

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Anderson Lúcio de Lemos A. brasileiro(a), Estado Civil SOLTEIRO, Profissão: Administrativo, RG: 8.194.325 Expedido: PE, CPF nº: 111.961.844-45 residente e domiciliado na Rua 25 Bloco 66 Bairro Bairro: COHAB Cidade: Salto de S. A. 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 judicium", 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 NCPC/15, 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, _____ de _____ de 201__.

Anderson Lúcio de Lemos Araújo
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Anderson Lúcio de Lemos Araújo

RG 8.194.325 CPF 111.961.844.45

Residente na Rua 25 Bloco 66 Lote D Bairro COHAB

Cidade Colina de Santa Agostinha 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, _____ de _____ de _____

Anderson Lúcio de Lemos Araújo

Assinatura do Declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL



Nome: Anderson Lúcio de Lemos Araújo
Número do Título: 8.194.325

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLICIAL

ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO

8.194.325

19/03/2012

<< ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO >>
<< CARLOS LUCIANO DE ARAUJO >>
<< ELY LUCIANE DE LEMOS >>

RECIFE - PE

07/04/1996

<< CN: S0744 L530 F58 CAPT: 190187 >>
CASO: PE 11/08 2004 >>

TÍTULO ELEITORAL

ANDERSON LÚCIO DE LEMOS ARAÚJO

DATA DE NASCIMENTO: 07/04/1996

MUNICÍPIO: CABO DE SANTO AGOSTINHO/PE

DATA DE EMISSÃO: 30/09/2013

DATA DE VOTAÇÃO: 09/05/2009

ZONA: 121

SEÇÃO: 0099

Nome: ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO
Cargo: Juiz Eleitoral

ASSINATURA DO INTERESSADO DEBILITADO

Anderson Lúcio de Lemos Araújo

SO. LEMOS ARAUJO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número: 111.961.844-45

Nome: ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO

Nascimento: 07/04/1996

EXCELSIOR SEGUROS
06 DEZ. 2018
SEGURO DPVAT



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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 19.438, 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
MARA LUCIA DE LEMOS
CPF: 480.083.144-40

DATA DE VENCIMENTO
19/11/2018

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
10/11/2018

CONTA CONTRATO
007005987827

TOTAL A PAGAR (R\$)
71,33

DATA DA APRESENTAÇÃO
10/11/2018

Nº DO CLIENTE
2011202059

NÚMERO DA NOTA FISCAL
038471982

Nº DA INSTALAÇÃO
000526672

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA VINTE E CINCO 66 D
COHABICABO
54520-560 CABO DE SANTO ADOSTINHO PE

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico

RESERVADO AO FISCO
251E.F4F4.415A.907E.7D35.2A86.FB8E.4F21

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	67,00	0,73645862	64,07
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,36
Acréscimo Bandeira VERMELHA			4,15
Contrib. Dem. Pública Municipal			2,13
ICMS Subvenção-CDE-NF 031467113-16/09/18			0,90
TOTAL DA FATURA			71,33

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO																												
Consumo Ativo(kWh) 5,5219000	<table border="1"> <thead> <tr> <th>MÊS</th> <th>CONSUMO (kWh)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>NOV 18</td><td>67</td></tr> <tr><td>OUT 18</td><td>72</td></tr> <tr><td>SET 18</td><td>90</td></tr> <tr><td>AGO 18</td><td>68</td></tr> <tr><td>JUL 18</td><td>66</td></tr> <tr><td>JUN 18</td><td>84</td></tr> <tr><td>MAY 18</td><td>71</td></tr> <tr><td>ABR 18</td><td>83</td></tr> <tr><td>MAR 18</td><td>77</td></tr> <tr><td>FEV 18</td><td>73</td></tr> <tr><td>JAN 18</td><td>74</td></tr> <tr><td>DEZ 17</td><td>76</td></tr> <tr><td>NOV 17</td><td>60</td></tr> </tbody> </table>	MÊS	CONSUMO (kWh)	NOV 18	67	OUT 18	72	SET 18	90	AGO 18	68	JUL 18	66	JUN 18	84	MAY 18	71	ABR 18	83	MAR 18	77	FEV 18	73	JAN 18	74	DEZ 17	76	NOV 17	60
MÊS	CONSUMO (kWh)																												
NOV 18	67																												
OUT 18	72																												
SET 18	90																												
AGO 18	68																												
JUL 18	66																												
JUN 18	84																												
MAY 18	71																												
ABR 18	83																												
MAR 18	77																												
FEV 18	73																												
JAN 18	74																												
DEZ 17	76																												
NOV 17	60																												

