

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sidley, João (Lualconty Junior) brasileiro(a), Estado Civil solteiro Profissão: meconico RG: 79.19310 Expedido: SDS (PE, CPF nº: 165056731-02 residente e domiciliado na Rua Yca Rodrigues Bairro: Centro Cidade: Goiana /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_ady08@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 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, 28 de Fevereiro de 2019.

Sidley, João Lualconty Jr.
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Sicley José Cavalcanti Júnior
RG 14919310 CPF 105036734-01

Residente na Rua Yca Rodrigues Bairro Cruz de Retes
Cidade Ipomema 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, 28 de Fevereiro de 2019

Sicley José Cavalcanti Júnior

Assinatura do Declarante





Tabela Social de Energia Elétrica Distribuída para as 10.000.000 de Pessoas
NOTA FISCAL DE FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, São Válio - Recife, Pernambuco - CEP 50030-002
 CEP: 75 833.832(001.80) 084. Ext. 300943-83 | www.celpe.com.br

NOME DO CLIENTE
 SACKETT JAWY DAWALCANT JUNIOR

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA JOCA RODRIGUES 398

CEF: 105.050.134-01

CENTRO CÍVIL DE REBOQUEAS
 GARASSU PE
 53630-001

CLASSIFICAÇÃO
 01 - RESIDENCIAL
 PROVISIONAL
 MEDICAO

NOTA CONTINUA
 7023688850
 DATA DE EMISSÃO
 13/11/2017
 TOTAL A PAGAR EM
 108,91

TP DA NOTA FISCAL	SENA	EMISSÃO
00141008	UNICA	09/11/2017
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA REGISTRAÇÃO
00110017	014306431	1302934

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		
	QUANTIDADE	PREÇO UN	VALOR UN
Consumo Residencial	122,000000	0,89192946	108,81
Atividade Bandeira VERMELHA			7,72
Contribuição para a Energia			10,44
TOTAL DA FATURA			126,97

Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNDÇÃO	RESUMATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL				Nº DE COMENTÁRIOS	AJUSTE	CONSUMO ANTER
		ANTERIOR DATA	LETURA	DATA	LETURA			
30010	LAJ	09/11/2017	10.970,00	09/11/2017	10.970,00	0	0,0000	0,0000



INFORMAÇÕES IMPORTANTES:
 A distribuição de energia elétrica é feita pela Companhia Energética de Pernambuco, S.A. (CELPE). O cliente é responsável pelo pagamento da energia elétrica consumida.

Não é possível emitir esta nota fiscal eletrônica sem a presença do consumidor. O consumidor deve assinar e carimbar a nota fiscal eletrônica.





Atendimento: 919162
Data e Hora: 08/11/2017 15:17

Senha da Classificação: **0114**

Paciente: 57274 SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 10/04/1992 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA Nome do Pai: SIDCLEY JOAO CAVALCANTE
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: JOCA RODRIGUES -- 268 Bairro: CRUZ DO REBOUCAS
Cidade/UF: IGARASSU PE Cep: 53635020 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
RG (Identidade): 7919310 SDS Data de Emissão: 14/01/2010
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL
Dores no ombro direito e no pescoço há uns 10 dias.

EXAME FÍSICO:
Dores à palpitação no clavícula esquerda e ombro direito.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):
Fratura da clavícula esquerda.

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:
Rx 2-2-2017 / Clavícula esquerda e ombro direito.

PREScrição Médica:	HORÁRIO
<i>Clavícula esquerda</i>	
<i>Ombro direito</i>	



Médico / Cremepe:
ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde Sala Amarela () Sala Vermelha
Médico / Cremepe:

08 NOV 2017



TIPO 24 HORAS - IGARASSU

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 08/11/2017 15:10

Nome Paciente:	SIDOLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	10/04/1992
Sexo:	Masculino
Idade:	25
Senha:	0114
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 08/11/2017 15:12 - 08/11/2017 15:14

PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACTE TRAZIDO PELO SAMU IGARASSU EM MACA + PRANCHA + COLAR CERVICAL + COXINS COM RELATO DE DOR EM CLAVÍCULA ESQUERDA + ESCORIAÇÕES MSD APOS QUEDA DE MOTO

Observação: ACIDENTE DE MOTO.
ALERGIA MED NEGA
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- HGT: 133.00 MG/DL
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- SATURAÇÃO: 98.00 %

Acolhido(a) por: PRISCILLA DAYANA FERREIRA SILVA - COREN: 010460 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 08/11/2017 15:14

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
 Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
 Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()
 SENHA 529452

IDENTIFICAÇÃO
 Nome do Paciente: S. Soley 7000 Idade: 25
 Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
 Endereço residencial: _____ Bairro: _____
 Cidade: Itaboraí - RJ

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
 Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
 Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
 Automóvel: (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de Cinto: S () N ()
 Motocicleta: Motocicleta () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
 Semi-Afogamento/Submersão () soterramento ()
 Intoxicação Exógena () Animais peçonhentos () Agente Causador: _____
 Exposição ao Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
 Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
 Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
 Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
 Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
 História Clínica Atual: Prone
 Hipótese diagnóstica: Distúrbio da coagulação

AVALIAÇÃO CLÍNICA
 Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: x
 Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
 Sibilos Expiratórios: S () N () BAN* S () N () Deformidades do tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
 Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
 Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide S () N ()
 Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonética ()
 Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
 Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
 Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 402813 Prontuário: 106983 SAME: 96610
Paciente..... : SIDCLEY JOAO CAVALGANTI JUNIOR
Endereço..... : JOTA RODRIGUES
Bairro..... : CRUZ DO REBOUCAS
Cidade..... : IGARASSU
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
CID Principal..... :
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 08/11/2017

Hora Atend: 16:35 Data Atend: 08/11/2017
Idade: 25 a

UF.: PE CEP: 53630970
Plano.: PLANO UNICO

Hora Saída : 17:59

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP
Data e hora retirada da senha: 08/11/2017 16:30

Nome Paciente: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Cód. Paciente: 108983
Data de Nascimento: 10/04/1992
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0026
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 402813
SAME: 96610



Período: 08/11/2017 17:00 - 08/11/2017 17:02
AMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Classificação: **NAO URGENTE - VERDE**

Queixa Principal: COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HÁ 04 HORAS, NEGA VOMITOS, PERDA DE CONSCIENCIA, DESMAIO.

Observação: NEGA ALERGIAS: HAS/ DM.
ENCAMINHADO DA UPA DE IGARASSÚ COM SENHA 5294539.

Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es):
- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
- SEM PERDA DA FUNÇÃO
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- FREQUENCIA CARDIACA: 68.00 BPM
- GLICOSE: 138.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

Kamila Carnauba
Kamila Carnauba
Enfermeiro(a)
COREN-PE 364448

ENTRADA
08/11/17

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 08/11/2017 17:02





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.968.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

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

REGISTRO - Téc. Enfermagem - SAE - ADULTO

Registro: 3180533
Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
End.: RUA CUIPIRA
Enferm.: CIRURGICA I - ENF J L001

Atendimento: 6684477

Dt. Cad: 12/05/1999
Dt. Nasc: 10/04/1992
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS
Cidade: IGARASSU
CNS:

HORA: 09:30 PLANTÃO DIURNO DATA 09/11/17

HD:

Estado geral: Bom Regular Grave Gravíssimo

Dieta: VO SOG SNG SNE NPT GTT Dieta zero

Padrão respiratório: Eupneico Taquipneico Bradipneico Dispneico

Acesso venoso: Periférico Central Local: _____

Curativo: Sim Não Local: _____

Drenos: Sim Não Local: _____

Evacuações: Presente Ausente Aspecto: _____

Diurese: Presente Ausente

Observações: *Paciente admitido p/ tratamento cirúrgico de estenose. Consciente orientado, sem queixas, segue aos cuidados da enfermagem.*

Raphaella Pinho
Téc. Enfermagem
CORBIO 251.911

HORA: 14:07 PLANTÃO NOTURNO DATA 09/11/17

Estado geral: Bom Regular Grave Gravíssimo

Dieta: VO SOG SNG SNE NPT GTT Dieta zero

Padrão respiratório: Eupneico Taquipneico Bradipneico Dispneico

Acesso venoso: Periférico Central Local: _____

Curativo: Sim Não Local: _____

Drenos: Sim Não Local: _____

Evacuações: Presente Ausente Aspecto: _____

Diurese: Presente Ausente

Observações: *Paciente inclui dieta, medicação - p.s. com encaminhamento para quadra 2 sem queixas aos cuidados da enfermagem.*

Luciana de Albuquerque Magalhaes
Técnico de enfermagem

CHEGAGEM DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Horário	Assinatura / carimbo	Observações
08:00		
10:00		
12:00		
14:00		
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
00:00		
02:00		
04:00		
06:00		





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

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

REGISTRO - Téc. Enfermagem - SAE - ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP
Registro: 3180533
Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
End: RUA CUIPIRA
Enferm: CIRURGICA I - ENF. J L001

Atendimento: 8684477
Dt. Cad: 12/5/1999
Dt. Nasc: 10/4/1992
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS
Cidade: IGARASSU
CNS:

Leito: 2793

PLANTÃO DIURNO

DATA 10/11/17

HORA: 10:30

HD: *10:30*

Estado geral: Bom Regular Grave Gravíssimo

Dieta: VO SOG SNG SNE NPT GTT Dieta zero

Padrão respiratório: Eupneico Taquipneico Bradipneico Dispneico

Acesso venoso: Periférico Central Local: *SIA*

Curativo: Sim Não Local: _____

Drenos: Sim Não Local: _____

Evacuações: Presente Ausente Aspecto: _____

Diurese: Presente Ausente

Observações: *paciente consciente, orientado, ssvu agudas, sem queixas no momento. Recebe alta por esse motivo.*

Técnico de enfermagem

PLANTÃO NOTURNO

DATA _____

HORA: _____

Estado geral: Bom Regular Grave Gravíssimo

Dieta: VO SOG SNG SNE NPT GTT Dieta zero

Padrão respiratório: Eupneico Taquipneico Bradipneico Dispneico

Acesso venoso: Periférico Central Local: _____

Curativo: Sim Não Local: _____

Drenos: Presente Ausente Aspecto: _____

Evacuações: Presente Ausente

Diurese: _____

Observações: _____

Técnico de enfermagem

CHECAGEM DE MUDANÇA DE DECÚBITO

DEPARTAMENTO DE SAUÍSTICAS
DPVAT
CONTÉIDOR NÃO VERIFICADO
22 MAR 2018
Gente Seguradora S/A
Rua Barbosa, 715 Loja 5
Gratão - Recife/PE CEP: 52011-900

Horário	Assinatura / carimbo	Observações
08:00		
10:00		
12:00		
14:00		
16:00		
18:00		
20:00		
22:00		
00:00		
02:00		
04:00		





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE / ADULTO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 3180633

Atendimento: 8684477

Dt. Cad: 12/5/1999

Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

Dt. Nasc: 10/4/1992

Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA

Bairro: CRUZ DE REBOUCAS

End.: RUA CUIRÁ Nº. 268

Cidade: IGARASSU

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. J L001

Leito: LEITO 01

CNS:

Hipótese Diagnóstica:

Pro - Fr. clavícula (E)

Data: 40/11/17

Hora: 8:00

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Déficit neurológico <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar a avaliação neurológica utilizando a escala de Glasgow de ___/___h <input type="checkbox"/> Registrar alterações de nível de consciência <input type="checkbox"/> Outros	
2. Déficit cardíaco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência cardíaca de ___/___h <input type="checkbox"/> Realizar ausculta cardíaca de ___/___h <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___h <input type="checkbox"/> Registrar queixas de palpitação <input type="checkbox"/> Outros	
3. Ventilação prejudicada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas de ___/___h <input type="checkbox"/> Registrar oximetria de pulso de ___/___h <input type="checkbox"/> Auscultar tórax de ___/___h <input type="checkbox"/> Outros	
4. Padrão alimentar Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pesar em jejum a cada ___/___h <input checked="" type="checkbox"/> Registrar aceitação alimentar diariamente <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	<i>Att</i>
5. Padrão de eliminação Intestinal Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Orientar e estimular ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Estimular exercícios físicos respeitando limitações <input checked="" type="checkbox"/> Registrar frequência e características de eliminação intestinal <i>eu</i> <input checked="" type="checkbox"/> Registrar ausência de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	<i>Att</i>
6. Padrão de eliminação urinária Aumentado <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ___/___h <input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da diurese <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária: Bexiga neurogênica <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Bexigoma <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Medir volume de diurese de ___/___h <input type="checkbox"/> Pesar diariamente em jejum <input type="checkbox"/> Outros	<i>Att</i>
7. Dor <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Registrar fáceis de dor <input type="checkbox"/> Identificar alterações de tônus muscular <input type="checkbox"/> Manter posicionamento confortável <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros	
8. Integridade tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Local: _____	<input type="checkbox"/> Descrever as características da lesão <input type="checkbox"/> Realizar curativo de ___/___h Local: _____ Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito <input type="checkbox"/> Outros	





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMI,

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

Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 3180833
Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
End: RUA CUPIRA Nº 298
Entem: CIRURGICAL I - ENF - J L001

