

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: *Mauricio José da Silva*, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 9221593-94-00 e portador da cédula de identidade nº 4726030503, residente e domiciliado(a) na bol. Nave 8, 193 B QD 32 LT 31, nº 192, bairro de Ribeira das Calhetas, na Caixa de São Agostinho, PE, cidade de

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630. E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 14 de maio de 2019

Mauricio José da Silva
Outorgante





Termo Social da Energia da Eletrobrás Ceará para Lei 10439, de 25/04/02

Hydro-Electrica da Paraíba S.A. - Hidro-Paráiba S.A. - Hidro-Paráiba S.A.
Centrais Elétricas da Paraíba S.A.
Av. João de Barros, 711 - Bairro Praia de Iracema - CEP 60000-000
CNPJ: 11.423.302/0001-43 | Fone: (84) 300342-00 | www.hidro-pariba.com.br

DADOS DO CLIENTE

ANDREIA CAVALEANTE BEZERRA

ENTREGA DA INSCRIÇÃO DE CONTA

LU NOVA ERA SET - B QD-28 LT-21

CPF: 061.663.431-01 NIS: 23344789319

PONTE DOS CARVALHOS/PONTE DOS CARVALHOS DE SANTO AGOSTINHO PE
54181-065

ENDERECOS:

01 RESIDENCIAL
SANTA CRUZ/OLHO D'ÁGUA
Mossoró

Nº DA RUA/FNAC:

EDIFÍCIO/RESID.

APARTAMENTO/LOJA

DATA DE EMISSÃO

30/08/2018

DESCRIÇÃO

APARTAMENTO

APARTAMENTO

DATA DE EMISSÃO

30/08/2018

DATA DE EMISSÃO

21/09/2018

DATA DE EMISSÃO

22/09/2018

PORTO CONTA-NR:

7023098657

DATA DE VENCIMENTO:

08/2018

DATA DE VENCIMENTO:

30/08/2018

DATA DE VENCIMENTO:

21/09/2018

DATA DE VENCIMENTO:

MES/ANO:

08/2018

MES/ANO:

08/2018

MES/ANO:

08/2018

MES/ANO:

08/2018

MES/ANO:

VALOR DA CONTA:

22,42

VALOR DA CONTA:

SINISTRO 3180500344 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MAURICIO JOSE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO MAURICIO JOSE DA SILVA

CPF/CNPJ: 92264727420

Posição em 01-12-2018 14:00:50

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2018APH001364 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). MAURICIO JOSE DA SILVA, 40 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 4726030 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 922.647.274-20, residente à LOTE NOVA ERA, nº 197 B, QD 38 LOTE 31, PONTE DOS CARVALHOS, CABO DE STO AGOSTINHO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 25/08/2018, por volta das 18:45 hs, no endereço: BR-101, XXX, PONTE DOS CARVALHOS CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) COLISÃO ENTRE VEÍCULOS, envolvendo PRREJUDICADO, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) MAURICIO JOSE DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 922.647.274-20 e Registro Geral nº 4726030, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718089-6 DENILSON. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER, Registrado(a) com o prontuário nº 108468. Ficou aos cuidados do médico MARIA LÚCIA, registro 22431. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.



Posição em 28/09/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001364.

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

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





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041ª CIRCUNSCRIÇÃO -
PONTE DOS CARVALHOS - DP41ªCIRC DIM/10ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0131001314

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia
01/10/2018 às 10:16

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso
(Consumado)** que aconteceu no dia **25/8/2018 às 06:45**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PONTE DOS
CARVALHOS (BAIRRO), 2, BR 101 SUL- EM FRENTE AO
JABAR-PONTE DOS CARVALHOS-CABO-PE.** - Bairro:
**PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO
AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MAURICIO JOSE DA SILVA (VITIMA)**



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**MEIO DE TRANSPORTE: (Usado na geração da ocorrência),
que estava em posse do(a) Sr(a): MAURICIO JOSE DA SILVA**

