

SINISTRO 3200288784 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARIA VANDA FEITOSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO MARIA VANDA FEITOSA**CPF/CNPJ:** 68032994491**Posição em 23-12-2020 14:00:17**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/08/2020	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
03/09/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
18/08/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Wanda Feitosa,
brasileiro(a), estado civil separada, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 680.329.944-91 e portador da cédula de identidade
nº 4195.986, residente e domiciliado(a) na
Jo. Manoel Camelo,
nº 2, bairro de Cobal II,
CEP 55290-000 na cidade de
Garanhuns / PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, 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 judiciários, 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.

Recife, 23 de 12 de 2020

X Maria Wanda Feitosa
Outorgante



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

CONTRATANTE: Maria Vanda Feitosa
brasileira, estado civil separada, profissão doméstica, regulamente
inscrito no CPF/MF sob o nº 680.329.944-91 e portador da
cédula de identidade nº 195.986, residente
domiciliado(a) 20. Manoel Camelo

nº 2, bairro de
CEP 55290-000, na
cidade Garanhuns, PE.

CONTRATADO: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630, E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Honorários Advocatícios, resolveram celebrar o presente contrato de prestação de serviços profissionais de advocacia, em conformidade às estipulações a seguir disciplinadas, que se obrigam a cumprir, por si e seus sucessores. Caberá apenas ao contratado a retenção dos honorários advocatícios independentemente de substabelecimento ou procuração "Apud Acta".

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula 1ª. O presente instrumento tem como OBJETO a prestação de serviços advocatícios na AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT proposta pelo CONTRATANTE, como também com defesas e requerimentos em geral a serem realizados nesse processo.

DAS ATIVIDADES

Cláusula 2ª. As atividades incluídas na prestação de serviço objeto deste instrumento, são todas aquelas inerentes à profissão, quais sejam:

a) Praticar todos os atos inerentes ao exercício da advocacia e aqueles constantes no Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil, bem como os especificados no Instrumento Procuratório.

DOS ATOS PROCESSUAIS

Cláusula 3ª. Havendo necessidade de contratação de outros profissionais, no decurso do processo, o CONTRATADO elaborará substabelecimento, indicando escritório de seu conhecimento, restando facultado ao CONTRATANTE aceitá-lo ou não. Aceitando, ficará sob a responsabilidade, única e exclusivamente do CONTRATANTE no que concerne aos honorários e atividades a serem exercidas.

DAS DESPESAS

Cláusula 4ª. Todas as despesas efetuadas pelo CONTRATADO, ligadas direta ou indiretamente com o processo, incluindo-se fotocópias, emolumentos, viagens, custas, entre outros, ficarão a cargo do

CONTRATANTE.

Cláusula 5ª. Todas as despesas serão acompanhadas de recibo, devidamente preparado e assinado pelo CONTRATADO.

DA COBRANÇA

Cláusula 6ª. As partes acordam que facultará ao CONTRATADO, o direito de realizar a cobrança dos honorários por todos os meios admitidos em direito.

DOS HONORÁRIOS



Cláusula 7ª. Fica acordado entre as partes que os honorários a título de prestação de serviço recairá sobre o percentual de 30% sobre o valor recebido pelo contratante.

Parágrafo único: Pelos serviços a serem prestados o CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS a título de honorários advocatícios, a pagar o valor 30% em processo judicial do valor a ser recebido por prestação de serviços advocatícios na sua conta corrente ao final, advindos da ação ingressada do processo do CONTRATANTE a RETENÇÃO dos honorários em favor das CONTRATADAS.

Cláusula 8ª. Caso haja morte ou incapacidade civil do CONTRATADO, seus sucessores ou representante legal receberão os honorários na proporção do trabalho realizado.

Cláusula 9ª. Caso, ocorra o inadimplemento da obrigação de pagar, a contratada, ingressará com ação para recebimento dos serviços prestados.

Cláusula 10ª. As partes estabelecem que havendo atraso no pagamento dos honorários, serão cobrados juros de mora na proporção de 1% (um por cento) ao mês e multa de 10% sobre o valor a ser pago.