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS							
ICMS		PIS		COFINS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%
68,41	25,00	17,15	68,61	0,74	0,50	68,61	3,44

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
ES	%	
Geração de Energia	22,24	32,42
Transmissão	3,15	4,59
Distribuição (Celpe)	14,73	21,31
Energias Soteras	3,69	5,54
Tributação	39,91	56,16
TOTAL	100,00	100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
R7204	CAT	13/10/2018	18.463,00	15/11/2018	18.354,00	31	1,00000	0,98	67,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/12/2018

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIM.	MÉDIA ANUAL
DIS-Node fora em Energia	CABO	0,00	5,67	11,34	22,69
FIC-No de vezes em Energia		0,00	0,38	6,72	13,45
DMC-Ovarção máxima de interrupção contínuo		0,00	3,29	6,00	9,28
DISC-Ovarção de interrupção em dia crítico				Limite DMC: 12,23	
FEED-Valor do Encargo de Usa = R\$					25,85

Nota: Consultar para saber o impacto das reduções DIS, FIC, DMC e DISC a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! fone digital: rua manoel queiroz da silva torrinha | interflash informatica: r francisco gomes de faria 06 bloco 06 casa d cohablista completa em www.celpe.com.br.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. 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(Lei 19.438/02) e atualização monetária no mês. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	262	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO 007005987827	MÊS/ANO 11/2018	TOTAL A PAGAR(R\$) 71,33	VENCIMENTO 19/11/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
--------------------------------	--------------------	-----------------------------	--------------------------	---

838400000006 713300110070 005987827104 150469927235



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000518 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8194325 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 111.961.844-45, residente a RUA 25, nº 66, CASA D , COHAB, CABO DE STO AGOSTINHO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 20/03/2017, por volta das 15:29 hs, no endereço: RUA UM, S/N, MALAQUIAS CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA SHINERAY PRETA SEM PLACA DE IDENTIFICAÇÃO, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO, inscrito sob o CPF nº 111.961.844-45 e Registro Geral nº 8194325, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 710129-5 AMARO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 92230. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultor protocolo nº 2019APH000518

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44




Data e hora retirada da senha: 20/03/2017 16:34

	Nome Paciente:	ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO
	Cód. Paciente:	92230
	Data de Nascimento:	07/04/1996
	Sexo:	Masculino
	Idade:	20
	Senha:	0049
	Convênio:	2 - SUS/SIA AMBAURG
	Atendimento:	364602 
SAME:		

Período: 20/03/2017 16:38 - 20/03/2017 16:39

NATALIA SALES DE ALCANTARA MELO - COREN: 8023 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	EMERGENCIA - VERMELHO
Cor:	 VERMELHO
Queixa Principal:	PACIENTE COM RELATO DE FRATURA EXPOSTA EM JOELHO ESQUERDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NEGA AHAS- NEGA DM- NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA
Observação:	BOMBEIROS
Programa sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR INTENSA (8-10/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: NATALIA SALES DE ALCANTARA MELO - COREN: 8023 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 20/03/2017 16:39





Indicador: 364602

Senha da Classificação:

0049

Data e Hora: 20/03/2017 16:37

Paciente: 92230 ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 07/04/1996 Idade: 20 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: ELY LUCIANE DE LEMOS Nome do Pai: CARLOS LUCIANO DE ARAUJO
 Estado Civil: CASADO Nome do Médico: EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ CRM: 14508
 Endereço: RUA VINTE E CINCO - BAIRRO COHAB 66 Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: EDICLECIAJS
 RG (Identidade): 8194325 SDS PE Data de Emissão: 19/03/2012
 PF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

EXCLUÍDOS

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vitoso, acido de urato com hiper
 uricoemia em urina - esquerda. Evoluindo com
 sangramento.