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



MAURICIO JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Mãe: **SEVERINA DOS RAMOS PEREIRA DA SILVA** Pai: **JOSÉ GOMES DA SILVAC** Data de Nascimento: **24/6/1978** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4726030/SSP/PE (RG), 92264727420 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
 Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ELETRICISTA** Telefones Celulares:
 - **985131098**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 197, QUADRA 38-LOTE 31 NÚMERO 197B-LOTEAMENTO NOVA ERA- PONTE DOS CARVALHOS-CABO-PE. - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO /BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo:

Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
 Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 2, DESCONHECIDO. - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

PROTÓCOLO
 COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 23 OUT 2018

COLISÃO ENTRE VEÍCULOS (MEIO DE TRANSPORTE) de propriedade do(a) Sr(a): **MAURICIO JOSE DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MAURICIO JOSE DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**
 Descrição: **HONDA/CG 150 TITAN EX, PLACA PG6750, COR PRETA, ANO 2013/2014.**

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMOU QUE PILOTAVA SUA MOTO NA BR 101-SUL, EM PONTE DOS CARVALHOS; QUE DE REPENTE UM VEÍCULO COLIDIU EM SUA MOTO DE PLACA PGM-6750 DE COR PRETA. SEGUNDO A VÍTIMA, APÓS O CHOQUE ELE FOI CAIR EM BAIXO DE UMA CARRETA QUE ESTAVA PARADA. O ACUSADO NÃO PRETOU SOCORRO E EVADIU-SE DO LOCAL. A VÍTIMA INFOMOU AINDA QUE TANTO O VEÍCULO QUANTO O ACUDADO ERAM DESCONHECIDOS. QUE AO CAIR SOFREU TRAUMA, QUEBRANDO O BRAÇO. CONFORME CERTIDÃO DO BOMBEIRO, NÚMERO 2018APH00164. DIV. OP. QUE O SOCORREU PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA. FATO OCORRIDO NO DIA

01/05/2018 11:11



**25/08/2018, NESTE MUNICIPIO. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS
CABIVEIS.**

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

Mauricio José da Silva

**MAURICIO JOSE DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **KASSIANE SANTANA SANTOS** - Matrícula:
3854027



01/10/2018 10:11



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 29/05/2019 22:03:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052922030883500000045234158>
Número do documento: 19052922030883500000045234158

Num. 45931172 - Pág. 8

FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 453302

Data e Hora do Atendimento: 26/08/2018 20:16

Usuário do Atendimento: AMANDAMMS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MAURICIO JOSE DA SILVA

Prontuário: 108468

Nome da Mãe: SEVERINA DOS RAMOS PEREIRA DA SILVA Nome do Pai:

Data do Nascimento: 24/08/1979

Idade: 40 anos Sexo: FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF: 92264727420

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: TRAVESSA SAO JOAO

PONTE DOS CARVALHOS

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

CEP: 54580970

Fone: 931830000

Origem: BOMBEIRO

DADOS DO ATENDIMENTO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Leito: LEITO 19

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

TERMO DE RESPONSABILIDADE
Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 26/08/2018

Assinatura e R.G. do Responsável:

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Melhorado

Diagnóstico:

Fratura de rádio distal E

Procedimento:

Placa, parafusos e fixa

a em: 08/08/18

Hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:



Hospital Dom Helder
Aluizio Barbosa
Braga
SAHE

Dom Helder
Solange Lira
SAHE
31/08/2018

31/08/2018





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA

Atendimento: 453290
Data e Hora: 26/08/2018 20:05

Senha da Classificação:

0032

Paciente: 108468 MAURICIO JOSE DA SILVA
 Data do Nascimento: 24/06/1978 Idade: 40 anos Convenio: 2 Sexo: FEMININO
 Nome da Mãe: SEVERINA DOS RAMOS PEREIRA DA SIL Nome do Pai: SUS/SIA AMB/URG
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINE CRM: 14418
 Endereço: TRAVESSA SAO JOAO Bairro: PONTE DOS CARVALHOS
 Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: JACIANEBO
 RG (Identidade): Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): 92264727420 Fone: 931830000
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

*26/08/2018
Mauricio Jose da Silva
Mauricio Jose da Silva*

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente de moto, no momento referiu dor lombar braço (L1). Nego perda de consciência, vômitos, dor cervical, torácica ou abdominal