Atendimento: 8684477

Leito: 2793

DI Cad: 12/5/1998
DI Nasc: 10/4/1992
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS
Cidade: ISARAPASSU
CNS:

Data: 20/05/2019 Hora: 14:00

Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



1 - Estado geral:

Grave Comprometido Regular Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: Espontânea 4 Estimulo verbal 3 Dor 2 Nenhum 1
Resposta verbal: Orientado 5 Confuso 4 Palavras inapropriadas 3 Nenhum 1
Resposta Motora: Sons incompreensíveis 2 Nenhum 1
 Obediência comandos 6 Retirada à dor 4
 Flexão anormal 3 Resposta extensora 2 Nenhum 1

Glasgow: 15 OBS: Paralisia Paralelo Hipotivo Sedado

3 - Avaliação Emocional:

Ativo Reativo Gemente Satisfeito

4 - Pupilas:

Agitado Comissos Mises

5 - Tonus:

Isocóricas Mioclas Mises

6 - Decúbito:

Trendelenburg Dorso Fowler Mises

7 - Temperatura:

Hipotermico Febril Mises

8 - Pele e Mucosas:

Condições: Úmida Seca Descamativa

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória: Úmida Seca Descamativa

10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca: Choro Fíftimo Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico

Pulso: Normal Normotenso Hipotenso Hipertenso

Perfusão periférica: Boa Regular Ausente

Perfusão periférica: PVC Regular Ausente

11 - Aspecto Nutricional:

Dieta: V.O SOG SNG SNE NPT GTT Zero

Dieta: RG ml Aspecto: HGT Zero

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdome: Flácido Distendido Tenso Semigloboso Globoso

Abdome: Visceromegalia Tenso Semigloboso Globoso

13 - UPP:

Diurese: Presente >>> Espontânea Espontânea em fralda SVA vezes Cistostomia

Diurese: Ausente SVD instalada em / / Aspecto: vezes Cistostomia

Diurese: Ausente SVD instalada em / / Aspecto: vezes Cistostomia

Diurese: Ausente SVD instalada em / / Aspecto: vezes Cistostomia

Diurese: Ausente SVD instalada em / / Aspecto: vezes Cistostomia

Diurese: Ausente SVD instalada em / / Aspecto: vezes Cistostomia

Diurese: Ausente SVD instalada em / / Aspecto: vezes Cistostomia

Diurese: Ausente SVD instalada em / / Aspecto: vezes Cistostomia

Diurese: Ausente SVD instalada em / / Aspecto: vezes Cistostomia

Diurese: Ausente SVD instalada em / / Aspecto: vezes Cistostomia

Diurese: Ausente SVD instalada em / / Aspecto: vezes Cistostomia

14 - Curativo:

Adiçados aromáticos: Polifúria Oligúria Anúria Hematuria Disúria Nictúria





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figuera - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

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

Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 3180633
Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
End.: RUA CUPIRA Nº. 288
Enferm.: CIRURGICAL - ENF. J. L001

Atendimento: 8684477

Leito: 2793

DI. Car: 12/5/1998
DI. Nasc: 10/4/1992
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS
Cidade: IGARASSU
CNS:

Data: 21/11/19
Hora:

Esquema Terapêutico:

Exames Realizados:

Informações e Intercorrências:

Desafeto físico de 30%



Conselho Regional de Enfermagem do Maranhão
C.R.E.M. - Conselho Regional de Enfermagem do Maranhão
CNPJ: 08.039.744/0001-94



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
9. Náuseas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência	
10. Êmese <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar características	
	<input type="checkbox"/> Outros	
11. Desidratação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosas	
	<input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele	
	<input type="checkbox"/> Outros	
12. Edema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico a cada ____ / ____ h	
	<input type="checkbox"/> Descrever características do edema	
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção	
	<input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família	
Leve <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____	
Moderada <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica	
Severa <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
14. Déficit de auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão	
Banho <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar banho no leito	
Vestir-se <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar higiene oral	
Higiene oral <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Outros	
Alimentar-se <input type="checkbox"/>		
15. Risco para infecção <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de 6/6 h	42 48 24 06
	<input type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos	
	<input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina: Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> Outros	
16. Risco para aspiração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito	
	<input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado	
	<input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____ e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta	
	<input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho	
	<input type="checkbox"/> Outros	
17. Risco de queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados	
Baixo risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação	
Alto risco <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário	
	<input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio	
	<input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder	
	<input type="checkbox"/> Outros	

At. Armandina Carolina *AC*
Mar 2014101060

ASSINATURA E CARIMBO
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

Karla M^a de Silva
Téc. de Enfermagem
COREN 581493

ASSINATURA E CARIMBO
TÉC. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
9. Náuseas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar frequência <input type="checkbox"/> Registrar características <input type="checkbox"/> Outros	
10. Êmese <input type="checkbox"/>		
11. Desidratação <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Registrar balanço hídrico de ___/___h <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade das mucosas <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> Outros	
12. Edema <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar balanço hídrico à cada ___/___h <input type="checkbox"/> Descrever características do edema <input type="checkbox"/> Registrar presença de inflamação / infecção <input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Realizar diálogo de interação com o paciente e família <input type="checkbox"/> Proporcionar distração tipo: _____ <input type="checkbox"/> Solicitar avaliação psicológica <input type="checkbox"/> Outros	
13. Depressão Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/>		
14. Déficit de auto-cuidado	<input type="checkbox"/> Auxiliar banho de aspersão <input type="checkbox"/> Realizar banho no leito <input type="checkbox"/> Realizar higiene oral <input type="checkbox"/> Outros	
Banho <input type="checkbox"/> Vestir-se <input type="checkbox"/> Higiene oral <input type="checkbox"/> Alimentar-se <input type="checkbox"/>		
15. Risco para infecção <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais de 6/6h <input type="checkbox"/> Registrar presença de sinais flogísticos <input type="checkbox"/> Coletar sumário de urina: Urocultura, se febre <input type="checkbox"/> Hemocultura <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Outros	42 48 24 06
16. Risco para aspiração <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elevar decúbito <input type="checkbox"/> Orientar início da dieta quando o paciente estiver bem acordado <input type="checkbox"/> Avaliar posicionamento da sonda, tipo: _____ e aspirar resíduo gástrico antes de administrar a dieta <input type="checkbox"/> Manter dieta suspensa durante o banho <input type="checkbox"/> Outros	
17. Risco de queda	<input type="checkbox"/> Manter grades elevadas e leitos travados <input type="checkbox"/> Sinalizar o paciente na placa de identificação <input type="checkbox"/> Solicitar ajuda para manipulação do paciente, se necessário <input type="checkbox"/> Estimular deambulação com auxílio <input type="checkbox"/> Orientar quanto a importância da leitura do folder <input type="checkbox"/> Outros	
Baixo risco <input type="checkbox"/> Alto risco <input type="checkbox"/>		

