

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Sidley, João (avulso) Junior brasileiro(a), Estado Civil solteiro, Profissão: peconista, RG: 7919310, Expedido: SDS (PE), CPF nº: 105056731-02, residente e domiciliado na Rua Joca Rodrigues, Bairro: Centro, Cidade: Agostinho (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 jlu_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 (avulso) Junior
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Sidley José Cavalcanti Junior
RG 14919310 CPF 105026734-01

Residente na Rua Yara Rodrigues Bairro Cruz de Retes
Cidade Itamaracá 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

Sidley José Cavalcanti Junior

Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DO REGISTRO CIVIL
 CADERNÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

1422236586

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1422236586

PRIMEIRO PLASTIFICAR

1422236586

SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

DOC. IDENTIDADE (ORG. EMISSOR / UF)
 7219310 SDS PE

CNPJ
 103.056.734-01

DATA NASCIMENTO
 10/04/1992

TRUÇAÇÃO
 SIDCLEY JOAO CAVALCANTI
 I
 JONILMA NASCIMENTO DA S
 SILVA

PERMANENTE
 NÃO

CAS. HAB.
 AP

Nº REGISTRO
 05616756964

VALIDADEZ
 08/05/2022

1ª REGISTRAÇÃO
 11/10/2012

OBSERVAÇÕES
 A

Sidley Joao C. Junior
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 09/05/2017

[Assinatura]
 [Assinatura] Antônio João Ribeiro
 Diretor Geral

ATAVIAVULGO SEGREDO

84943180151
 00078384640

PERNAMBUCO



JAMES DO CLIFFE
 DIRECTOR OF CARACALIT JEFFERSON

POLYMER LETTERS EDITION, COMPTON
H14-4378 RICHMOND, VA

CFR 15.291 T34-01

CENTRO CRUZ DE REBOQUE
 (CARASSU) PE
 53630-003

CLASSIFICAÇÃO
DE RESOLUÇÃO
PRESIDENCIAL
Nº 005/00

Nº DA NOTA FISCAL:	SERIE:	EMISSÃO:
000181062	UNACR	00/11/2017
APRESENTAÇÃO:	Nº DO CLIENTE:	Nº DA ORIENTAÇÃO:
00/11/2017	015206431	0000000

SOGGETTO CONTRATTO	REDAZIONE
7023689850	11/2017
DATA DI ACCREDITAMENTO	DATA PRESSIONE PRIMAVERA / INVERNO
13/11/2017	07/12/2017
TOTALE A PAGARE (RM)	108,91

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Composto Adesivo	122 UNIDADES	5,59130546	681,29
Adesivos Bateria VERMELHA			7,78
Carteira de Registro Público			10,44
TOTAL DA FATURA			106,51

COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA NOTA FISCAL										
Nº DO MERCADOR	Tipo de Emissão	Assessor	Data	Lettura	Reta	Littura	Pfem (R\$)	Constante	Aamte	Código Avulso
000000	0-01		08/11/2017	10 076,00	00000000	10 076,00	0	000000		000000

DISTRIBUIÇÃO POR GÊNERO

Gênero	%
Feminino	54,4%
Masculino	45,6%

INFORMAZIONE IMPORTANTE

Elle propose d'être en 2015 le plus efficace, d'encourager les étudiants à participer à des projets de recherche, de promouvoir les compétences transversales et de promouvoir les compétences transversales. Elle propose d'être en 2015 le plus efficace, d'encourager les étudiants à participer à des projets de recherche, de promouvoir les compétences transversales et de promouvoir les compétences transversales.



Atendimento: 919162

Senha da Classificação:

0114

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

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

Doença da clavícula esquerda
trauma recente no abd.

EXAME FÍSICO:

Doença da clavícula esquerda
trauma recente no abd.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura da clavícula esquerda

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

Rx 1-2-3 / Clavícula esquerda
Clavícula esquerda

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1-2-3 / Clavícula esquerda	
Clavícula esquerda	



Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

11/11/2017 8. de Md
11/11/2017 8. de Md
11/11/2017 8. de Md

08 NOV 2017



TIPA 24 HORAS - IGARASSU

Assumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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**

Corr: 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Molência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5294521

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: S. Soley 7000 c. p. m. n. o. Idade: 25

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Itapicuru - PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/MOLÊNCIA)

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 ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
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: Fratura de fêmur esquerda

Hipótese diagnóstica: Fratura de fêmur esquerda

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia 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 CAVALCANTI 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 / 12348
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Sumo da 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

Idade: NAO URGENTE - VERDE

Cor:

Queixa Principal:

Observação:

Fluxograma sintoma:

Discriminador(es):

Especialidade:

Sinais Vitais Lidos:

COM RELATO DE QUEDA DE MOTO HÁ 04 HORAS, NEGA VÔMITOS, PERDA DE CONSCIÊNCIA, DESMAIO.