Exame Físico

*Cor: consciente, hidratado, corado eupneico ECG = 15
 Aev: RHR 87 BPF 375 FC = 88
 Ar: MV+ AMT S/pt*

Abd: flácido, inddor, pele rastável

Órgão Diagnóstico

Palpitação

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA

23/08/2018

Conduta Terapêutica

*② Sol Rx torax APP/PROT/ODONTOBROCO (L1) AP e perfil
 ② Oral Traumeo AGENCIA RECIFE*

Prescrição Médica

*1) Dipirona 2g + AD ev agora ATENDIDO 20/08/2018
 2) SRL 500ml ev agora 20/08/2018*

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
NOME DO PACIENTE:

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 26/08/2018 19:51

Nome Paciente:	MAURICIO JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	24/06/1978
Sexo:	Masculino
Idade:	40
Senha:	0032
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 26/08/2018 19:58 - 26/08/2018 20:01

ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGÊNCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO. VITIMA DE COLISÃO MOTO/ CARRO. CONSCIENTE, ORIENTADO E REFERE DOR NO BRAÇO ESQUERDO. NEGA HAS, DM E ALERGIA.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade: CIRURGIA GERAL



Acolhido(a) por: ANGELICA CAVALCANTI CARVALHO DA SILVA - COREN: 11190 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/08/2018 20:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 29/05/2019 22:03:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052922030883500000045234158>

Número do documento: 19052922030883500000045234158

Num. 45931172 - Pág. 11



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: mauricio José da Silva Registro: 108469

Clinica: _____ Enfermaria: Bloco Leito: _____

Data/Hora	29/08/18
<p># Serviço Social #</p> <p>Realizado contato com a esposa do paciente para comunicar alta hospitalar prestada as orientações call-zeis.</p>	
<p>HDR - Hospital Dona Helena Câmara Assistente Social: Cláudia Nascimento Assistente Social: Ana Paula Data: 29/08/2018</p> <p>ADM - Administrador: Lívia Enfermeiro: JANE Faturamento: JANE</p>	
<p>COMPREV COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 23 OUT 2010 PROTÓCOLO AGÊNCIA RECIFE</p>	





52 L-07

HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data...: 28/08/2018
Hora...: 11:00

Risco de Cirurgia : 37633
Paciente : 108468
Convênio Atend.: 1
Leito : 645
Dt. Início : 28/08/2018 10:00 Dt. Fim : 28/08/2018 10:41

Pré-Operatório :
Pós-Operatório :

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0004 SALA 04
MAURICIO JOSE DA SILVA
SUS - INTERNACAO
BL-1 A
Atendimento : 453302
Carteira :
Idade : 40 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408020520 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXACAO DOS OSSOS DO CARPO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIA 14508 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
ESTESISTA 18197 ANA LUCIA LUCENA DE ANDRADE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

ESCRITÓRIO CIRÚRGICA:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA SOB ANESTESIA TIPO BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL.
ESVAZIAMENTO DO MEMBRO E GARROTEAMENTO MSE

ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

REALIZADO MANOBRAS PARA REDUÇÃO CRUENTA FRATURA-LUXACAO DE RÁDIO DISTAL ESQ

FIXAÇÃO DE PLACA EM "T" 3.5MM + ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PARAFUSOS CORTICAIS E 01 FIO K 2.0,

RETADO DEIXAR A PLACA BANDEIRADA PARA MELHORAR A REDUÇÃO DO FRAGMENTO DISTAL

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF A 0.9% + FECHAMENTO POR PLANOS

RETRÍDA DE GARROTE + COMPRESSÃO + HEMOSTASIA

UTURA

URATIVO

TALA LUVA ESQUERDA

FRATURA DE PESSIMO PROGNOSTICO, LESÃO ARTICULAR COM CHANCE DE PERDAS DE ARCO DE MOVIMENTO

Dados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ
CRM : 14508



HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 29/05/2019 22:03:08

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052922030883500000045234158>

