE DE DOR CERVICAL + DOR E EDEMA EM REGIÃO DE OMBRO DIR + DOR ABDOMINAL

Observação:

SENHA: 5411155

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

REGUA DE DOR: 5
ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO
Data: 22/04/2018 22:03

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Paciente: Adomir de Lima Coelho Data: 23/04/18

Enfermagem: Carminha Leite Hipótese Diagnóstica: _____

Glasgow		
Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☐ Orientado / Conversando (5 pts.) ☒ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Frase incompreensível (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Motora ☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - a/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. /3 pts.) ☐ Extensão (desconstr.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>14</u> pontos.		
TRM ☐ Sim ☐ Não ☐ Fracul A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)		
Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: <u>na omb.</u> Ventilação: ☒ AVF <u>MSE</u> ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.		
Dieta ☒ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavage ☐ Aberta ☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia		
Eliminação Intestinal: ☒ Normal ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia		
Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____		
Pêlo: ☐ Integro ☒ Lesionado		
☐ Ferida Operatória Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito		
Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____		
Quedas: _____		
Quedas: _____		

Ret. em seguimento, sig. manuseio

Ass: Carminha Leite

Data: 23/04/18

Glasgow		
Abertura Ocular ☒ Espontânea (4 pts.) ☐ Ao comando verbal (3 pts.) ☐ A dor (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Verbal ☒ Orientado / Conversando (5 pts.) ☐ Desorientado / Conversando (4 pts.) ☐ Palavras inadequadas (3 pts.) ☐ Frase incompreensível (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)	Resposta Motora ☒ Obedece (6 pts.) ☐ Localiza dor (5 pts.) ☐ Flexão - a/ localiz. (4 pts.) ☐ Flexão anormal (decort. /3 pts.) ☐ Extensão (desconstr.) (2 pts.) ☐ Sem resposta (1 pts.)
Total: <u>15</u> pontos.		
TRM ☒ Sim ☐ Não ☐ Fracul A - Perda motora e sensível completa B - Apenas sensibilidade preservada C - Motricidade não funcional presente D - Motricidade funcional presente E - Retorno sensível e motor completo (pode haver anormalidade de reflexos)		
Sistema Respiratório: ☒ Espontâneo ☐ TOT ☐ TOT ☐ Outros Quais: _____ Ventilação: ☒ AVF <u>MSE</u> ☐ AVC ☐ JH ☐ Sem Acesso.		
Dieta ☐ Zero ☐ SNG ☐ SNE ☐ Gavage ☐ Aberta ☒ Via Oral ☐ SOG ☐ Gastrostomia		
Eliminação Intestinal: ☒ Normal ☐ Constipação a _____ dias ☐ Diarréia		
Diurese ☒ Espontânea ☐ Dispositivo Urinário ☐ SVA ☐ SVD Aspecto: _____		
Pêlo: ☐ Integro ☒ Lesionado <u>UNI</u>		
☐ Ferida Operatória Data da Cirurgia: ____/____/____ ☐ Úlcera de decúbito		
Localização: _____ Localização: _____ Estágio: _____		
Quedas: _____		
Quedas: _____		
Parâmetros: _____		
Observações (Diurese / Motus): <u>Ret. em seguimento, sig. manuseio, dor em região</u> <u>torácica e lombar, após o CGO.</u>		
Ass: <u>Carminha Leite</u>		



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO



PRESCRIÇÕES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE DE APLICAÇÃO

NOME DO PACIENTE Adriana de Lima Costa ENFALEITO REGISTRO

DIA 23/04 DIA 23/04 DIA 23/04 DIA 23/04

MEDICAMENTO	DOSE	VIA	INTERV.	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO	HORARIO
1- Dila. VO Brada capsa em 1/6								
2- Dila. VO 200mg EV 24h								
3- Dila. VO 40mg EV 1x/dia								
4- Dila. VO 1g + AD EV 6/6h								
5- Dila. VO 100mg EV 6/6h								
6- Dila. VO 1g + AD EV 6/6h								

CUIDADOS	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFICAÇÃO	ESPECIFIC
1- Dila. VO 1g + AD EV 6/6h					
2- Dila. VO 200mg EV 24h					
3- Dila. VO 40mg EV 1x/dia					
4- Dila. VO 1g + AD EV 6/6h					
5- Dila. VO 100mg EV 6/6h					
6- Dila. VO 1g + AD EV 6/6h					

ASSINATURA DO MÉDICO

Produzido na Gráfica Hospitalar Alto Nível

Heitor Negro

COD.



