

JR



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ediane Pereira dos Santos, Brasileira,
solteira, D.O.L., RG 7026643 SDS/PE, CPF
056.372.964-30, residente e domiciliada na
LO Real Vitória 71, Real Vitória, Vitória de
Santo Antão - PE, CEP 55600-000

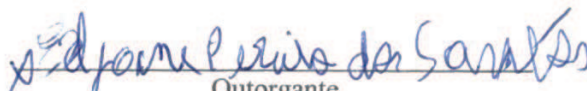
OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula “ad judícia”, 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 NCPC15, 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.

Olinda, ____ de ____ de 2019.


Outorgante



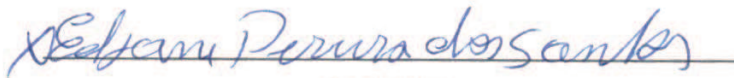
TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, **EDJANE PEREIRA DOS SANTOS**, brasileira, solteira, do lar, inscrito no RG .de nº.7.026.643, expedido por SDS/PE, CPF de nº. 056.372.964-30, residente e domiciliado no LO Real Vitória, nº 71, Real Vitória, Vitória de Santo Antão/PE, CEP 55.600-000. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE, _____.



Assinatura

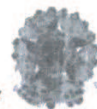






Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
056.372.964-30

Nome
EDJANE PEREIRA DOS SANTOS

Nascimento
24/08/1984



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50050-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93		Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02 COMERCIAL 116 PRONTIDÃO 116 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE EDJANE PEREIRA DOS SANTOS CPF: 056.372.964-30 NIS: 21244358985		DATA DE VENCIMENTO 22/03/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 95,92		DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 15/03/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 15/03/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 054244339		CONTA CONTRATO 007000163508 Nº DO CLIENTE 2019049088 Nº DA INSTALAÇÃO 0004040472	
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA LO REAL VITÓRIA 71 REAL VITÓRIA/VITÓRIA DE SANTO ANTAO 55600-000 VITÓRIA DE SANTO ANTAO PE		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico					
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpa.com.br		RESERVADO AO FISCO 6662.0285.B1D6.DAC6.6CBD.ACBB.D6C2.0993					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL										
DESCRIÇÃO			QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.				
Consumo Ativo até 30 kWh			30,00	0,25436228	7,63	Vencido	Dr Reav	Valor		
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh			70,00	0,43604063	30,52	20/02/19	15/03/19	96,16		
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh			56,00	0,65407444	36,62	Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 89 REN 414/Aneel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito BPC e SERASA.				
Contrib. Ilum. Pública Municipal					16,51	Tarifas Aplicadas				
ICMS Subvenção-CDE-NF 942902769-17/12/18					0,89	HISTÓRICO DO CONSUMO				
ICMS Subvenção-CDE-NF 046590310-15/01/19					0,70	kWh				
ICMS Subvenção Baixa Renda					1,07	Consumo Ativo até 30 kWh	8,17628850	MAR 19		156
Multa por atraso-NF 046590310 - 15/01/19					1,64	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,30222690	FEV 19		157
Juros por atraso-NF 046590310 - 15/01/19					0,54	Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,45333900	JAN 19		173
TOTAL DA FATURA					95,92	DEZ 18				
						NOV 18				
						OUT 18				
						SET 18				
						AGO 18				
						JUL 18				
						JUN 18				
						MAJ 18				
						ABR 18				
						MAR 18				
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS						COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
ICMS			PIS			COFINS			R\$ %	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Gerção de Energia	24,02 32,13
74,77	25,00	18,69	74,77	1,01	0,75	74,77	4,68	3,49	Transmissão	3,56 4,76
									Distribuição (Celpo)	16,62 22,23
									Encargos Setoriais	2,41 3,22
									Tributos	22,93 30,67
									Perdas de Energia	5,23 6,89
									TOTAL	74,77 100

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003105157861	CAT	13/02/2019	3.402,00	15/03/2019	3.558,00	30	1,00000	0,00	156,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/04/2019									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jan/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	VITORIA DE SANTO	0,00	6,15	12,30	24,60
FIC-No.de vazas sem Energia	ANTAO II	0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	3,63	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico		Limite DICRI: 12,22			
EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 26,48					
Toda Consumidor pode solicitar a apuração das indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI				
CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007000163508	03/2019	95,92	22/03/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838700000001 959200110079 000163508100 137476837834				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
				



Nome: EDJANE PEREIRA DOS SANTOS **Nº registro:** 548146
Dt. Nasc.: 24/08/84 - 34 ano (s) **Sexo:** Feminino
Mãe: MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS **Fone:** 81 86875355
Endereço: RUA DO KAIROS, nº 71, LOT REAL, VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 25/08/2018 - 17:28 **Nº pág.:** 1/1
Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:
- Diabetes

ALERGIA: BUSCOPAN

QUEIXA PRINCIPAL:

PCT RELATA DOR + EDEMA + LESÃO EM PÉ D, APÓS QUEDA DE MOTO
SINAIS DE NECROSE

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 287 mg/dL
Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

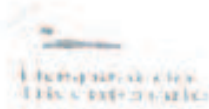
Observação:

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE
Encaminhado para: CONSULTÓRIO - TRAUMATOLOGIA
Especialidade: TRAUMATOLOGIA

COREN: 399154
Dr. LETÍCIA VILELA DOS SANTOS LINS

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Nome: EDJANE PEREIRA DOS SANTOS

Nº registro: 548146

Dt. Nasc.: 24/08/84 - 34 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS

Fone: 81 86875355

Endereço: RUA DO KAIROS, nº 71, LOT REAL. VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 25/08/2018 - 17:33

Nº pag.: 1/1

Setor: Leito:

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

- Diabetes

ALERGIA: BUSCOPAN

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PCT RELATA DOR + EDEMA + LESÃO EM PÉ D, APÓS QUEDA DE MOTO
SINAIS DE NECROSE

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 287 mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

CRM: 3506

Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO

Av. Henrique de Holanda nº67, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Nome: EDJANE PEREIRA DOS SANTOS

Nº registro: 548146

Dt. Nasc.: 24/08/84 - 34 ano (s)

Sexo: Feminino

Mãe: MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS

Fone: 81 86875355

Endereço: RUA DO KAIROS, nº 71, LOT REAL VITORIA DE SANTO ANTAO - PE

Data/hora: 25/08/2018 - 18:10

Nº pág.: 1/1

Setor: Leito:

CONSULTA MÉDICA

ANAMNESE:

- Diabetes

ALERGIA: BUSCOPAN

QUEIXA PRINCIPAL:

{ - }

PCT RELATA DOR + EDEMA + LESÃO EM PÉ D, APÓS QUEDA DE MOTO
SINAIS DE NECROSE

QUEIXA RELATADA AO MÉDICO :

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM PÉ DIREITO, APRESENTANDO HIPÉRGLICEMIA. JÁ VALIADA E
LIBERADA PELO TRAUMATOLOGISTA

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 100 mmHg Temp: °C HGT: 287 mg/dL

Peso: Kg Altura: m SP O₂: %

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

RESULTADOS DE EXAMES:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE:

CRM: 25321

Dr.ª BENEDITA DEBORA DE AGUIAR SANTOS

Av. Henrique de Holanda nº87, Matriz CEP: 55602-000 - Vitória de Santo Antão/PE
Contato: (81) 3526-8833





Nome: **EDJANE PEREIRA DOS SANTOS**

Dt. Nasc.: 24/08/84 - 34 ano (s)

Mãe: MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS

Endereço: RUA DO CAIS, nº 71, LOT REAL VITORIA DE SANTO ANTONIO

Data/hora: 25/08/2018 - 17:28

Setor: Leito:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ANAMNESE:

- Diabetes

ALERGIA: BUSCOPAN

QUEIXA PRINCIPAL:

PCT RELATA DOR + EDEMA + LESÃO EM PÉ D, APOS QUEDA DE 10m.
SINAIS DE NECROSE

EXAME FÍSICO:

Pa: 120 X 100 mmHg

Temp: 36°C

Hg: 28% Hq/dl

Peso: Kg

Altura: m

SpO2: 96%

Observação:

Classificação de Risco:

Encaminhado para:

Especialidade:

NÃO URGENTE - VERDE

CONSULTA - TRAUMATOLOGIA

TRAUMATOLOGIA

Leupress + Ant Tumor + Soro frígido 100 ml + Glicose

o/ausa de ferimento + VDT - gase

no soro

para chupar

COREN: 349154

Dr. LÉILYIA VILELA DOS SANTOS

Av. Henrique de Holanda 9987, Matriz. CEP: 55.001-000

Contato: 81) 3525.8023

Edson Brígida da Silva Filho
Clínica Traumatológica
CEM-3505

Edson Brígida da Silva Filho
Clínica Traumatológica
CEM-3505





Nome: EDJANE PEREIRA DOS SANTOS Nº registro: 548146
Dt. Nasc.: 24/08/84 - 34 ano (s) Sexo:
Feminino
Mãe: MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS Fone:
(81) 868-7535
Endereço: RUA DO KAIROS, nº 71, LOT REAL,
VITORIA DE SANTO ANTAO - PE
Data/hora: 25/08/2018 - 18:10

0301060061 - CONSULTA PARA O CLINICO MEDICO

Dr. EDSON BRIGIDO DA SILVA FILHO
CRM: 3506

Edson Brigido da Silva Filho
CRM: 3506
Especialista em Ortopedia

??

AV. Henrique de Holanda, nº 87, Matriz CEP: 55660-099- Vitória de Santo
Antão/PE
Contato: (81) 3526-8820



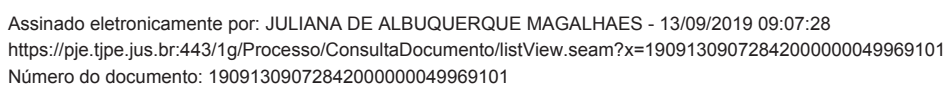
Feb 19. 20

6 Feb 19:25

29
Hoschek
W. H. G.
W. H. G.
W. H. G.

Agave HGT axis


 O. J. Benedita & Cia. Ltda.
 Rua...
 CRM-PE 25321





Nome: EDJANE PEREIRA DOS SANTOS
Reg.: 548146
Data: 25/08/2018 - 20:29

Hosp. de Transfusão de Sangue
Márcia Joana Gomes
Téc. Enfermagem
COREN 007614

29/8/18

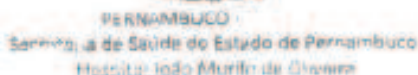
8 20:32
PENICILINA BENZATINA 1.200.000UI/PO LIOF.
ic: 1 Frasco(s), Intramuscular, Fazer agora.