Número do documento: 19052922030883500000045234158

Num. 45931172 - Pág. 13

ACIENTE:	PLAURÍCIO JÚCILA SIFRA	DATA:	28/08/18
IRURGIA:	DR. EDUARDO GOMES	RG:	105968
NESTESISTA:	DR. ANDRÉ LAKKIS	AUXILIAR:	DR. FRANCISCA LIMA
IRURGIA:	TTC Fratura da Radíola	ANESTESIA:	GAZES + RAQUÍDOS
STRUMENTADOR:	MARLIA GOMES	COORDENAÇÃO DO BLOCO:	PLAURA
IRCULANTE:	Rosa	COREN:	
ENFERMEIRA:	Danielle	HORÁRIO INICIAL:	9:20
		HORÁRIO FINAL:	10:40

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
IRDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 23	RAQUI 27

ATADURAS

REPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM

ESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	

CANULAS

TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRACHEOST 9,0			

GATETER

NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBCLAVIA 16
EPIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18

JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	

LIMPADORES

CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400

CURATIVOS

ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX

EQUIPOS

BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/BORO MACRO

EXTENSORES

20CM	40CM	60CM	120CM

LAMINAS

BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	

LUVAS

LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5

SERINGAS

1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	

INTAL CIRUR	BS. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/VIDEO

ET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXAO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS

ETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAM

CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA

SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DATA:	28/08/18
RG:	105968
AUXILIAR:	DR. FRANCISCA LIMA
ANESTESIA:	GAZES + RAQUÍDOS
COORDENAÇÃO DO BLOCO:	PLAURA
HORÁRIO INICIAL:	9:20
HORÁRIO FINAL:	10:40

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCAO 1,2	SUCCAO 4,8	SUCCAO 6,4

BLAKER 16FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 38

BONDES

ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRACAO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0

ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0

ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20

FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20

NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4

URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20

FIOS CIRÚRGICOS

ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDÍACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0

CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0

NYLON 10-0	PÓLESTER 2	PÓLESTER 2-0	PÓLESTER 3-0
PÓLESTER 4-0	PÓLESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2

PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0

VICRYL 4-0	CERA FIOSSO	MARCAPASSO	VALVERIT
SEDA 2-0	SEGA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0

SURGICEL BX75	ADQ 1	ADQ 2	ADQ 3

23 OUT 2018

COD. 38407

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: Mauricio Júnior da Silva Data: 28/08/18 Hora: 8:30 Registro: 108468
Convívio: 503 Leito: _____ Pac: _____ Altura: _____

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dra. Daniela Gómez Anestesista: Dra. Ana Lúcia
Auxiliar: Dr. Francisco 2º Auxiliar: Dra. Fernanda Instrumentador: Marcia

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: ITP - Enucleação do Nodulo Orbital Início: 9:20 Término: 10:40
Anestesia: Propofol + Sidoaceta Início: 8:40 Término: _____

4 - PRE-OPERATORIO:

Estado Geral:	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grav
Nível de Consciência:	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sono
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Taisquacelomizado
Tricôlomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	

Chegou no CC em uso de:

5 - TRANS-OPERATORIO:

Posição: Frontal	<input type="checkbox"/>	Lateral	<input type="checkbox"/>	Dorsal (ar)	<input type="checkbox"/>	Ventral	<input type="checkbox"/>	Ginecológica	<input type="checkbox"/>
Banco de Sangue	<input type="checkbox"/>			Laboratório	<input type="checkbox"/>	Radiologia	<input type="checkbox"/>	Pega Cirúrgica: Sim	<input type="checkbox"/>

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso	<input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco	<input checked="" type="checkbox"/>	PMI	<input checked="" type="checkbox"/>	Bomba CEC		Aspirador	<input type="checkbox"/>
Colchão Tármico	<input type="checkbox"/>	Batatr Ultrassônico	<input type="checkbox"/>	Artroscópio	<input type="checkbox"/>	Microscópio		Capsômetro	<input type="checkbox"/>
Blatrul Elétrico	<input type="checkbox"/>	Local de Picada							
Cerro de Anestesia	<input checked="" type="checkbox"/>	Diprotivir	<input type="checkbox"/>	Intensificador					
Ap. Vídeo	<input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/>						
Quetamina	<input checked="" type="checkbox"/>	Inicio		Termino					
Protóxido	<input type="checkbox"/>	Inicio		Termino					
Gás Gástrico	<input type="checkbox"/>	Inicio		Termino					
Outros:									