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

TRAUMA

- 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
- ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

- 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
Enfermeiro(a)
COREN: 364448

SATURADO
021 11 17

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/11/2017 17:02

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





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

Atendimento: 6684477

Dt. Cad: 12/05/1999

Dt. Nasc: 10/04/1992

Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

Bairro: CRUZ DE REBOUCAS

Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA

Cidade: IGARASSU

End.: RUA CUIPIRA

CNS:

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. J L001

Leito: 2793

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 enteropatia. Consciente orientado, sem queixas, segue aos cuidados de enfermagem.

Raphaela Pinho
Téc. Enfermagem
CORBIO 251.811

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 estresse moderado - p.s. com alterações para bradipneia. Sem queixas aos cuidados de enfermagem.

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		



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

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

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: *paciente*

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, sem queixas no momento. Recebeu medicação. Mãe M. da Silva rec. 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: ☐ Sim ☐ Não Local:

Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto:

Diurese: ☐ Presente ☐ Ausente

Observações:

Técnico de enfermagem

CHECAGEM DE MUDANÇA DE DECÚBITO

Observações

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 CUPIRA 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	Att
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 <input type="checkbox"/> Registrar ausência de eliminação intestinal <input type="checkbox"/> Solicitar acompanhamento nutricional <input type="checkbox"/> Outros	Att
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	Att
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: 10.968.301/0001-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

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

Registro: 3180633

Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA

End.: RUA CUPIRA Nº 268

Enferm.: CIRURGICA I - ENF. J L001

Atendimento: 8684477

Leito: 2793

Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Dt. Cad: 12/5/1998

Dt. Nasc: 10/4/1992

Bairro: CRUZ DE REBOUCAS

Cidade: GARASSU

Data: 29/05/2019 Hora: 17

Esquema Terapêutico:

Exames Realizados:

Informações e Intercorrências:

Desnude o pé esquerdo



Assinatura / Carimbo



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	

Al. Amanda Cordeiro
Mat 2014101060

ASSINATURA E CARIMBO
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

Karla M. 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	
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 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	
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	

Karla Amanda Cordeiro
Mar 2014 10:20:50

ASSINATURA E CARIMBO
ENFERMEIRO(A) / DIURNO E NOTURNO

Karla M^a da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN-ES 11408

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: 3180633
Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
End: RUA GUPIRA Nº 268
Enferm: CIRURGICA I - ENF J 1001

Atendimento: 80694477

Leito: 2793

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

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

Escala Visual Analógica (EVA) - Dor



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
Resposta motora: ☒ Obedece comandos 6 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada à dor 4 ☐ Nenhuma 1

Resposta motora: ☐ Flexão anormal 3 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhuma 1

Glasgow: 15 OBS: ☐ Paralisia ☐ Paraplegia ☐ Hipotivo ☐ Sedado

3 - Avaliação Emocional: ☒ Ativo ☐ Reativo ☐ Comatoso ☐ Mioso

4 - Pupilas: ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Midríase ☐ Miase

5 - Tórus: ☒ Normal ☐ Hipotônico ☐ Hipertônico

6 - Decúbito: ☐ Trendelenburg ☐ Dorsal ☐ Fowler ☐ Outros: ☐ Atebri

7 - Temperatura: ☐ Hipotermico ☐ Febril

8 - Pele e Mucosas: ☒ Úmida ☐ Seca ☐ Descamativa

Coloração: ☐ Normocorado ☐ Hipocorado ☐ Ictérico ☐ Cianótico

Distribuição Hídrica: ☒ Boa ☐ Edemadoado ☐ Desidratado

9 - Avaliação Pulmonar: Ausculta Respiratória: ☒ Eupneico ☐ Taquipneico ☐ Bradipneico ☐ Dispneico