Carla Amândia Cordeiro de Sá
Mar 2014 10:20:50

Carla Amândia Cordeiro de Sá
Mar 2014 10:20:50

Karla M^a da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN 331404

ASSINATURA E CARIMBO
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

ASSINATURA E CARIMBO
TÉC. DE ENFERMAGEM / DIURNO E NOTURNO

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

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

Evolução Enfermeiro - SAE/ADULTO

Registro: 3180833
Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
End: RUA GUPIRA Nº 298
Enferm: CIRURGICA I - ENF. J 1001

Atendimento: 8694477
Leid: 2793

DI.Cad: 12/5/1999
DI.Nasc: 10/4/1992
Raio: CRUZ DE REBOUCAS
Cidade: GARARASSU
ONS:

Data: 10/11/17 Hora: 8:00

HD: Pré-Fx Quadril

Escala Visual Analógica (EVA) - Dor

Leve: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Intensa

Moderada

1 - Estado geral: Grave Comprometido Regular Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: Espontânea 4 Estimulos verbais Dor 2 Nenhuma 1

Resposta verbal: Orientado 5 Confuso 4 Palavras inapropriadas 3

Sons Incompreensíveis 2 Nenhuma 1

Resposta Motora: Obedece comandos 6 Localiza dor 5 Retirada à dor 4 Nenhuma 1

Flexão anormal 3 Resposta extensora 2 Nenhuma 1

Glasgow: 15 OBS: Paralias Paraplegia Hipotivo Sedado

3 - Avaliação Emocional: Ativo Reativo Comatoso

4 - Pupilas: Agitado Gemente Midriase Miose

Isocóricas Anisocóricas Não reativas Hipertônico

Reativas Normal Hipotônico

5 - Tonus: Normal Hipertônico Outro: Atetico

6 - Decúbito: Trendelembu Dorsal Fowler Atebril

7 - Temperatura: Hipotermico Febril

8 - Pele e Mucosas: Úmidas Secas Descamativa

Coloração: Normocorado Hipocorado Ictérico Cianótico

Distribuição Hídrica: Boa Edemadado Desidratado

9 - Avaliação Pulmonar:

Ausculta Respiratória: Eupneico Taquipneico Bradipneico Osipneico

Padrão respiratório: BIAN TTC TSC Resp. ruidosa Gemente

Oxigenoterapia: Não Sim O2 Continua Venturi Máscro NBZ

Drenos: Não DVE DVP Mediastínico Pen Rose Macro NBZ

Dreno à vácuo perfolha Ocida Não ocida

Torácico - selo d'água perfolha Ocida Não ocida

10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca: Chelo Fíftome Normocárdico Bradicárdico Taquicárdico

Normotenso Hipotenso Hipertenso

Perfusão periférica: Boa Regular Ausente

PVC PNC PAM local PNI

Acesso venoso: Periférico Função venosa central Dissecção venosa

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____ Condições: _____

11 - Aspecto Nutricional:

Dieta: V.O. SOG SNG SNE NPT GTT Zero

RG mAspecto: _____ HGT: _____

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdome: Flácido Distendido Tenso Semijoboso Globoso

Visceromegalia: Massa tumoral Ascite

Dor à palpação: Sim Não Sem anomalia Incisões: _____

Diurese: Presente > 12 Espontâneo Espontânea em fr SVA vez Cistostomia

SVD instalada em _____ / _____ Aspecto: _____

13 - UPP: Sim Não Local: _____ Aspecto: _____

14 - Curativo: Sim Não Tipo: _____

Local: _____ Aspecto: _____ Data: _____ / _____ / _____

15 - Sinal: _____

16 - Sinal: _____

17 - Sinal: _____

18 - Sinal: _____

19 - Sinal: _____

20 - Sinal: _____

21 - Sinal: _____

22 - Sinal: _____

23 - Sinal: _____

24 - Sinal: _____

25 - Sinal: _____

26 - Sinal: _____

27 - Sinal: _____

28 - Sinal: _____

29 - Sinal: _____

30 - Sinal: _____

31 - Sinal: _____

32 - Sinal: _____

33 - Sinal: _____

34 - Sinal: _____





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR III

Fundação Professor Maranhão Ferraz
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 3190833
Nome: SIDILEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
End: RUA CUPIRA Nº 268
Estrada: CIRURGIÇA I - ENF. J L001

Atendimento: 8884477

Leito: 2793

Di. Cad: 12/05/1998
Di. Nasc: 10/04/1992
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS
Cidade: IGARASSU
CNS:

Data: 09/11/12 Hora:

HD: Px Observação



1 - Estado geral: Grave Comprometido Regular Bom

2 - Avaliação Neurológica:

Abertura ocular: Espontânea 4 Estimulo verbal 3 Dor 2 Nenhuma 1
Resposta verbal: Orientado 5 Confuso 4 Palavras inapropriadas 3
Resposta Motora: Sons incompreensíveis 2 Nenhuma 1
 Obedece comandos 6 Localiza dor 5 Retirada a dor 4
 Flexão anormal 3 Resistência extensora 2 Nenhuma 1

Olhar: OBS Paraplegia Hipotivo Sensido
 Peritese Alivo Reafino Comatoso Mitoze

3 - Avaliação Emocional: Agitado Gemente Mitoze
 Isolacionas Aniscocializ. Mitoze
 Realizvas Não realizvas

4 - Pupilas: Normal Hiporinico Hipertinico
 Normal Fowler Outro

5 - Tônus: Normal Hiporinico Hipertinico
 Normal Fowler Outro

6 - Decúbito: Trendelenburg Dorsal Fowler Mitoze
 Hiporinico Hipertinico

7 - Temperatura: Normal Febril Afebril

8 - Pele e Mucosas: Úmida Seca Descamativa
 Normalizado Hipocorado Ictérico Cianótico
 Bole Edemaciado Desidratado

9 - Avaliação Pulmonar: Úmida Seca Descamativa
 Normalizado Hipocorado Ictérico Cianótico
 Bole Edemaciado Desidratado

Auscultila Respiratória: Eupnéico Taquipnéico Bradipnéico Disrético
Padrão respiratório: BAW TIC TSC Resp. ruidosa Gemente
Causas respiratórias: NAI Sim O2 Contínuo Venturi % Macro JIBZ
Difusos: NAI DVP Metastático Pen. Rose Macro JIBZ
 Dano à vênur Pen. Rose Macro JIBZ