Exame Físico

Do, sangramento.

EXCELSIOR SEGUROS
 06 DEZ. 2016
 SEGURO PRIVAT

Antese Diagnostico

Gota aguda de urato esquerda

Conduta Terapeutica

Repos + Colman 100 mg + analg. Base
 Zolpidem + Paracetamol

Prescrição Médica

8 fols. ~~1000ml~~ 12.
 1) Dexametasona 10mg + 1000ml 12.
 2) Colchicina 1mg + Ad. 12. 15000

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
 LEITO DO PACIENTE: _____





1. Identificação

Leito da SRPA: 04

Nome: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES data: 20/03/17 Hora: 20:00 Registro: 92228

Leito de origem: 150-1

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: EXPLOR. LAPAROSCÓPICA DE PÉLVIS E
 Tipo de anestesia: RÁPIDA
 Equipe: DR. TULLIO ALVES Anestesiista: DR. S. L. M.

3. Admissão

Estado geral: Bom () Regular () Torporoso () Grave*
 Respiração: Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
 Sonda: () SVD () SNG () SNE
 Acesso Venoso Periférico: () Não Sim Onde: USC
 Acesso Venoso Central: Não () Sim Onde: _____
 Drenos: não () sim Onde: _____
 Sinais vitais: PA: 27 x 56 mmHg FR: _____ p/min FC: 74 p/min SaPO2: 100
 Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
PA	<u>22 x 15</u>	<u>23 x 14</u>	<u>23 x 50</u>	<u>20 x 40</u>		
FR	<u>16 x 25</u>	<u>15 x 25</u>	<u>17 x 21</u>	<u>17 x 19</u>		
FC	<u>56</u>	<u>71</u>	<u>66</u>	<u>54</u>		
SaPO2	<u>99</u>	<u>100</u>	<u>99</u>	<u>100</u>		
Glasgow	<u>4/5</u>					

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SPPA

Sinais vitais: PA: 120 x 80 FC: 78 FR: _____ SaPO2: 100 Glasgow: _____

Destino: () Internária () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: 20/03/17 Horário: 0000h Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SPPA Médico: _____

Dr^a Graciele
Anestesiologista
CRM: 2083





**GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO**

IDENTIFICAÇÃO:
 Nome: Amílcar Lúcio de Lemos Data: 20/07/17 Hora: 20:35 Registro: 92230
 Idade: 51 Sexo: M Altura: 1,70

EQUIPE MÉDICA:
 Médico: Dr. Lúcio Lemos Anestesiologista: Dr. Amílcar Lemos
 Auxiliar: _____ 2º Auxiliar: _____ Instrumentador: _____

DADOS DA CIRURGIA:
 Tipo: _____ Início: 21:15 Término: _____
 Local: _____ Início: 21:00 Término: _____

PRÉ-OPERATÓRIO:
 Sinal Geral: () Bom () Regular () Grave
 Estado de Consciência: () Orientada () Consciente () Somnolento () Coma
 Respiração: () Espontânea () Rutabele () Traqueostomizado
 Temperatura: () Sim () Não

TRANS-OPERATÓRIO:
 Posição: Frontal () Lateral () Dorso () Ventral () Ginecológica ()
 Tipo de Sangue: _____ Laboratório () Radiologia () Peça Cirúrgica: Sim () Não ()