Padrão respiratório: ☒ BIAN ☐ TIC ☐ TSC ☐ Resp. ruidosa ☐ Gemente

Oxigenoterapia: ☒ Não ☐ Sim ☐ O2 Continuo ☐ Venturi ☐ Máscro NBZ

Drenos: ☒ Não ☐ DVE ☐ DVP ☐ Mediastínico ☐ Pen Rose

☐ Dreno à vácuo ☐ Torácico - selo d'água ☐ Cateter ☐ Oclia ☐ Não oscila

10 - Avaliação Cardiovascular:

Ausculta Cardíaca:

Pulso: ☒ Chelo ☐ Filiforme ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico

Perfusão periférica: ☒ Boa ☐ Normotensão ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão

Acesso venoso: ☐ Periférico ☐ PVC ☐ Regular ☐ Lentificada ☐ Ausente

Local: ☐ Data: ☐ Condições: ☐ Função venosa central ☐ Dissecção venosa

11 - Aspecto Nutricional:

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

Abdome: ☒ Flácido ☐ Distendido ☐ Tenso ☐ Semijoboso ☐ Globoso

Dor à palpação: ☐ Visceromegalia: ☐ Massa tumoral ☐ Ascite

Diurese: ☒ Presente > 12h ☐ Espontâneo ☐ Espontânea em fr. ☐ SVA ☐ vez ☐ Cistostomia

Atividades anormais: ☐ Polúria ☐ Oligúria ☐ Anúria ☐ Hematuria ☐ Disúria ☐ Nictúria

Evacuação: ☒ Sim ☐ Não Quant. ☐ Polaciúria ☐ Colúria

Genitália: ☒ Integ. ☐ Hipertrofia ☐ Edema ☐ Lesões: ☐ Ascesso

13 - UPP: ☐ Sim ☒ Não Local: ☐ Tipo: ☐

14 - Curativo: ☐ Sim ☒ Não Tipo: ☐

Local: ☐ Aspecto: ☐ Data: ☐

Signário:

BAI: Batimento de alta nasal ☐ NEZ: Nebulização ☐ SOG: Sonda orogástrica ☐ RG: Registro gástrico





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

COMPLEXO HOSPITALAR III

Fundação Professor Mamílauo Ferrante
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 3190633
Nome: SIDILEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Mae: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
End: RUA CUPIRA Nº 268
Enferm: CIRURGICA I - ENF J L001

Atendimento: 8884477

Leito: 2793

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

Data: 09/11/12 Hora:

HD:

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 incompressíveis 2 ☐ Localiza dor 5 ☐ Retirada a dor 4 ☐ Nenhum 1
☐ Obedece comandos 6 ☐ Resposta extensora 2 ☐ Nenhum 1

Classificação: ☐ OBS: ☐ Paraplegia ☐ Hipotivo ☐ Sensado

3 - Avaliação Emocional:

☒ Ansioso ☐ Agitado ☐ Gerente ☐ Comatoso ☐ Músculo ☐ Músculo

4 - Pupilas:

☒ Reativas ☐ Não reativas ☐ Hipertônico ☐ Outro ☐ Músculo

5 - Tórus:

☒ Tumbelburg ☐ Dorso ☐ Fowler ☐ Músculo

6 - Decúbito:

☐ Tumbelburg ☐ Dorso ☐ Fowler ☐ Músculo

7 - Temperatura:

☒ Normal ☐ Hipotônico ☐ Outro ☐ Músculo

8 - Pele e Mucosas:

☒ Úmida ☐ Seca ☐ Descamativa ☐ Cianótico

9 - Avaliação Pulmonar:

☒ Normal ☐ Seca ☐ Descamativa ☐ Cianótico

10 - Avaliação Cardíaca:

☒ Normal ☐ Hipotônico ☐ Outro ☐ Músculo

11 - Avaliação Cardíaca:

☒ Normal ☐ Bradicardia ☐ Taquicardia

12 - Avaliação Nutricional:

☒ Normal ☐ Hipotônico ☐ Outro ☐ Músculo

13 - Avaliação Gastrointestinal / Genitourinário:

☒ Normal ☐ Hipotônico ☐ Outro ☐ Músculo

14 - Avaliação de Sinais e Sintomas:

☒ Normal ☐ Hipotônico ☐ Outro ☐ Músculo

15 - Avaliação de Sinais e Sintomas:

☒ Normal ☐ Hipotônico ☐ Outro ☐ Músculo





Instituto de Medicina Integral Prof.
Fernando Figueira - IMIP
CNPJ: 10.908.301/0901-29

COMPLEXO HOSPITALAR IMIP

Fundação Professor Martimino Figueiras
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.035.744/0001-93

Evolução Enfermeiro - SAE/ ADULTO

Registro: 3180633

Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA

End: RUA CLUPIRA Nº. 268

Enferm: CIRURGICA I - ENF. J. LG01

Atendimento: 8684477

Data: 12/05/1999

Dil. Nasc: 10/04/1992

Bairro: CRUZ DE REEDUCACAS

Cidade: IGARASSU

CNS:

Leito: 2793

Data: 09 / 11 / 17 Hora:

Esquema Terapêutico:

Exames Realizados:

Informações e Interferências:

Paciente admitido pl realizar cirurgia.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]





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 CUPIRA

Cidade: IGARASSU

Enferm: CIRURGICA I - ENF J L001

Leito: 2793

CNS:

Sexo: ☐ F ☒ M Idade: 25 anos Peso: Ocupação: Fone: 8512 8050
Estado civil: Naturalidade: Residência atual: Religião:
Escolaridade: ☐ analfabeto ☐ fundamental 1 ☐ fundamental 2 ☐ médio ☐ superior ☐ pós-graduação
Origem: ☐ espontânea ☐ outro serviço: Diagnóstico:
Procedimento: RLA - Ex. Clonícula (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:
☐ Exatidão quantidade/dia: ☐ Tabagismo quantidade/dia: ☐ Drogas quais:
Medicações 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:



EXAME FÍSICO GERAL

Estado Geral: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave
Regulação Neurológica: ☒ Consciente ☐ Inconsciente
Estado emocional: ☐ Calmo ☐ Tenso ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Sedado ☐ Comatoso
Outras: ☐ Agitado ☐ Apático ☐ Choroso ☐ Depressivo ☐ Cooperativo

Integridade da pele: (marque na figura): ☒ Sem alteração ☐ Mancha ☐ Bolha ☐ Tumoração
☐ Ardor ☐ Pápula ☐ Entoria ☐ 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: ☐ Limpa ☐ Infectada
Tecido: ☐ Granulação ☐ Necrose Especifique:
☐ Úlcera por pressão Local: Estágio: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
☐ Limpe ☐ Infectada Exsudato: Tipo: Quantidade:
Outras:



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
Médica
CRM/RJ 261.514

Juliana de Albuquerque Magalhães
Enfermeira
CREM 261.514



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	<input checked="" type="checkbox"/>
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	<input checked="" type="checkbox"/>
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. Nivaldo de Jesus
MAGALHAES
CRM/PE 393*

*Enfermeiro
Enf. 227*





Prontuário: 3180633
Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR
Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA
End: RUA CUPIRA 269
SAE: 249136

Dt. Nasc: 10/04/1992
Bairro: CRUZ DE REBOUCAS
Cidade: IGARASSU-PE
CRS: 708008372715327

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. 1.001

Nome: SIDCLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR

Leito: 2793

Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA

CNS:

ASSINATURA:

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"/>		Laudo 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 da 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.			Laudo para solicitação / autorização de mudanças de procedimento e procedimentos especiais
2.			Comunicação de utilização de órteses e próteses
3.			Formulário de registro Brasileiro de prótese de sustentação intraluminal (Slent)
N	V	NSA	UTI OBSTÉTRICA
1.			Admissão na UTI
2.			Evolução 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)

*Serão anexados itens 1 e 2 do kit cirúrgico e procedimentos especiais com seu respectivo laudo de AIH e Sumário