Respiração: Talação - sfo d'água Sim Não Borbulha Ocular Não ocular
Respiração: Sim Não Dorsal Não dorsal

10 - Avaliação Cardiovascular:

Auscultila Cardíaca: Filicome Normocardíaco Bradicárdico Taquicárdico
Pulso: Cheio Normotênso Hipotênso Hipertênso Regular Ausente
Perfusão periférica: Boa Regular Ausente
Acesso venoso: Periférico PAM local PNI Função venosa central Dissecção venosa
Local: SA Data: 11/11/12 Condições: SA

11 - Aspecto Nutricional:

Dieta: V.O SOG SNG SNE NPT GTT Zero
 RG ml Aspecto: SA HGT: SA

12 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

Abdome: Plácido Distendido Tenso Serrigloboso Glaxoso
 Visceromegali: Massa tumoral Ascite
Dor à palpação: Sim Não Sem anomalia Incises

Dureze: Presente >>> Espontânea Espontânea em trade SVA vezes Cistostomia
 SVO instalada em 1 / 1 / 1 Aspecto: SA

Avulsos anormais: Polúria Oligúria Anúria Hematuria Disúria Mictúria
 Polipúria Colúria

13 - UPP: Sim Não Local Aspecto: SA

14 - Curativo: Sim Não Tipo: SA Data: 11/11/12

Sígnito:

SAU: Estabilidade alta nível NGR: Normalizado SOG: Sonda orgânica RG: Registro gráfico
TC: Troquele alterado PNC: Fígado venosa ceter SNG: Sonda nasogastrica HGT: Hemoguetaliti
TIG: Troquele instável PAM: Fluxão altera mod SNE: Sonda nasoesnal SVA: Sonda vesical de sivo
DVE: Derivação vesicostoma PNI: Pressão não invaso NPT: Sonda urinária de derivação SVD: Sonda vesical de derivação
DVP: Derivação vesicostoma periférica VO: Ventral OTT: Cateterismo VPP: Uretra por pressão





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.808.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martino Figueiras
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 08.038.744/0001-94

Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 3180633
 Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
 Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
 End.: RUA CLUPIRA Nº. 266
 Enferm.: CIRURGICA I - ENF. J. LG01

Atendimento: 8684477
 Da Cwd: 12/05/1999
 DI Nasc: 10/04/1962
 Bairro: CRUZ DE REEDUÇAS
 Cidade: IGARASSU
 ONS:
 Lote: 2793
 Data: 05 / 11 / 17 Hora:

Esquema Terapêutico:

Exames Realizados:

Informações e Intercorrências:

Paciente admitido p/ realização Cirurgia.

[Handwritten signature]

[Faint handwritten text]





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.968.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

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

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM - SAE-ADULTO

Registro: 3180633 Atendimento: 8684477 Dt. Cad: 12/05/1999
 Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR Dt. Nasc: 10/04/1992
 Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA Bairro: CRUZ DE REBOUCAS
 End: RUA CUIPIRA Cidade: IGARASSU
 Enferm: CIRURGICA I - ENF J L001 Leito: 2793 CNS: _____
 Sexo: F M Idade: 25 anos Peso: _____ Ocupação: _____ Fone: 85128050
 Estado civil: _____ Naturalidade: _____ Residência atual: _____ Religião: _____
 Escolaridade: analfabeto fundamental 1 fundamental 2 médio superior pós-graduação
 Origem: espontânea outro serviço Diagnóstico: _____
 Procedimento: Rta - Ex Clovícula (C)

ANTECEDENTES PESSOAIS / HÁBITOS

Nº Pessoas no domicílio: _____ Nº cômodo: _____ Banho de mão: SIM NÃO Contato com Animal: _____
 Tipo de moradia: Alvenaria Taipa Madeira Saneamento básico: SIM NÃO Incompleto
 HAE Diabetes Cardiopatias Pneumopatia Hemofilia Doença psiquiátrica Neoplasia Nefropatia
 Hemotransfusão SIM NÃO IST- Quais: _____ DIP- Quais: _____
 Cirurgias- Quais: _____ Alergias- Quais: _____
 Etilismo quantidade/dia: _____ Tabagismo quantidade/dia: _____ Drogas quais: _____
 Medicções em uso: Quais: _____
 Outras: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES

HAS Diabetes Cardiopatias Hemofilia Doença psiquiátrica Neoplasia
 Outras: _____

PRINCIPAIS QUEIXAS

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

SINAIS VITAIS

PA: _____ mmHg Temperatura: _____ °C FR: _____ /min FC: _____ /min Pulso: _____ /min Dor: _____
 Love Moderada Intensa

EXAME FÍSICO GERAL

Estado Geral: Bom Regular Grave
 Regulação Neurológica: Consciente Inconsciente
 Estado emocional: Calmo Tenso Agitado Apático Chorooso Sedado Comatoso
 Outras: _____
 Integridade da pele: (marque na figura) Sem alteração Mancha Bolha Tumoração
 Ardido Pápula Ferida Lesão Hematoma Equimose Prurido
 Mucosas: Corada Hipocorada Ictérica Candílica
 Turgor/elasticidade: Hidratada Desidratada
 Outras: _____
 Mamas: Preservadas Alteradas Especifique: _____
 Aspectos de Higiene: Adequado Não Adequado Especifique: _____
 Ferida Cirúrgica Local: _____ Limpa Infectada
 Exsudato: Tipo: _____ Quantidade: _____
 Tecido: Granuloso Necrose Especifique: _____
 Úlcera por pressão Local: _____ Estágio: I II III IV
 Limpa Infectada Exsudato: Tipo: _____ Quantidade: _____
 Outras: _____



Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
Fundação Prof. Martiniano Fernandes - FPMP
(Centro Hospitalar Prof. Oscar Coutinho)

Serviço de Ortopedia e Traumatologia

PACIENTE: SIDCLEY JOÃO CAVALCANTI

LEITO: J01

IDADE: 25 ANOS

REG: 3180633

ADM: 09/11/2017

ALERGIA: NEGA

Data: 10/11/2017

1. DIETA ZERO, LIVRE SE CIRURGIA SUSPENSA	
2. SG10% 1000ML, EV, ANTES DE CIRURGIA S/N	
3. DAPIRONA 500mg/ML - 01FA + AD EV, DE 6/6H S/N	
4. CETOPROFENO 100MG + 100ML SFO,9%, EV, 12/12H S/N	
5. TRAMADOL 50MG - 02 AMP + SF 100ML EV 8/8H S/N	
6. OMEPRAZOL 40MG, 01 COMP VO EM JEJUM	06
7. METOCLOPRAMIDA 10MG/ML 1 FA EV DE 8/8H S/N	
8. PA 6/6H	
9. CAPTOPRIL 25MG - 01 CP VO SE PAD>109 OU PAS>159 MMHG	
10. SSVV + CCGG	