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Registro

Enfermaria/Leito

Adami de Cori

EVOLUÇÃO CLÍNICA

23/07/18

34

Given

to - Tree Camp

Recente edit

As Error

glazovsk

frontal €

Ph. parentis very plain

Chuvial

Case ① Thy transformer

41 Hospital Purand

Amerika NICE
Neurosurgeon
JAN 1926



D: Exame Neurológico		Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐		Pupilas: Isocóricas ☒	
Glasgow: Abertura Ocular		Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Moto:	
Score:	Hora:	Score:	Hora:	Score:	Hora:
E: Exposição/Abdômen:					
Diagnóstico inicial:					Cod. Procedimento
					Ass. Médico
Evolução de Enfermagem:					Ass. Enfermagem

Definição do Caso:		Condição de Alta:	
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☒ Alta		☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito	
Internado na Clínica: Transferido para: <u>Unimed</u> <u>23/04/18</u> <u>11h</u>			

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para internamento:

- Eu, _____, responsável pelo paciente, neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos, com ou sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

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

Data: _____ Nome completo legível: _____
 No. da identidade: _____ Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 22-Apr-18



0404/18

19:45 =

C64

Festa de colar coral

Pontos de captura e coleta
em diversas áreas da
laguna, comunitária, costeira.
Além disso, coleta, comunitária, costeira.
Linha plana, depondo, e coleta.

2:11. Encontro ao HK pt. H. WCR.

5411+35



0004/18

19:45 =

C64

Resumo de colun coral

Para a série de computadores antigos
e ordenados por data de entrada.
Folhas 15, com data, contendo.
Col, apaga, cancela, com data, contendo.
Uma plan, de dados, e dados.

N: 11 Encanto ao Bx pl Avo. WCR.

5411+55



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	ATENDIMENTO: 425481	REGISTRO: 114314	SAME: 101463	Atend: 18:23	Data Atend: 22/04/2018
Paciente.....	PACIENTE: ADAMIR DE LIMA COELHO			Idade: 40 a	
Endereço.....	NASCIMENTO: 22/4/1978	IDADE: 40	SEXO: MASCULINO		
Bairro.....	MÃE: SEVERINO RAMOS COELHO				
Cidade.....	PAL: RUTH MARTINS DE LIMA			UF: PE	CEP: 53650690
Convênio.....	ENDEREÇO: RUA POSTO	nº: 158		Plano: PLANO UNICO	
CID Principal.....	BAIRRO: VILA RURAL				
CID's Secundários.:	CIDADE: IGARASSU				
Resultado.....	TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR				
Data Saída.....	22/04/2018			Hora Saída : 23:30	

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO
HR

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 22/04/2018 18:19.

Nome Paciente:

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo:

Idade:

Senha:

Convênio:

Atendimento:

SAME:

ATENDIMENTO: 425491

REGISTRO: 114314

SAME: 101463

PACIENTE: ADAMIR DE LIMA COELHO

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 22/04/1978

IDADE: 40

MÃE: SEVERINO RAMOS COELHO

PAI: RUTH MARTINS DE LIMA

nº: 158

ENDEREÇO: RUA POSTO

BARRIO: VILA RURAL

CIDADE: IGARASSU

101463

Período: 22/04/2018 18:28 - 22/04/2018 18:29

ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

Cor:

Queixa Principal:

Fluxograma sintoma:

Discriminador(es):

Especialidade:

VERMELHO

PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIROS COM RELATO DE CAPOTAMENTO POLI
ESCORIAÇÕES, PERDA DE CONSCIENCIA E DOR TORACICO ENTRA DIRETO NA AREA
VERMELHA.