DA RESCISÃO

Cláusula 11ª. Agindo o CONTRATANTE de forma dolosa ou culposa em face do CONTRATADO, restará facultado a este, rescindir o contrato, substabelecendo sem reserva de iguais e se exonerando de todas obrigações.

DO FORO

Cláusula 12ª. Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife;
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor.

Recife, 23 de 12 de 2020.

ANA SANTOS
OAB/PE 28697 D

X Maria Wanda Festoza
CONTRATANTE
CPF

TESTEMUNHAS

1. NOME:
CPF/MF

404-413-024.08

X Hilário Leite Assunção

2. NOME:
CPF/MF

X Selma Cristina Xavier de Barros



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Maria Vanda Feitosa,
RG 4195 986, CPF 680 329 944 91,
Residente na Lo. Manoel Lameiro, Bairro Coque II,
Cidade Goianhum, 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, 23 de 12 de 2020

X Maria Vanda Feitosa
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Maria Randa Feitosa,
brasileiro(a), estado civil separada,
profissão doméstica Inscrito no CPF/MF sob o
nº 680 329 944 91, e portador da cédula de
identidade nº 4 195 986, residente e
domiciliado(a) do. Manoel Carmelo
nº 2, bairro coelho II,
CEP 55290-000 na cidade de
garanhuns / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 23 de 12, de 2020.

NOME: x Maria Randa Feitosa



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.195.986

DATA DE
EXPIÇÃO

07/07/2011

NOME

<< MARIA VANDA FEITOZA >>

FILIAÇÃO

<< SEBASTIÃO JAIME FEITOZA GUEIROS >>

<< ALÁDIA DE BARROS GUEIROS >>

NATURALIDADE

PEDEIRA - PE

DATA DE NASCIMENTO

29/06/1970

DOC ORIGINAL

<< CC.6544 L.708 F.115 CART. 1º DIST.

GARANIHUNS-PE 08.12.2000 >>

CPF

680.323.944-91

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

03 R 03

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Maria Zanda Feitoza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



(Alergia a dipirona)

NOME: MARIA VANDA FEITOZA	LEITO: 21
DATA: 21/03/2020	REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA P/ DM + HAS	snv
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	
6. PLASIL100MG+AD EV 8/8HRS (S/N)	
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	
8. HGT 4 X AO DIA	
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT :	
0-150 0 UI	
151-200 2 UI	
201-250 4 UI	
251-300 6 UI	
301-350 8 UI	
351-400 10 UI	
ACIMA DE 400 12 UI	
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% , EV	
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	
1. SSVV + CCGG	
2. METFORMINA 500MG V0 DE 12/12 H	

MÉDICO: Lucas Vasconcelos Pessoa
Ortopedia Traumatologia
CRM 10498-RQE 8759

ENFERMEIRO

Sharon Stéphanie Lins Barros
Enfermeira
RQE 121183



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

REGISTRO N°:

LEITO: 23

CLÍNICA:

DATA	HORA	T	P	R	PA	DIURESE	PESO	DRENAGEM
------	------	---	---	---	----	---------	------	----------

19/03	12h				120x80		
19/03	18h				130x80		
19/03	22h				120x80		
20/03	10:00				140x90		
20/03	12:00				140x90		
20/03	00:00				130x90		
21/03/20	13:00	3660	-	-	140x80		
21/03/20	21:00	-	-	-	130x80		

HOSPITAL REGIONAL DE
 BARANHUNS
 DOM MOURA
 5ª REGIÃO DE SAÚDE
 - BARANHUNS - PE -



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

19/03/2020 - Realizado sinais vitais, M.C.P., segue aos cuidados de enfermagem.

19/03/2020 - Verificado sinais vitais, M.C.P., segue aos cuidados de enfermagem.

20/03/2020 - Paciente regular, higienizado, sem queixas, medicado conforme prescrição. Segue em observação da enfermagem.

20/03/2020 - Paciente regular, assintomático, medicado conforme prescrição. Segue em observação.

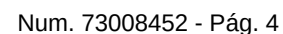
21/03/2020 - Paciente aguarda sala para transporte para cirurgia ortopédica em MTD e MSD, por ocasião de acidente. DTA, consciente orientada, feito HGT de horário e administração de medicação prescrita pelo médico. Segue em observação. Edite Cordeiro 606240 PE.