1 EQUIPAMENTOS

Esfigmômetro de Pulso (✓)	Monitor Cardíaco (✓)	PNI (✓)	Bomba CEC ()	Aspirador ()
Estetoscópio ()	Bisturi Ultrassônica ()	Artroscópio ()	Microscópio ()	Capnógrafo ()
Monitor Eletrocardiográfico (✓)	Localizador Fluoroscópico ()	Intensificador ()	Nº ()	
Carro de Anestesia (✓)	Difusor ()			
Ap. Vídeo ()	Bomba de Infusão ()			
Dilgênia ()	Início: _____	Término: _____		
Protetor ()	Início: _____	Término: _____		
Gás Carbônico ()	Início: _____	Término: _____		

PROCEDIMENTOS:

Amniotomia Orotomálica: Sim () Não (✓)	Fanção Venosa: Sim () Não () F.I.S.E.
Amniotomia Vertical de Demora: Sim () Não (✓)	Sonda Gástrica: Sim () Não ()
Amniotomia (Tipo e Local): Sim () Não (✓)	
Cirúrgica (Tipo e Local): Sim (✓) Não () M.E.	

5.3 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: _____	CIRURGIA: _____
_____	_____
_____	_____

6 - OBSERVAÇÕES:

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (✓) Narcose () Entubado () Traqueostomizado ()
Encaminhado para: SRPA (✓) S. Intensiva () UCOR () UTI () Aptº () Residência ()

Data: 20/07/17 Hora: 22:00 Enfermeira: Thaís Cirurgião: Thaís



IDENTIFICACAO:	Anestesia local de membros			AUXILIAR:	
INDICACAO:	Tratamento pós op. - PULVERE			ANESTESIA:	Local
INTERVENIENTE:	Dr. Ana Julia				
INDICACAO:	Dr. Silvio Soares				
NUMERADOR:				GOVERNACAO DO BLOCO:	11-11-10
OPERANTE:	M. J. J.			COREN:	
ENFERMEIRA:	M. J. J.			HORARIO INICIAL:	21:15
				HORARIO FINAL:	22:00

DESCRICAO MATERIAL USADO EM SALA			
SOLUCOES			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
DIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 28	RAQUI 27
GELATINA			
CREPE 10CM	CREPE 18CM	CREPE 30CM	CREPE 50CM
GESSADA 10CM	GESSADA 18CM	GESSADA 30CM	
TRAQUEOSTOMIA			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBCLAVIA 18
EPIDURAL 17	JELCO 14	JELCO 18	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURTINA			
ADAPTIC	KERLIX	PURLON	TELA MARLEX
BOMBA			
BOMBA FOTO	PIRANGUE	PIRANGUE	PIRANGUE MACRO
SUTURA			
20CM	40CM	60CM	120CM
BISTURI			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 18	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUIVA			
LUIVA 7,0	LUIVA	LUIVA 8,0	LUIVA 8,5
10ML	30	50ML	100ML
20ML	60	100ML CATETER	
GASES			
VENTIL CIRUR.	BS.COLOSTOMIA	COMPRESSAS	GAPA P/MSO
GOLET.ABERTO	GOLET.FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UNIDIFI	GAZES	GELFOAN
IT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 2VIAS	PRESERV.URSNA
SCALP 21	23	TRANSOPIX	TRANS.PRESSAO

DESCRICAO MATERIAL USADO EM SALA			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 3,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4
BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 28
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
ENTERAL			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
FOLEY 2VIAS 22	FOLEY 2VIAS 24	FOLEY 2VIAS 26	FOLEY 2VIAS 28
FOLEY 2VIAS 30	FOLEY 2VIAS 32	FOLEY 2VIAS 34	FOLEY 2VIAS 36
FOLEY 2VIAS 38	FOLEY 2VIAS 40	FOLEY 2VIAS 42	FOLEY 2VIAS 44
FOLEY 2VIAS 46	FOLEY 2VIAS 48	FOLEY 2VIAS 50	FOLEY 2VIAS 52
FOLEY 2VIAS 54	FOLEY 2VIAS 56	FOLEY 2VIAS 58	FOLEY 2VIAS 60
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
ALGODAO			
ALGODAO 0	ALGODAO 2-0	ALGODAO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIBSTER 2	POLIBSTER 2-0	POLIBSTER 3-0
POLIBSTER 4-0	POLIBSTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 6-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CIERA POSSO	MARCAPASSO	VALVERIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGICEL 8X75	AOO 1	AOO 4	AOO 6