TRAUMA

- RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA

CIRURGIA GERAL

REVISADO
NED 4/18

REVISADO
NED 4/18

FATURADO
26/04/18
Felipe Marques

Acolhido(a) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/04/2018 18:29

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....	ATENDIMENTO: 425481	REGISTRO: 114314	SAME: 101463	Atend: 18:23	Data Atend: 22/04/2018
Paciente.....	PACIENTE: ADAMIR DE LIMA COELHO			Idade: 40 a	
Endereço.....	NASCIMENTO: 22/4/1978	IDADE: 40	SEXO: MASCULINO		
Bairro.....	MÃE: SEVERINO RAMOS COELHO				
Cidade.....	PAL: RUTH MARTINS DE LIMA				
Convênio.....	ENDEREÇO: RUA POSTO	nº: 158		UF: PE	CEP: 53850690
CID Principal.....	BARRIO: VILA RURAL			Plano: PLANO UNICO	
CID's Secundários.:	CIDADE: IGARASSU				
Resultado.....	TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE HOSPITALAR				
Data Saída.....	22/04/2018			Hora Saída : 23:30	

Prescrição da Evolução Médica:

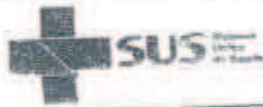
PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO

HR

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12348
CIRURGIA GERAL





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
Hospital da Restauração

2 - CNES

0000655

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Adriano de Lima Bell

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1630986

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - ENDEREÇO DE RESIDÊNCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO (S) ESPECIAL (S)

13 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

FC Coluna Cervical

15 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

14 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

16 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

18 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

20 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

22 - CÓD. PROCEDIMENTO QTDE

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

22.09.18

25 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

26 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

Rafael Baptista de Assis
Neurocirurgião
CRM-PE 24209

27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Tomografia - HIP
AUTORIZAÇÃO

28 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

30 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO E CONSELHO)

22.09.18
TAC Realizado em 11/09/18
por Dr. Rafael Baptista de Assis



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital da Restauração

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM E CONTROLE DE APLICAÇÃO

Paciente: Adriano de Sousa Castro

Enf / Leito: _____ Registro: _____

DIA: 23/04		DIA: _____		DIA: _____	
HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO	HORÁRIO
10 - 18 - 22	10 - 18 - 22	10 - 18 - 22	10 - 18 - 22	10 - 18 - 22	10 - 18 - 22
09	09	09	09	09	09
09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20	09-13-20
09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18
21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06
09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18	09-12-15-18
21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06	21-24-03-06
12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06	12-18-24-06

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	
() Aferição de sinais vitais (3 vezes ao dia)	
() Higiene Corporal (1 vez ao dia e se necessário)	
() Higiene Oral (após cada refeição e se necessário)	
() Mudança de decúbito (3 em 3 horas)	
() Aspiração (3 em 3 horas e se necessário)	
() Cateterismo Intermittente (8 em 8 horas e se necessário)	

ASSINATURA DA ENFERMEIRA

SINAIS VITAIS	
Frequência Cardíaca	
Frequência Respiratória	
Temperatura	
Pressão Arterial	

HORÁRIO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO	REGISTRO
10	80				
18					
22					
10	18				
18					
22					
10	36.2				
18					
22					
10	140 x 70				
18					
22					

ASSINATURA DO AUXILIAR / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Paula Costa

Cad. 0172



SINISTRO 3180439617 - Resultado de c por beneficiário

VÍTIMA ADAMIR DE LIMA COELHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ADAMIR DE LIMA COELHO

CPF/CNPJ: 04815439451

Posição em 29-01-2019 00:03:11

Seu pedido de indenização foi concluído com a l
pagamento. O valor abaixo será creditado na co
indicou no formulário de autorização de pagam
para o banco confirmar o pagamento é de até 5
Caso não identifique o valor em sua conta após
volte a consultar o processo aqui no site.

Data do
Pagamento

Valor da
Indenização

Juros e
Correção

05/11/2018

R\$ 2.531,25

R\$ 0,00