ETOPROFENO EV 100MG PO
ic: 1 ampola(s), Endovenosa, Fazer agora.

NGER COM LACTATO FR 500ML
ic: 1 Frasco(s), Endovenosa, Fazer agora.

HOT: (194)
(20:45)

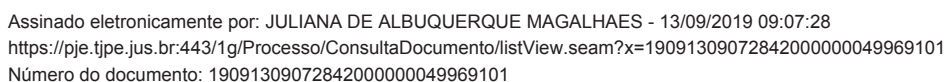




Hospital des
Tringemans

132

25 de 08 de 2010



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - NÍVEL MÉDIO- CLÍNICA MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Edjone Teixeira dos Santos REG. 548546 ADM. 04 ENF. 04 LEITO: 04
Sexo: ☒ F ☐ M Idade: Peso: Altura:

ESTADO GERAL/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ASPECTO EMOCIONAL

Estado geral: ☐ Grave ☒ Regular ☐ Comprometido ☒ Consciente ☐ Inconsciente
Neurológico: ☐ Alerta ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Não verbaliza ☐ Torporoso ☐ Sonolento
☐ Agitado ☐ Hipotativo ☐ Não reativo
Emocional: ☒ Calma ☐ Tenso ☐ Agitado ☐ Apático ☐ Eufórico ☐ Choro:

PELE E MUCOSAS

Pele: ☐ Normocorada ☒ Hipocorada ☐ Cianótico ☐ Ictérico. Observação:
☐ Hidratada ☐ Úmida ☐ Prurido ☐ Ressecada ☐ Equimose
Mucosas: ☐ Íntegra ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hidratada ☐ Desidratada

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico FR:
Cateteres/drenos: ☐ Não ☐ Sim- Local: Data da Implantação: / /
☐ O₂ Suplementar ☐ Máscara de Venturi a %
Tosse: ☒ Não ☐ Sim ☐ Seca ☐ Produtiva- Aspecto de secreção:
Outras Alterações:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☒ Ritmo Cardíaco Regular ☐ Ritmo Cardíaco Irregular ☐ Bradicardia- Bpm ☐ Taquicardia-
☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA 130x80 mmHg
Outras alterações: 36,7°C

SISTEMA DIGESTIVO/ ABDOME

Dieta: ☐ Via oral Aceitação: ☐ Boa ☒ Regular ☐ Ruim
☐ SNG- ☐ Aberta ☐ Fechado
☐ SNE- ☐ Aberta ☐ Fechado
☐ Plano ☐ Globoso ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Indolor ☐ Doloroso ☐ Ascítico
☐ Gravidico Outros:
Cateteres/drenos: ☐ Não ☐ Sim- Local: Data de Implantação: / /
Outras Alterações:



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Edjane B. dos Santos 04/04 27/08/10
 Sexo: ☒ F ☐ M Idade: _____ REG: _____ ADM: _____ ENF: _____ LEITO: _____
 Profissão: _____ Grau de Escolaridade: _____ Estado Civil: _____ Filhos: _____

ESTADO GERAL/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ ASPECTO EMOCIONAL

Estado geral: ☐ Grave ☐ Regular ☒ Comprometido ☐ Consciente ☐ Inconsciente
 Neurologia: ☐ Alerta ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Não verbaliza ☐ Forporoso ☐ Sonolento
☐ Agitado ☐ Hipotivo ☐ Não reativo

Escala de Coma de Glasgow: _____

Emocional: ☐ Calma ☐ Irritável ☒ Depressão ☒ Ansiedade ☒ Outros alterações: _____

CABEÇA E PESCOÇO

Alcance: ☐ Não ☐ Sim
 Visão Visual: ☐ Normal ☐ Alterada-Especificar: _____ ☐ Uso de lentes/oculares ☐ Secreção Ocular:
☐ Sem alteração ☐ Alterada-Especificar: _____
☐ Sem alteração ☐ Alterada-Especificar: _____
 Processos: ☐ Não ☐ Sim-Especificar: ☐ Ocular ☐ Dentária ☐ Auditiva
 Audição: ☐ Normal ☐ Alterada-Especificar: _____
 Outras alterações: _____

MOTRICIDADE

☒ Força normal ☐ Paralisia ☐ Plegia ☐ Parestesia ☐ Descerebração ☐ Decorticação

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico IR: _____
 Intubação: _____ Data da Implantação: _____

Arteriais drenos: ☐ Não ☐ Sim-Local: _____ Data da Implantação: _____

Alumínio Vesicular: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído-Local: _____