Juliana de Albuquerque Magalhães
MAGALHAES
MÉDICA
RPPS

Luciano de Souza Cordeiro
Enfermeiro
C.R.E. 367.514



Serviço de Ortopedia e Traumatologia

PACIENTE: SIDCLEY JOÃO CAVALCANTI

LEITO: J01

IDADE: 25 ANOS

REG: 3180633

ADM: 09/11/2017

ALERGIA: NEGA

Data: 9/11/2017

1. DIETA LIVRE VO, ZERAR ÀS 22H	
2. SG10% 1000ML, EV, ANTES DE CIRURGIA S/N	
3. DAPIRONA 500mg/ML - 01FA + AD EV, DE 6/6H S/N	X
4. CETOPROFENO 100MG + 100ML SF0,9%, EV, 12/12H S/N	
5. TRAMADOL 50MG - 02 AMP + SF 100ML EV 8/8H S/N	
6. OMEPRAZOL 40MG, 01 COMP VO EM JEIUM	76
7. METOCLOPRAMIDA 10MG/ML 1 FA EV DE 8/8H S/N	
8. PA 6/6H	
9. CAPTOPRIL 25MG - 01 CP VO SE PAD>109 OU PAS>159 MMHG	
10. SSVV + CCGG	

*Dr. Nayara de Brito
Médica
CRM/PE 1993*

*Enf. Jany
1993*

*Keila Ramos
COREN/PE
153323*





Prontuário: **3180633**
 Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
 Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
 End.: RUA CUIRA 269
 SANE.: 249136

Dt. Nasc: 10/04/1992
 Bairro: CRUZ DE REBOUCAS
 Cidade: IGARASSU-PE
 CRS: 708008372719327

Professor Martiniano Fernandes
 ALAR

CNPJ: 09.744/0001-94

CHECKLIST PARA ORGANIZAÇÃO DE PRONTUÁRIO - ADULTO / PEDIÁTRICO

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Registro: 3180633

Atendimento: 8684477

Enferm: CIRURGICA I - ENF. J 1001

Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

Leito: 2793

Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA

CNS:

ASSINATURA:

[Assinatura manuscrita]

DATA: 10/11/17

N	V	NSA	CLÍNICA MÉDICA E CIRÚRGICA, UTIS, PEDIATRIA, ONCOLOGIA, GINECOLOGIA E UNIDADE GERAL DE TRANSPLANTE
1.	<input checked="" type="checkbox"/>		Laudô para solicitação de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
2.	<input checked="" type="checkbox"/>		Sumário de admissão e alta
3.	<input checked="" type="checkbox"/>		Termo de consentimento informado para internamento
4.			Classificação de risco
5.			Prontoatendimento
6.			História clínica
7.	<input checked="" type="checkbox"/>		Evolução clínica
8.			Pedido de parecer
9.	<input checked="" type="checkbox"/>		Prescrição médica
10.			Fluxograma para exames
11.	<input checked="" type="checkbox"/>		Histórico de enfermagem -SAE-
12.	<input checked="" type="checkbox"/>		Ficha de evolução - enfermeiro - SAE
13.	<input checked="" type="checkbox"/>		Diagnósticos e intervenções de enfermagem - SAE
14.	<input checked="" type="checkbox"/>		Registro técnico de enfermagem -SAE
15.			Ficha de sinais vitais e balanço hídrico
16.			Solicitação para acesso venoso central
17.	<input checked="" type="checkbox"/>		Resumo de alta
18.			Exames
19.			Outro - Especificar.
N	V	NSA	KIT CIRÚRGICO
1.	<input checked="" type="checkbox"/>		Termo de consentimento informado para procedimento cirúrgico
2.			Checklist da cirurgia segura
3.			Relatório cirúrgico
4.			Trans-operatório
5.			Ficha de anestesia
6.			Material de sala
N	V	NSA	PROCEDIMENTOS ESPECIAIS (ÓRTESES; PRÓTESES; OUTROS)
1.			Laudô para solicitação / autorização de mudanças de procedimento e procedimentos especiais
2.			Comunicação de utilização de órteses e próteses
3.			Fornulário de registro Brasileiro de prótese de sustentação intraluminal (Skent)
N	V	NSA	UTI OBSTÉTRICA
1.			Admissão na UTI
2.			Evoluções da UTI
3.			Fluxograma e exames
4.			Evolução clínica
5.			Resumo de alta da UTI Obstétrica
N	V	NSA	ONCOLOGIA
1.			Serviço de atendimento inicial
2.			Serviço de oncologia clínica (ficha de evolução e seguimento ambulatorial)
3.			Ficha social

V: Formulário contido no prontuário NSA: Não se aplica a este prontuário - Este Checklist deve ser anexado como 1ª folha do Prontuário.

Todos os formulários devem ser organizados em ordem cronológica (data crescente)

*Será acres. item 1 e 2 o kit cirúrgico / procedimentos especiais com seu respectivo laudô de AIH e Sumário





COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29

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



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do Estabelecimento Solicitante INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP	2-cnes 0000434
3- Nome do Estabelecimento Executante INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP	4-cnes 0000434

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP
 Registro: 3190533 Atendimento: 8684477 Dt. Cad.: 12/05/1999
 Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR Dt. Nasc: 10/04/1992
 Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA Bairro: CRUZ DE REBOUCAS
 End: RUA CUIRÁ Cidade: IGARASSU
 Enferm: CIRURGICA I - ENF J L001 Leito: 2793 CNS:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Doença aguda de instalação aguda,
em 24 dias, remissão à medida
de repouso*

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

insuficiência da obrabação cirúrgica

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Insuficiência de função, etc. complementar

20- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Insuficiência de função</i>	21- CID 10 PRINCIPAL S420	22- CID 10 SECUNDÁRIO Y899	23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
---	------------------------------	-------------------------------	------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>de internamento</i>	25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 013101110161001710
--	--

26- CLÍNICA <i>de internamento</i>	27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28- DOCUMENTO () CNS (X) CPF	29- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 0151313141316114131111
---------------------------------------	---------------------------	----------------------------------	---

30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. José Ivan de Oliveira</i>	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 07/12/17	32- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Juliana Adour</i> MÉDICA 5.483
---	-------------------------------------	--

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38- SERIE
34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA	41- CBOE
35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44- COÓ. ÓRGÃO EMISSOR	49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--------------------------------------	------------------------	--