1. Identificação

Nome: Murilo de Lencas Data: 20/07/17 Registro: 3500
 Convênio: 60 Leito: _____ Hora: 20:30

2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. João Carlos 1º auxiliar: _____
 Anestesiista: Dr. Ana Sora Instrumentador: Henri
 Circulante: Thamara

DISPOSICIONAL	VALIDADE	INDICADOR
<u>14/07/2017</u> <u>11:11</u> <u>10:00</u>	FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE 147389 VAPOR TECIDO EST: 16/03/2017 VAL: 23/03/2017 002103593 GUSTAVO RAMOS CRF/PE-2700 WWW.DHRAESTER.COM.BR	
<u>13/07/2017</u> <u>10:00</u> <u>10:00</u>	CAPOTE C-3 FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 147358 VAPOR TECIDO EST: 20/03/2017 VAL: 27/03/2017 00211178 GUSTAVO RAMOS CRF/PE-2700	
<u>09/07/2017</u> <u>09:00</u> <u>10:00</u>	LAP CIRURGICO FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME LOTE: 147403 VAPOR TECIDO EST: 17/03/2017 VAL: 24/03/2017 002102963 GUSTAVO RAMOS CRF/PE-2700 WWW.DHRAESTER.COM.BR	
	BASICO MMIL FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA BLOCO CIRURGICO LOTE: 147308 VAPOR TECIDO EST: 16/03/2017 VAL: 23/03/2017 002102573 GUSTAVO RAMOS CRF/PE-2700 WWW.DHRAESTER.COM.BR	





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE
BLOCO CIRÚRGICO



Nome: Anderson Luiz de Lima A. SILVA Registro: 93340
 Procedimento cirúrgico: PP: Piel exp por tela (segunda) Data: 20/02/2019
 Leito: 235
 Horário: 13:30

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade ()	<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___/___h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária () Diminuído () Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___/___h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros	
4. Dor () Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
5. Integridade tissular prejudicada ()	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ___/___h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___/___h <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ___/___h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ___h <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento () Local: _____ () Leve () Moderado () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____	





HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

me: _____ Registro: _____

niche: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
	20/05/2019 - 14h30
	Paciente em repouso, sem dor abdominal. Sinais vitais: TA 120/80, FC 70, FR 18, SaO2 98%. Dieta 250ml.
	Exame físico: sem alterações. Ausculta pulmonar normal. Sem ruídos intestinais.
	Tratamento: continuar com hidratação oral e dieta leve.
	Evolução satisfatória. Sem necessidade de medicação adicional.

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA
Martina de Oliveira Santos
Coordenação Serviço Social
CRESS/PE 8390





HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Dom Helder Camara

Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Camara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 82230

Atendimento: 384822

Dt Cad: 20/3/2017

Nome: ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO

Dt Nasc: 7/4/1996

Mãe: ELY LUCIANE DE LEMOS

Bairro: CENTRO

End.: RUA VINTE E CINCO

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Enferm.: BL-1 A

Leito: 345

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- Não
- Sim e há equipamento disponível

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

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

- Não
- Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- Não
- Sim alergia

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim
- Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

- Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? NAO
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? NAO

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim
- Não se aplica

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

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

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado: TORAX COM TUBO ATRÁS DA CAVIDADE DEX.
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente: NAO
- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvidos: NAO
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente



FICHA DE ANESTESIA

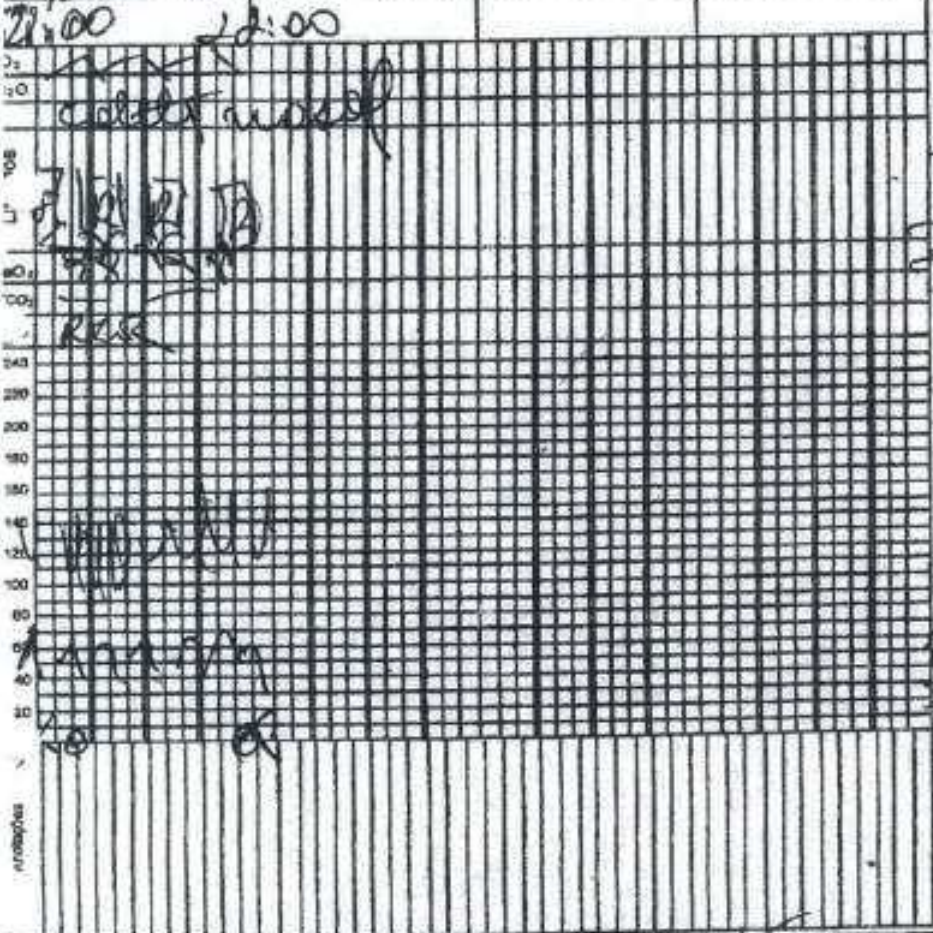
Data: 20/03/17 Acomodação: _____

Paciente: NIERSON DE KUKCIA DE OLIVEIRA ARAUJO Sexo: M Cor: M Idade: 20 Race: I

Nome do Anestesiologista: DR. ANA KUKIYA STRECH Nome do Cirurgião: DR. RUI ARAUJO

Urgente: Não Sim

Indicação: Fratura múltipla de fêmur esquerdo Expediente de №. 92230



Órgãos Usados

ventilador mecânico
relaxante muscular
medicação analgésica
medicação antiemética
medicação para náusea e vômito
medicação para dor

Técnicas Anestésicas

Respiratório
ventilador mecânico
medicação analgésica
medicação antiemética
medicação para náusea e vômito
medicação para dor

Monitorização:

Cardíaca

Oximétrico

PNI

Sonda Vesical

Capnográfico

Elet. Pré-Cardial

Outros

O2

Temperatura

Oxim. Cerebr.

Analizador Gases

PVD

Estimulador de Nervo

Linha Arterial

Volúmetria IBP Plus

Enfermagem:

Acordado

Sono leve

Intubado

Destino:

BRPA

Ater/Int.