S.A.: ☐ Roncos ☐ Estertores ☐ Sibilos-Local: _____

Tosse: ☒ Não ☐ Sim ☐ Seca ☐ Produtiva-Aspecto de secreção: _____

Outras Alterações: _____ Oxigenioterapia- Qual tipo? _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Ritmo Cardíaco: Regular ☐ Ritmo Cardíaco Irregular ☒ Bradicardia- Bpm ☐ Taquicardia- Bpm
☐ Normotensão ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão PA: _____ mmHg

Transfusão Sanguínea: Grupo: _____ Fator RH: _____ Hora: _____ Origem: ☐ Hemope ☐ Outro: _____

Concentrado de hemácias: ☐ Plasma ☐ Plaquetas Quantidade utilizada: _____

Outras Alterações: _____

SISTEMA DIGESTIVO/ ABDOME

SNG: ☐ Aberta ☐ Fechada Observações: _____
 SNT: ☐ Aberta ☐ Fechada Observações: _____
 Pleno: ☒ Glabro ☐ Escavado ☒ Flácido ☐ Tenso ☒ Indolente ☐ Doloroso ☐ Ascítico

Atividade: Outros: _____

RHA: ☐ Absente ☐ Presente

Arteriais drenos: ☐ Não ☐ Sim-Local: _____

Outras Alterações: _____

Data de Implantação: _____



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - NÍVEL MÉDIO- CLÍNICA MÉDICA 4-4

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Ediane Pereira dos Santos 31/08/48
Sexo: ☒ F ☐ M Idade: 48 Peso: 55 Altura: 1.55
REG.: 1000 ADM.: 1000 ENF.: 1000 LEITO: 1000

ESTADO GERAL/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ASPECTO EMOCIONAL

Estado geral: ☐ Grave ☐ Regular ☒ Comprometido ☒ Consciente ☐ Inconsciente
Neurológico: ☐ Alerta ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Não verbaliza ☐ Torporoso ☐ Sonolento
Emocional: ☒ Calma ☐ Tenso ☐ Agitado ☐ Apático ☐ Eufórico ☐ Choro:

PELE E MUCOSAS

Pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianótico ☐ Ictérico. Observação:
☐ Hidratada ☐ Úmida ☐ Prurido ☐ Ressecada ☐ Equimose
Mucosas: ☐ Íntegra ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hidratada ☐ Desidratada

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico FR:
Cateteres/drenos: ☐ Não ☐ Sim- Local: Data da Implantação:
☐ O₂ Suplementar ☐ Máscara de Venturi a %
Tosse: ☒ Não ☐ Sim ☐ Seca ☐ Produtiva- Aspecto de secreção:
Outras Alterações:

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Ritmo Cardíaco Regular ☐ Ritmo Cardíaco Irregular ☐ Bradicardia- Bpm ☐ Taquicardia- Bpm
☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: 100/80 mmHg T- 36.6 °C
Outras alterações:

SISTEMA DIGESTIVO/ ABDOME

Dietas: ☐ Via oral Aceitação: ☐ Boa ☒ Regular ☐ Ruim
☐ SNG- ☐ Aberta ☐ Fechado
☐ SNE- ☐ Aberta ☐ Fechado
☐ Plano ☒ Globoso ☐ Escavado ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Indolor ☐ Doloroso ☐ Ascítico
Gravídico Outros:
Cateteres/drenos: ☐ Não ☐ Sim- Local: Data de Implantação:
Outras Alterações:



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Edgar T. do Santo REG. ADM. FNE 04 LEITO 04
 Sexo: ☒ F ☐ M Idade: 34 Peso: _____ Altura: _____ Estado Civil: _____ Filhos: _____
 Profissão: _____ Grau de Escolaridade: _____

ESTADO GERAL/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ ASPECTO EMOCIONAL

Estado geral: ☐ Grave ☒ Regular ☐ Comprometido ☒ Consciente ☐ Inconsciente
 Sintomático: ☐ Alerta ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Não verbaliza ☐ Torporoso ☐ Sonolento
☐ Agitado ☐ Hipotivo ☐ Não reativo
 Escala de Coma de Glasgow: ☐ Não se aplica Outras alterações: _____
 Emocional: ☐ Calma ☐ Tenso ☐ Agitado ☐ Apático ☐ Eufórico ☐ Choro: _____

CABEÇA E PESCOÇO

Inspeção: ☐ Não ☐ Sim
 Visão Visual: ☐ Normal ☐ Alterada-Especificar: _____ ☐ Uso de lentes oculares ☐ Secreção Ocular
 Olfato: ☐ Sem alteração ☐ Alterado-Especificar: _____
 Tato: ☐ Sem alteração ☐ Alterado-Especificar: _____
 Palpação: ☐ Não ☒ Sim-Especificar: ☐ Ocular ☐ Dentária ☐ Auditiva
 Audição: ☐ Normal ☐ Alterada-Especificar: _____
 Outras alterações: _____