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Gámete Orotraqueal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		Punção Venosa:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Banda Venosa de Drenos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		Banda Gástrica:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
Drenagem (Tipo e Local):	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não				
Curativo (Tipo e Local):	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<u>FQ</u>			

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Medicamentos torcidos CIRURGIA: _____

em anexo no protocolo
do paciente

6 - OBSERVAÇÕES:

operado das 08:15 até as 10:45

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente:	<input checked="" type="checkbox"/> Acordado	<input type="checkbox"/> Narcole	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Taisquacelomizado	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> Agf	<input type="checkbox"/> Residência
Encaminhado para:	<input checked="" type="checkbox"/> SRAA	<input type="checkbox"/> S. Intensiva	<input type="checkbox"/> LICOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data:	<u>28/08/18</u>	Hora:	<u>11:00</u>	Enfermeiro:	<u>Daniela</u>	Circulante:	<u>Ron</u>
-------	-----------------	-------	--------------	-------------	----------------	-------------	------------

CÓD. 38607



 HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA		SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA BLOCO CIRÚRGICO - SRPA		 GESTÃO IMIP HOSPITALAR	
Nome: <i>Manuela Souza</i>		Registro: <i>108468</i>		Leito:	
Procedimento cirúrgico: <i>TG levig. Frot. do pulmão</i>		Data: <i>28/08/18</i>		Hora:	
DIAGNÓSTICO 1. Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> 2. Ventilação prejudicada <input type="checkbox"/> 3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado 4. Dor <input checked="" type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa 5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severo 7. Imobilidade no leito prejudicada <input type="checkbox"/>		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de <u> / </u> h <input checked="" type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: <input type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>14 / 14</u> h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de <u> / </u> h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>12</u> h <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <u> / </u> min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: 		HORÁRIOS	



CÓD. 38608





ALTERAÇÃO DE CADASTRO

Prontuário: 108486
Paciente: MAURICIO JOSE DA SILVA
Sexo: MASCULINO

Cadastro aberto com dado incorreto: Sexo: FEMININO
pelo usuário: JACIANE BIONES DE OLIVEIRA em 26/08/2018.

Justificativa:

Tendo em vista a solicitação de correção feita pelo paciente apresentando documento de identidade nº 4726030 SSP PE foi procedida a referida alteração.

Cabo 12/09/2018

Rivania Brito
Coordenadora do Same / Faturamento



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE

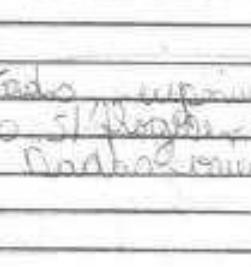
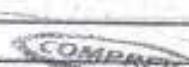




EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Mauricio José de Souza Registro: 103418

Clinica: TBC Enfermaria: 57 Leito:

Data/Hora	Observações
29/10/18 18:58	#Entapedado # TL com bom aspecto manto com gume alta da excreção. 
29.10.18	DT FCB (macroura) mítodo empurrar e soltar exclusivo. Duração + foto. Fo 51cm. Peso 1,5kg. A Maior medida 50cm. S/ queijo. Dorbão comum de 51cm 
	 <div style="text-align: right;">  COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 23 OUT 2018 PROTÓCOLO AGENCIA RECIFE </div>



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Floriano José da Silva Registro: 10136 Nº Atendimento: 45136
Idade: 60 Sexo: M Estado Civil: casado Cor: branca Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: Intervale Enfermaria: Leito: Ocupação:

Queixa Principal e Duração

Pior em Calor

História da Doença Atual:

1 mês Perdendo urina 6 ganhos
caixa 6 vezes dia 1 hora

Interrogatório Sintomatológico:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
23 OUT 2019
PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE





Assinado eletronicamente por: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS - 29/05/2019 22:03:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052922030883500000045234158>
Número do documento: 19052922030883500000045234158

Num. 45931172 - Pág. 22