UTI

Outros

Informações: NÃO SIM

Descobertas:

Observações:

Assinatura do Anestesiologista: [Assinatura]

CPF: 174.190.224-00



Ficha de Cirurgia Descritiva

Código de Cirurgia: 30503 Sala: 0003 SALA 03
Paciente: 92230 ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO Atendimento: 364822
Nível de Atendimento: 1 SUS - INTERNACAO Carteira:
Leito: 645 BL-1 A Idade: 20 Anos
Dt. Início: 20/03/2017 21:01 Dt. Fim: 20/03/2017 22:01
Pré-Operatório:
Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408C50527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

REGIAO 13722 JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA

Descrição

Descrição Cirúrgica:
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
ACESSO ANTERIOR POR PLANOS ATÉ ACESSO AO FOCO DE FRATURA
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 7 LITROS
REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM FIOS DE KISCHNER E CERCLAGEM EM BANDA DE TENSÃO
LIMPEZA C/ SF 0,9%
FECHAMENTO POR PLANOS
CURATIVO

Enfermagem Cirúrgica:

Descrição Complementar


DR(A): JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA
CRM: 13722



442563118



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 040ª CIRCUNSCRIÇÃO - CABO DE SANTO AGOSTINHO -
DP40ªCIRC DIM/10ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0130003363

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/05/2017** às **11:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **20/3/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO MALAQUIAS, 01** - Bairro: **MALAQUIAS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

N 01 (AUTOR \ AGENTE)
N 02 (AUTOR \ AGENTE)
ELY LUCIANE DE LEMOS (NOTICIANTE)
ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
N 02
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
N 01

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

ELY LUCIANE DE LEMOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**Mãe: **MARIA LUCIA DE LEMOS** Pai: **EGIDIO BARBOSA DE LEMOS** Data de Nascimento: **19/3/1995** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA VINTE E CINCO () , 66, CASA-D - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

N 01 (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido**Mãe: **N** Pai: **N** Data de Nascimento: **1/1/1888** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

N 02 (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **N** Pai: **N** Data de Nascimento: **1/1/1888** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **ELY LUCIANE DE LEMOS** Pai: **CARLOS LUCIANO DE ARAUJO** Data de Nascimento: **7/4/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8194325/SDS/PE (RG), 11196184445 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2***



GRAU COMPLETO Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E CINCO (), 66, CASA-D - CEP: 55000-000 - Bairro: CÔHAB - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA 01 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **N 01**, que estava em posse do(a) Sr(a): **N 01**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

MOTOCICLETA 02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **N 02**, que estava em posse do(a) Sr(a): **N 02**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A NOTICIANTE QUE SEU FILHO ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA 02 QUANDO A MOTOCICLETA QUE ESTAVA BATEU DE FRENTE COM A MOTOCICLETA 01, QUE FORAM AO CHÃO APOS A BATIDA, QUE O FILHO DA NOTICIANTE AQUI QUALIFICADO FOI SOCORRIDO PELO CBMPE, QUE FOI LEVADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA ONDE PASSOU POR TRATAMENTO, QUE A MAE DA VITIMA ESTA FAZENDO ESTE BO POIS A VITIMA ENCONTRA-SE PRESO E A MESMA TEM UMA PROCURACAO ONDE O FILHO LHE CONCEDE AUTORIZACAO PARA RESOLVER SUAS PENDENCIAS. SEM MAIS PEDE FINALIZAR.

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

ELY LUCIANE DE LEMOS
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **KLEBER ALVES DE SOUZA FERREIRA** - Matrícula: **319627-5**





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180575940

Vítima: ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO

Data do Acidente: 20/03/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AYANE KARLA GUEDES PEREIRA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDERSON LUCIO DE LEMOS ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PJE: 1905291031533060000045179481 - INVALIDEZ



Carta nº 11693406