MOTRICIDADE

☒ Força normal ☐ Paralisia ☐ Plegia ☐ Parestesia ☐ Descerebração ☐ Decorticação

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Taptico ☐ Dispneia ☐ Bradipneia ☐ Taquipneia FR: _____
 Traqueostomia: Data da Implantação: _____
 Cateteres drenos: ☐ Não ☐ Sim-Local: _____ Data da Implantação: _____
 Murmúrio Vesicular: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído-Local: _____
 Sibilos: ☐ Roncos ☐ Estertores ☐ Sibilos-Local: _____
 Tosse: ☒ Não ☐ Sim ☐ Seca ☐ Produtiva-Aspecto de secreção: _____
 Outras Alterações: _____ Oxigenioterapia- Qual tipo? _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☒ Ritmo Cardíaco Regular ☐ Ritmo Cardíaco Irregular ☐ Bradicardia- Bpm ☐ Taquicardia- Bpm
 Hipotensão ☐ Hipotensão ☐ Hipertensão PA: 120 mmHg = 36,8°C
 Perda Sanguínea: Grupo: _____ Fator RH: _____ Hora: 80 Origem: ☐ Hemopte ☐ Outro: _____
☐ Concentrado de hemácias ☐ Plasma ☐ Plaquetas Quantidade utilizada: _____
 Outras Alterações: _____

SISTEMA DIGESTIVO/ ABDOME

SNG: ☐ Aberta ☐ Fechado Observações: _____
 SNI: ☐ Aberta ☐ Fechado Observações: _____
 Placenta: ☐ Glóbulo ☐ Escarado ☒ Flácido ☐ Tenso ☐ Indolor ☐ Doloroso ☐ Aseptico
 Gravídico: Outros: _____
 RHA: ☐ Ausente ☒ Presente
 Cateteres drenos: ☐ Não ☐ Sim-Local: _____ Data da Implantação: _____
 Outras Alterações: _____



Unidade Saúde:

Nome do Paciente:

Registro Nº:

Início:

Leito Nº:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
02-07-14		Exame físico normal sem sinais de infecção sem sinais de desidratação sem sinais de insuficiência renal sem sinais de insuficiência cardíaca sem sinais de insuficiência hepática sem sinais de insuficiência pulmonar sem sinais de insuficiência endócrina sem sinais de insuficiência neurológica sem sinais de insuficiência hematológica sem sinais de insuficiência imunológica sem sinais de insuficiência nutricional sem sinais de insuficiência psicológica sem sinais de insuficiência social sem sinais de insuficiência ambiental sem sinais de insuficiência cultural sem sinais de insuficiência espiritual sem sinais de insuficiência existencial sem sinais de insuficiência filosófica sem sinais de insuficiência científica sem sinais de insuficiência tecnológica sem sinais de insuficiência econômica sem sinais de insuficiência política sem sinais de insuficiência jurídica sem sinais de insuficiência ética sem sinais de insuficiência moral sem sinais de insuficiência religiosa sem sinais de insuficiência artística sem sinais de insuficiência científica sem sinais de insuficiência tecnológica sem sinais de insuficiência econômica sem sinais de insuficiência política sem sinais de insuficiência jurídica sem sinais de insuficiência ética sem sinais de insuficiência moral sem sinais de insuficiência religiosa sem sinais de insuficiência artística
03-07-14	14h	Exame físico normal sem sinais de infecção sem sinais de desidratação sem sinais de insuficiência renal sem sinais de insuficiência cardíaca sem sinais de insuficiência hepática sem sinais de insuficiência pulmonar sem sinais de insuficiência endócrina sem sinais de insuficiência neurológica sem sinais de insuficiência hematológica sem sinais de insuficiência imunológica sem sinais de insuficiência nutricional sem sinais de insuficiência psicológica sem sinais de insuficiência social sem sinais de insuficiência ambiental sem sinais de insuficiência cultural sem sinais de insuficiência espiritual sem sinais de insuficiência existencial sem sinais de insuficiência filosófica sem sinais de insuficiência científica sem sinais de insuficiência tecnológica sem sinais de insuficiência econômica sem sinais de insuficiência política sem sinais de insuficiência jurídica sem sinais de insuficiência ética sem sinais de insuficiência moral sem sinais de insuficiência religiosa sem sinais de insuficiência artística sem sinais de insuficiência científica sem sinais de insuficiência tecnológica sem sinais de insuficiência econômica sem sinais de insuficiência política sem sinais de insuficiência jurídica sem sinais de insuficiência ética sem sinais de insuficiência moral sem sinais de insuficiência religiosa sem sinais de insuficiência artística



 JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES

03-07-14

14h

Exame físico normal

sem sinais de

insuficiência

paciente em estado geral bom, sem

alterações nos exames de rotina

após cura com insulina





HJMO

PERNAMBUCO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco



Hospital João
Murilo de Oliveira

152

ENCAMINHAMENTO

Do: HOSPITAL JOÃO MURILO DE OLIVEIRA _____

Ao Hospital Espírito Santo Urgência Emergência _____

Solicitação: Paciente Colgano Pereira do Rêgo
37 anos - Diabetes Tipo II - Insulina
Dependência total de insulina - infusão
de insulina contínua - Gangrena do Pé D.
- 1.º e 2.º - 23.09.2015 - 2,8.
- 3.º - 24.09.2015 - 1,8.

Observação: Paciente em tratamento
p/ Anemia - Sideral

Sendo - 5504594

Dr. WASHINGTON LIMA

Vitória de Santo Antão, _____ de _____ de 2015.