SUS		COMPLEXO HOSPITALAR IMIP		IMIP	
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP		Fundação Professor Martiniano Fernandes		IMIP HOSPITALAR	
CNPJ: 10.988.301/0001-29		CNPJ: 09.039.744/0001-94			
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1- Nome do Estabelecimento Solicitante				2- cnes	
INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP				0000434	
3- Nome do Estabelecimento Executor				4- cnes	
INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP				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: SIDLEY JOAO CAVALCANTI JUNIOR				Dt. Nasc: 10/04/1992	
Mãe: JOELMA NASCIMENTO DA SILVA				Bairro: CRUZ DE REBOUCAS	
End: RUA CUPIRA				Cidade: IGARASSU	
Enferm: CIRURGICA I - ENF. J L001		Leito: 2793		CNS:	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Doença aguda de início abrupto, em 02 dias, manifestando-se com febre alta.					
18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
manuseio de Obstrução Intestinal					
19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Hemograma, RX - fígado, etc. complementares					
20- DIAGNÓSTICO INICIAL		21- CID 10 PRINCIPAL		22- CID 10 SECUNDÁRIO	
Infecção de (Cavidade)		S420.		Y899	
23- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Laparotomia				01310110161001710	
26- CLÍNICA		27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28- DOCUMENTO	
Módulo de Cirurgia		Internação		() CNS (X) CPF	
29- N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		01513131413161314131111			
30- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31- DATA DA SOLICITAÇÃO		32- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
L. B. F. A. S. A. S.		07/12/17		Dr. Juliana Adour Médica	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
36- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		37- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		38- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
39- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		41- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44- COÓRGÃO EMISSOR		45- N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Dr. José Ivan de Oliveira		IMIP		261710285948-1	
46- N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47- DATA DA AUTORIZAÇÃO		48- ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
() CNS (X) CPF		07/12/17		Dr. José Ivan de Oliveira	
Médico Autorizador de Laudos Para emissão de AIH					
CRM 1156 - CPF: 000.231.154-04					



**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

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 CUPIRA

Cidade: IGARASSU

Enferm: CIRURGICA I - ENF. J L001

Leito: 2793

CNS

DATA DE NASCIMENTO

Masculino

Feminino

Cônjuge

Filho

Outro dep

1

3

4

6

8

CPF DO MÉDICO SOLICITANTE

VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

Empregado

Empregador

Autônomo

Desempregado

Aposentado

1

2

2 3

5

7

DIAGNÓSTICO INICIAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐

MUDANÇAS DE PROCEDIMENTO

☐

USO DE PRÓTESE ORTESE

☐

DIÁRIA DE UTI

☐

USO DE FATIRES DE COAGULAÇÃO

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

USO DE OXIGENADORES

☐

VACINA ANTI-RF

☐

NUTRIÇÃO PARENTERAL

☐☐

DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

RESUMO DA INTERNAÇÃO

Exame de laboratório.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

Fratura de clavícula (E).

CÓDIGO

0301060070

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

CÓDIGO

5420/1895

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 CUPIRA

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

[Assinatura]
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 08/11/67
UTILIDADE FEDERAL - DEC. LEI 86236 de 30/07/81
INSCRIÇÃO MUNICIPAL 05.679-1
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 1393
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 Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA INTERNAMENTO

Eu, _____

Responsável por:

Registro: 3180533

Atendimento: 8684477

Dt. Cad: 12/05/1999

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:

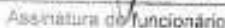
Internado no: INST. MED. INT. PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

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. Conceber 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

Sindeley João C. Junior

Perante meus de acerto de
nato no dia 08/11/17 com quadro
de elonabla ingordo
trecato-se em neapreap
protatper.

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

CD: MANter TIpóIA 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 TIpóIA 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 TIpóIA para fazer movimentos);

Dr. Tiago Nogueira
CRM: 100.000.000

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 - Culposos (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 PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
SIDCLEY JOÃO CAVALCANTI JUNIOR
VEÍCULO: (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: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 81927902157**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 208, 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: **22/4/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

15/03/2018 09:25



Endereço Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 268, RUA CUPIRA - CEP: 56000-999 - 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: **OYM6876** (PERNAMBUCO/IGARASSU) Renavam: **186338522** Chassi: **9C2ND1119ER010579**
 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 5462795, 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.

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

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para 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>

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/qa2lMGnje2XHxXduyWBSI/api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpvzb7afh86xt29__lssXp0dH__Q=
13/06/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HG__jgKtLCLcmjslp99__AE/api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpvzb7afh86xt29__lssXp0dH__Q=
13/06/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Q+WTtREftE2zoMFY0BV/api_key=Vqnt69mayV3WNnWi__wpvzb7afh86xt29__lssXp0dH__Q=

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx> </Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A