45- DOCUMENTO () CNS (X) CPF	46- Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
----------------------------------	--

47- DATA DA AUTORIZAÇÃO 07/12/17	48- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) IMIP Médico Autorizador de Laudos Para emissão de AIH Dr. José Ivan de Oliveira CRM 1156 - CPF: 000.231.154-04
-------------------------------------	--

AIH
261710285948-1

10266
21/12/17
AIH





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

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

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

Registro: 3180633 Atendimento: 8684477 Dt. Cad: 12/05/1999
Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR Dt. Nasc: 10/04/1992
Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA Bairro: CRUZ DE REBOUCAS
End: RUA CUIPIRA Cidade: IGARASSU
Enferm: CIRURGICA I - ENF. J L001 Leito: 2793 CNS:

DATA DE NASCIMENTO	Masculino	Feminino	Cônjuge	Filho	Outro dep.
____/____/____	<input type="checkbox"/>				
	1	3	4	6	8

CPF DO MÉDICO SOLICITANTE	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
_____	Empregado	Empregador	Autônomo	Desempregado	Aposentado
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	2 3	5	7

DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO | <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE ORTESE |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI | <input type="checkbox"/> USO DE FATIRES DE COAGULAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES |
| <input type="checkbox"/> VACINA ANTI-RF | <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

RESUMO DA INTERNAÇÃO

Emergência calculada.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de clavícula (E).

CÓDIGO

0301060070

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

CÓDIGO

54201Y896

MOTIVO DE ALTA

Bom andamento.

DATA DA INTERNAÇÃO

09.11.17

DATA DE ALTA

10.11.17

DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO

MÃOS - LAVAGEM RIGOROSA ANTES E APÓS MANUSEAR O PACIENTE - CCIH - IMIP





COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29

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

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Eu, _____

Responsável por:

Registro: 3180633

Atendimento: 8584477

DI.Cad: 12/05/1999

Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

DI. Nasc: 10/04/1992

Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA

Bairro: CRUZ DE REBOUCAS

End: RUA CUIPIRA

Cidade: IGARASSU

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. J. L001

Leito: 2793

CNS:

Internado (a) no (a) INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

Declaro assumir integralmente a responsabilidade legal pela autorização do procedimento cirúrgico proposto, tendo pleno conhecimento dos possíveis riscos existentes, inclusive de vida, seqüela e o de infecção hospitalar, de acordo com padrões técnicos aceitáveis. Declaro, ainda, que fui amplamente informado(a) sobre o procedimento e todas as dúvidas detalhadamente esclarecidas por profissional médico desta instituição, apresentando plena concordância à intervenção cirúrgica proposta abaixo citada.

Estou ciente de ser o IMIP um Hospital de Ensino que desenvolve Programas de Residência Médica e de Enfermagem, assim como que todo o tratamento proposto será custeado (pago) integralmente pelo Sistema Único de Saúde -

SUS/PE.

Atesto, também não ter sido submetido (a) a qualquer tipo de coação, influência indevida, indução, intimidação ou qualquer outro ato lesivo aos princípios legais, morais ou éticos.

Cirurgia Proposta _____

Cirurgião Responsável _____

Recife, 09/11/17

Juliana de Albuquerque Magalhães
Assinatura do paciente ou responsável

Testemunhas:

OBS: Em caso de impossibilidade técnica do responsável pelo paciente em ler/interpretar este Termo de Responsabilidade, deverá um profissional da Instituição lê-lo em voz alta na presença de Duas (02) testemunhas e em seguida a autorização será fornecida com colocação da digital do polegar direito pelo responsável.

UTILIDADE PÚBLICA ESTADUAL - DEC. LEI 5013 de 14/05/84
UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL - DEC. LEI 9851 de 08/11/65
UTILIDADE FEDERAL - DEC. LEI 86236 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 06.879-1
INSCRIÇÃO ESTADUAL isento
C.G.C. 10.988.301/0001-29

Rua dos Coelhos, 300 Boa Vista
Recife PE - Brasil CEP 50070 - 550
PABX: (081) 2122-4100
FAX: (081) 2211-4722 cx. Postal 1383
e-mail: social@imip.org.br
Página: <http://www.imip.org.br>





COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.938.301/0001-29

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

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERNAMENTO

Eu, _____

Responsável por:

Registro: 3180533

Atendimento: 8684477

Dt. Cad: 12/05/1989

Nome: SIOCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

Dt. Nasc: 10/04/1992

Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA

Bairro: CRUZ DE REBOUCAS

End: RUA CUPIRA

Cidade: IGARASSU

Enferm. (Origem): CIRURGICA I - ENF. J L001

Leito: 2793

CNS:

Transf. Para Enf:

Transf. Para Enf:

Internado no: INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

DECLARO

1. Respeitar e cumprir incondicionalmente o Estatuto da Criança e do Adolescente do Brasil.
2. Ter conhecimento de ser o IMIP um hospital de Ensino e que o pagamento do tratamento proposto será custeado integralmente pelo Sistema Único de Saúde-SUS/PE, através dos recursos oriundos dos pagamentos de impostos e obrigações sociais;
3. Assumir toda a responsabilidade legal do(a) paciente durante seu período de internamento declarando formalmente estar autorizado(a) pelo(a) seu(s) real(is) responsável(is) a fazê-lo no caso de sua(s) ausência(s) nesse serviço, independente do motivo;
4. Reconhecer os riscos de agravos à saúde, inerentes a um internamento em uma unidade de saúde, dentro dos padrões técnicos de aceitabilidade, inclusive no que diz respeito à infecção hospitalar.
5. Que recebi, através de profissional médico qualificado, todas as minhas dúvidas adequadamente, apresentando plena concordância aos mesmos.
6. Conceder plena autorização aos médicos do IMIP para procederem às investigações julgadas necessárias ao diagnóstico e à execução do tratamento clínico e/ou cirúrgico em todas as suas formas existentes, que aqui possam ser realizadas, inclusive hemoterápicas, bem como realizar sua transferência para outra unidade especializada no caso de necessidade;
7. Estar ciente dos direitos e deveres durante o período de internamento de acordo com as Normas e Rotinas do IMIP, apresentando plena concordância ao mesmo e compromisso formal de respeito às disposições nele contidas, inclusive a alta administrativa.
8. Comprometer-me a deixar o serviço tão logo seja concedida a alta hospitalar.
9. Que, no caso de interrupção do tratamento à revelia médica, assumirei inteira responsabilidade legais pelo ato e pelas suas consequências.
10. Que, nenhum médico do IMIP me induziu, direta e/ou indiretamente, a atos lesivos aos princípios legais, morais ou à ética médica.