Procurador
700



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CLÍNICA MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Eduane P. Santos 09/04 03/09/18
 Sexo: ☒ F ☐ M Idade: _____ Peso: _____ Altura: _____ Estado Civil: _____ Filhos: _____
 Profissão: _____ Grau de Escolaridade: _____

ESTADO GERAL/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ ASPECTO EMOCIONAL

Estado geral: ☐ Grave ☐ Regular ☒ Comprometido ☒ Consciente ☐ Inconsciente
 Neurológico: ☐ Alerta ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Não verbaliza ☐ Torporoso ☐ Sonolento
☐ Agitado ☐ Hipotivo ☐ Não reativo
 Escala de Coma de Glasgow: _____ Não se aplica _____ Outras alterações: _____
 Funcional: ☐ Calma ☒ Choro ☒ Irritabilidade ☒ de Janela

CABEÇA E PESCOÇO

Visão: ☐ Não ☐ Sim
 Audição Visual: ☐ Normal ☐ Alterada-Especificar: _____ ☐ Uso de lentes/oculares: ☐ Secreção Ocular: _____
 Tórax: ☐ Sem alteração ☐ Alterado-Especificar: _____
 Boca: ☐ Sem alteração ☐ Alterado-Especificar: _____
 Processos: ☐ Não ☐ Sim-Especificar: ☐ Ocular ☐ Dentária ☐ Auditiva
 Atividade Auditiva: ☐ Normal ☐ Alterada-Especificar: _____
 Outras alterações: _____

MOTRICIDADE

☒ Força normal ☐ Paresia ☐ Plegia ☐ Parestesia ☐ Descerebração ☐ Decortificação

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupnéico ☐ Dispneico ☐ Bradipnéico ☐ Taquipnéico IR: _____
 Traqueostomia: Data da Implantação: _____
 Cateteres drenos: ☐ Não ☐ Sim-Local: _____ Data da Implantação: ____/____/____
 Murmúrio Vesicular: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Diminuído-Local: _____
 RA: ☐ Roncos ☐ Estertores ☐ Sibilos-Local: _____
 Tosse: ☒ Não ☐ Sim ☐ Seca ☐ Produtiva-Aspecto de secreção: _____
 Outros Alterações: _____ Oxigenioterapia: Qual tipo? _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Ritmo Cardíaco Regular ☒ Ritmo Cardíaco Irregular ☐ Bradicardia Bpm ☐ Taquicardia 19
 Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____ mmHg
 Transfusão Sanguínea Grupo: _____ Fator Rh: _____ Hora: _____ Origem: ☐ Hemope ☐ Outro: _____
☐ Concentrado de hemácias ☐ Plasma ☐ Plaquetas Quantidade utilizada: _____
 Outras Alterações: _____

SISTEMA DIGESTIVO/ ABDOME

SNG: ☐ Aberta ☐ Fechada Observações: _____
 SNI: ☐ Aberta ☐ Fechada Observações: _____
 Placenta: ☒ Gloriosa ☐ Escavado ☒ Flácido ☐ Tenso ☒ Indolor ☐ Dolorosa ☐ Ascítico
 Gravidez: Outras: _____
 pHV: ☐ Ausente ☐ Presente
 Cateteres/drenos: ☐ Não ☐ Sim-Local: _____ Data da Implantação: ____/____/____
 Outras Alterações: _____



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - NÍVEL MÉDIO- CLÍNICA MÉDICA

IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Gejane Pereira Souza REG.: _____ ADM: _____ ENF.: 04 LEITO: 04
 Sexo: ☒ F ☐ M Idade: 34 Peso: _____ Altura: _____

ESTADO GERAL/ NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/ASPECTO EMOCIONAL

Estado geral: ☐ Grave ☒ Regular ☐ Comprometido ☐ Consciente ☐ Inconsciente
 Neurológico: ☒ Alerta ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Não verbaliza ☐ Torporoso ☐ Sonolento
☐ Agitado ☐ Hipotativo ☐ Não reativo
 Emocional: ☒ Calma ☐ Tenso ☐ Agitado ☐ Apático ☐ Eufórico ☐ Choroso

PELE E MUSOSAS

Pele: ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Cianótica ☐ Ictérica. Observação: _____
☐ Hidratada ☐ Úmida ☐ Prurido ☐ Ressecada ☐ Equimose
 Mucosas: ☐ Íntegra ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☒ Hidratada ☐ Desidratada

SISTEMA RESPIRATÓRIO

☒ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico FR: _____
 Cateteres/drenos: ☒ Não ☐ Sim- Local: _____ Data de Implantação: ____/____/____
☐ O₂ Suplementar ☐ Máscara de Venturi a ____ %
 Tosse: ☒ Não ☐ Sim ☐ Seca ☐ Produtiva- Aspecto de secreção: _____
 Outras Alterações: _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR

☐ Ritmo Cardíaco Regular ☐ Ritmo Cardíaco Irregular ☐ Bradicardia- Bpm ☐ Taquicardia-
☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____ mmHg
 PA= 140x 100
 T= 36,4°C
 Outras alterações: _____

SISTEMA DIGESTIVO/ ABDOME

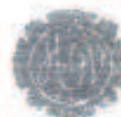
Dieta: ☒ Via oral Aceitação: ☒ Boa ☐ Regular ☐ Ruim
☐ SNG- ☐ Aberta ☐ Fechado
☐ SNE- ☐ Aberta ☐ Fechado
☐ Plano ☒ Globoso ☐ Escavado ☐ Flácido ☐ Tenso ☒ Indolor ☐ Doloroso ☐ Ascítico
☐ Gravidico Outros: _____
 Cateteres/drenos: ☒ Não ☐ Sim- Local: _____ Data de Implantação: ____/____/____
 Outras Alterações: _____





04

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 625942

Prontuário: 1096124

Nome: EDJANE PEREIRA DOS SANTOS

Data Nasc.: 24/08/1984

Idade: 34

Sexo: FEMININO

Cor:

CPF:

RG: 7026643

CNS: 701404630431833

Endereço: LOTEAMENTO REAL

Nº: 71

Bairro: CAJA

Cidade: VITÓRIA DE SANTO ANTAO

Estado: PE

CEP: 55610026

Fone: 58728109

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: CIRURGIA VASCULAR

Ocorrência: SENHA 5504594 REERE DOR E FERIMENTO INFECTADO EM PE DIREITO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 03/09/2018 HORA: 10:57 Médico: *W*

Queixa Principal / HDA:

Prontuário com histórico de acidente de moto

História do Trauma

Perda de Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Contato: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Motorista ☐ Passageiro ☐

Acompanhamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Momento do Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:

Transporte Realizado por:

Quilômetros: Sim ☐ Não ☐ Por:

Por que:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

3 sintomas um deles com pouca duração de

Exame Físico:

A. Geral Via aérea esta permeável: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: °C

pe D, H, pulso no 1º e 2º. Tm 36,8 °C

B. Respiratório:

Insuficiência NPH (mol roxo e dolo)

C. Circulatório PA: x / mmHg Pulso: bpm

Estresse Quel mucosa amarelado

D. Exames Neurológicos

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

*classe de pe D, com sintomas de demagelo
Sucesso + Pupila +*



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/09/2018 10:36

Nome Paciente: EDJANE PEREIRA DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 24/08/1984
Sexo: Feminino
Idade: 34
Senha: E0014
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/09/2018 10:37 - 03/09/2018 10:37

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: HISTORIA DE DM, EVOLUI COM DOR + FERIMENTO INFECTADO EM PE D

Observação: SENHA 5504594

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - COMPROMETIMENTO VASCULAR DISTAL?

Especialidade: CIRURGIA VASCULAR

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 8

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/09/2018 10:37

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

COPIA
261810115585-7

NOME: <u>Edjane Pereira dos Santos</u>			
NOME DA MÃE:		CARTÃO SUS: <u>OK</u>	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1096124</u>
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA: SEXO: ☐ F ☐ M
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>Pó diabético</u>			
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Inferenciamento</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>03.09.18</u>		DATA DA ALTA: <u>09.09.18</u>	
DIAS DE INTERNAÇÃO: <u>06 d.</u>		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>3060263</u>	
CID: <u>E125</u>		CAMPO DE FATURAMENTO: <u>100000000</u>	
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐	
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐	
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE		☐	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)			
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS			
MEDIÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA		CÓDIGO: ☐ IM ☐ SVO ☐ SO	
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATORIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
DATA: _____		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA: _____	

Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 13/09/2019 09:07:28
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091309072842000000049969101
Número do documento: 19091309072842000000049969101





Associação Evangélica Beneficente de Pernambuco
HOSPITAL EVANGÉLICO DE PERNAMBUCO
Rua Frei Jaboatão, 301 - Torre - Recife-PE CEP 50.710-030
C.N.P.J: 10.859.817/0001-73 - EMAIL: hepe@oi.com.br

DECLARAÇÃO DMA

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) Sr(a) E. Agene Pavão da

residente a Rua/Av. Santa

bairro de

Cidade esteve/está internado neste Hospital, desde o dia

09/09/18 até 13/09/18 com o(a) seguinte

diagnóstico(a)

Surto de m. J. da D.

Observações:

ATENDIMENTO GRATUITO
-SUS-

Recife, 13/09/18

Declarante





ASSOCIAÇÃO EVANGÉLICA BENEFICENTE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL EVANGÉLICO DE PERNAMBUCO
Rua Frei Jaboatão, 301 - Torre - Recife - PE CEP 50.710-030
CNPJ: 10.859.817/0001-73 E-mail: diretoria@hospital.com

DECLARAÇÃO DMA

Declaramos, para os devidos fins, que o (a) SR (a) Edjane Pereira dos Santos Rua/Av: Antônio Borges Alves Nº 71
Bairro: Matriz Cidade: Vitória de Santo Antão / PE esteve internado neste Hospital, desde o dia
09/09/18 a 13/09/18 Com o seguinte diagnóstico: Pé diabético direito
Limpeza cirúrgica em MID CID E 10.5

Reg. 79.339/18

Recife, 24 de 15.