Recife, _____


Assinatura do paciente ou responsável

Assinatura do Funcionário

Assinatura da Testemunha 1

Assinatura da Testemunha 2

OBS: Em caso de impossibilidade técnica do responsável pelo paciente em ler/interpretar este Termo de Responsabilidade para internamento, deverá o médico lê-lo em voz alta na presença de 2 testemunhas e em seguida, a autorização será fornecida com a colocação da digital do polegar direito pelo responsável.

LAVAR RIGOROSAMENTE AS MÃOS ANTES DE MANUSEAR O PACIENTE - CCIH / IMIP





Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.988.301/0001-29 - Insc. Est.: ISENTO
Rua dos Coelhos, 300 - Boa Vista - Recife - PE
Fone: (81) 21224100

RECEITUÁRIO

Sindley João C. Junior

Perante exame de acuidade de
visão no dia 08/11/17 com quadro
de elevação esquerda
tratar-se em neoplasia
primitiva.

CID-S42.1

20/11/17





FPMF – Hospital Prof. Oscar Coutinho
GRUPO DE ORTOPEDIA

PACIENTE: SIDCLEY JOÃO CAVALCANTI

IDADE: 25 ANOS

REG: 3180633

DATA DO INTERNAMENTO: 09/11/17

DATA CIRURGIA: NÃO HOUE

DATA DA ALTA: 10/11/17

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

CIRURGIÃO: DR. TIAGO NOGUEIRA

RESUMO DA INTERNAÇÃO

PACIENTE INTERNADO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO. ENTRETANTO, A CIRURGIA FOI CANCELADA POR MOTIVOS DE MUDANÇA DE CONDOTA (TRATAMENTO CONSERVADOR). O PACIENTE RECEBE ALTA EM EGB COM RETORNO DIA 20/11/2017 PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

CD: MANTER TIPOIA PARA TRATAMENTO CONSERVADOR

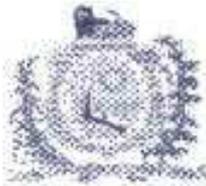
ORIENTAÇÕES:

1. Retornar ao ambulatório de Dr. Tiago Nogueira em 20/11/2017 às 7h, no Prédio dos Ambulatórios, 5º andar;
2. Seguir Prescrição Médica (ANALGESIA FORTE);
3. Manter tipoia em membro operado;
4. FAZER MOVIMENTO PENDULARES COM MEMBRO OPERADO, conforme orientado na alta.
5. Não pegar peso com membro acometido até retorno ambulatorial;
6. Movimentar articulações de cotovelo, punho e mão 6x/dia (retirar tipoia para fazer movimentos);

Dr. Tiago Nogueira
CRM: 10000
10/11/2017

sexta-feira, 10 de novembro de 2017





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA -
 DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

430827
 0103270/1

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0117000662

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/03/2018** às **09:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 8/11/2017 às 14:40

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1 - Bairro: MATINHA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO, BRASIL**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 CLAUDIANA DA SILVA CABRAL (OUTRO)
 SIDCLEY JOÃO CAVALCANTI JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
 SIDCLEY JOÃO CAVALCANTI JUNIOR
 VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
 DESCONHECIDO



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

SIDCLEY JOÃO CAVALCANTI JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **JOELMA NASCIMENTO DA SILVA** Pai: **SIDCLEY JOAO CAVALCANTI** Data de Nascimento: **10/4/1992** Naturalidade: **ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7919310/SDS/PE (RG), 10506073401 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 81927902157**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 202, RUA CUPIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CLAUDIANA DA SILVA CABRAL (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Data de Nascimento: **22/4/1994** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

15/03/2018 09:25



Endereço Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 268, RUA CUPIRA - CEP: 56000-900 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIANA DA SILVA CABRAL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SIDCLEY JOÃO CAVALCANTI JUNIOR**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR** Objeto apreendido: **NÃO**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYM0876** (PERNAMBUCO/IGARASSU) Renavam: **100338632** Chassi: **9C2ND1110ER010579**
 Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**
 Descrição: **HONDA XRE 300**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **HONDA FAN 125**

Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTO NA BR 101 NORTE DESTERRO, QUANDO BATEU NA MOTO ACIMA CITADO QUE FUGIU DO LOCAL, E ESTE FOI SOCORRIDO PELO SAMU METROPOLITANO DE IGARASSU CUJA OCORRENCIA 5482795, E LEVADO A UPA DE IGARASSU E DE LA AO HOSPITAL MIGUEL ARRAES, SENDO ATENDIDO PELA ENFERMEIRA CAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA, COREN 364448.

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

Sidclei João Cavalcanti Junior
SIDCLEY JOÃO CAVALCANTI JUNIOR
(VITIMA)

Humberto Candido Azevedo Barbosa
 B.O. registrado por: **HUMBERTO CANDIDO AZEVEDO BARBOSA** - Matrícula: **3847802**





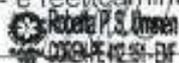
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Metropolitano Igarassu



Igarassu 22 de fevereiro de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Sidcley João Cavalcanti Júnior, R.G. nº7959310, C.P.F. nº105.056.734-01, residente e domiciliado na Rua Jota Rodrigues, nº268, Cruz de Rebouças, foi atendido pelo SAMU METROPOLITANO DE IGARASSU no dia 08/11/17 às 14h40min, ocorrência nº S402795, vítima de acidente moto, acidente ocorrido na BR 101, s/n, Abreu – Lima, o mesmo foi removido para Ponto de atendimento - UPA de Igarassu- e encaminhado para o Hospital Miguel Arraes.


ROBERTA P.S. UMMEN
ENFERMEIRA

Dra. Roberta Pereira da Silva Ummen
Enfermeira e Coordenadora do SAMU Igarassu





(1)



 Buscar no site


[COMPANHIA](#)
[SEGURO DPVAT](#)
[PONTOS DE ATENDIMENTO \(Pontos-de-Atendimento\)](#)
[CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS](#)
[SALA DE IMPRENSA](#)
[TRABALHE CONOSCO](#)
[CONTATO](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

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

SINISTRO 3180262131 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

CPF/CNPJ: 10505673401

Posição em 28-08-2018 09:32:34

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](https://www.s) (<https://www.s>

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

28/08/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75
------------	------------	----------	------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/07/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qa2IMGnjeZXHxXduyWBSI/api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvb7afh86xt29__IssXp0dH__Q=
13/06/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HG__jgKtLCLcmjSlp99__AE/api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvb7afh86xt29__IssXp0dH__Q=
13/06/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Q+WfTtREftE2zoMFY0BV__api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpyvb7afh86xt29__IssXp0dH__Q=

ACESSIBILIDADE

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