Declarante José Alonzo Bezerra
Diretor Administrativo
CPF: 507.024.114

ATENDIMENTO GRATUITO
-SUS





Associação Evangélica Beneficente de Pernambuco
HOSPITAL EVANGÉLICO DE PERNAMBUCO
Rua Frei Jaboatão, 301 - Torre - Recife-PE CEP 50.710-030
C.N.P.J.: 10.859.817/0001-73 - EMAIL: hepe@oi.com.br

DECLARAÇÃO DMA

Declaramos, para os devidos fins, que o(a) Sr.(a) Edjane Pereira da Silva

residente a Rua/Av. _____

bairro de _____

Cidade _____

estive/está internado neste Hospital, desde o dia _____

até _____

com o(a) seguinte

diagnóstico(a) _____

lesão de nervo medular 5º J

L9

Observações: _____

ATENDIMENTO GRATUITO

-SUS-

Recife 06.12.18

Declarante _____



DECLARAÇÃO DMA

Declaramos, para os devidos fins, que o (a) SR (a) Edjane Pereira dos Santos Rua/Av: Antônio Borges Alves Nº 71
Bairro: Matriz Cidade: Vitória de Santo Antão / PE esteve internado neste Hospital, desde o dia
04/12/18 a 06/12/18 Com o seguinte diagnóstico: Pn diabético direto
Limpeza cirúrgica em MID (pé) CID E 10.5

Reg. 79.339/18

Recife,

24.02.19

Declarante

José Alcides Santos
Chirurgião



ATENDIMENTO GRATUITO

-SUS

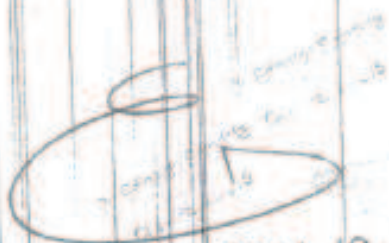


Receituário

Edyone Pereira dos Santos

Paciente diabética com
complicações circulatórias
periféricas. Apresenta dificuldade
de p/ deambular, realizou
desbridamento em p/ direito
há ± 1 mês com enxertos
vascular. Evolução de suruba.

CID: E - 10 - 5.



30.01.19





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 061ª CIRCUNSCRIÇÃO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO -
DP61ªCIRC DINTER1/12ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0151000699

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/02/2019** às **16:17**

Complementa o BO Número: **19E0151000692**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **25/8/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, 1, EMBAIXO DO VIADUTO DO CAJÁ, BAIRRO CAJÁ** - Bairro: **CENTRO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOELSON GOMES FERREIRA (OUTRO)
EDJANE PEREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOELSON GOMES FERREIRA**

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

EDJANE PEREIRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA LUIZA PEREIRA DOS SANTOS** Pai: **ND** Data de Nascimento: **24/8/1984** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7026643/SDS/PE (RG), 05637296430 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **DO LAR**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, 71, RUA RUA LOT REAL VITÓRIA, BAIRRO REAL VITÓRIA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - VITÓRIA DE SANTO ANTÃO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JOELSON GOMES FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ND** Pai: **ND** Data de Nascimento: **3/5/1979** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOELSON GOMES FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOELSON GOMES FERREIRA**



11/02/2019 16:14

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OYW8513** (PERNAMBUCO/VITORIA DE SANTO ANTAO) Renavam: **997607548** Chassi: **9C2KD0850ER219741**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

DECLARA A VITIMA QUE PEGOU UM MOTOTAXISTA PARA LEVA-LA EM CASA E NO CAMINHO UM TRANSEUNTE ATRAVESSOU NO CAMINHO E O PILOTO PARA NÃO ATROPELA-LO FREOU BRUSCAMENTE E COM ISSO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E OS DOIS VIERAM A CAIR FICANDO FERIDOS A VITIMA MAIS GRAVE FOI SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA ATÉ O HOSPITAL LOCAL JOÃO MURILO E DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA PARA O GETÚLIO VARGAS E DEPOIS PARA O HOSPITAL EVANGÉLICO EM RECIFE CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DOS HOSPITAIS EM ANEXO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO A PRESENTE OCORRENCIA.

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

Edjane Pereira dos Santos

EDJANE PEREIRA DOS SANTOS
(VITIMA)

JOELSON GOMES FERREIRA
(OUTRO)

Joelson Gomes Ferreira

B.O. registrado por: **EDILSON SANTANA DA SILVA** - Matrícula: **220917-9**

Edilson Santana da Silva

Edilson Santana da Silva
Comissário Especial de Polícia
Mat. 220.917-9





(1)

Buscar no site

A 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 emissão do parecer final e o prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190167213 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDJANE PEREIRA DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO EDJANE PEREIRA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 05637296430

Posição em 19-03-2019 08:19:13

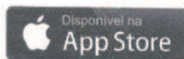
O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/03/2019	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/03/2019	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/kfDODhUBUgRnQaDZZpECA/api_key=YV4jS8vRQBfNxqXENT0XyX2g3Xc2S48WR96p5zkMIRs=)
26/02/2019	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/RA__aLWN3N+IBjYUJCCbs/api_key=YV4jS8vRQBfNxqXENT0XyX2g3Xc2S48WR96p5zkMIRs=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)



19/03/2019
Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

- > Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- > Mapa do Site (/Mapa-do-Site)
- > Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Download)
- > Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)