21/03/2020 - Paciente continua apresentando hiperglicemia mesmo com insulina administrada. Insulina regular conforme esquema porém sua acompanhante diz que é só de manhã que a mesma está internada que em casa não apresenta esta alteração que pode ser psicológica. Segue em observação. Edite Cordeiro 606240 PE.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

HOSPITAL REGIONAL DE
GARANHUNS
DOM MOURA
3ª REGIÃO DE SAÚDE
GARANHUNS - PE



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

16/03/2020 Paciente admitida no SF prevenção do Box fixação. Alerta, orientada em termos de espaço, calor, verbalizando em repouso relativo no eito posição de joelhos. Hx. Fratura rádio distal. Av. em MSE, medica da conjunção, permissão médica. Debaixada Lucena Técnica de Enfermagem COREN-PE 475 150

16-03-2020, paciente admitida provida da emergência consciente, orientada, refere mialgia nos mms, diurese presente (sic). Zuleide Simplicio N. de Lima Técnica de Enfermagem COREN-PE 475 150

16-03-2020, paciente consciente, melhora da, referindo mialgia no M.I. diurese presente (sic). Zuleide Simplicio N. de Lima Técnica de Enfermagem COREN-PE 475 150

17.03.2020 - p ego, Consciente, Orientada, ref. so, relatada dor e com fratura de rádio distal membro inferior. D. imobilizado, sinais vitais normais, medicação, e dados cgg. Edson de Oliveira Técnica de Enfermagem COREN-PE 475 240

17.03.2020 - p todo o tempo se queixando de dores, sinais vitais controlados, diurese alterada, mialgia, cgg. Edson de Oliveira Técnica de Enfermagem COREN-PE 475 240

18-3-2020 Paciente em EGA, ref. de dor no membro inferior, sinais vitais normais, medicação, e dados cgg. Edson de Oliveira Técnica de Enfermagem COREN-PE 475 240

18-3-2020 Paciente com dor no membro inferior, sinais vitais normais, medicação, e dados cgg. Edson de Oliveira Técnica de Enfermagem COREN-PE 475 240

Edson de Oliveira F. de Lima
COREN-PE
nº 386.614-AE





Garanhuns
Município - PE



Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH



HRDM
Hospital Regional Dom Moura
Garanhuns - PE

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO

Nome do paciente: <u>Maria Zilda</u> Registro: <u>0936</u>	Setor: Enfermaria: Data de Admissão: <u>26/03/2020</u>
---	--

Hipótese Diagnóstica:	☐ Paciente clínico ☐ Paciente cirúrgico
-----------------------	--

☐ 1ª Prescrição ☐ Prorrogação ☐ Substituição	☐ Uso terapêutico ☐ Uso profilático	☐ Inf comunitária ☐ Inf hospitalar	☐ Baseado em antibiograma ☐ Função renal alterada ☐ Função hepática alterada
---	--	---	---

TIPO/TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO			
☐ Endocárdio	☐ Peles/partes moles	☐ Sepses foco indefinido	☐ SNC
☐ Febre	☐ Peritonite	☐ Sepses relacionado cat	☐ Úlcera por pressão
☐ Gastrointestinal	☐ respiratória alta	☐ sítio cirúrgico	☐ Urinária com SVD
☐ Ginecológico	☐ respiratória baixa	☐ sítio cirúrgico profundo	☐ Urinária sem SVD
☐ Osteoarticular	☐ respiratória baixa + VM	☐ sítio cirúrgico superficial	☐ vias biliares

Antimicrobiano	Via	Dose	Intervalo	Duração (dias)

Antibióticoterapia prévia?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual?

1º antibiótico _____ Número de dias _____

2º antibiótico _____ Número de dias _____

3º antibiótico _____ Número de dias _____



Justificativa:	Médico solicitante: Data: _____ Hora: _____
----------------	--





Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH

SOLICITAÇÃO DE ANTIMICROBIANO

Nome do paciente: <u>MOURA, AURORA</u>	Sector: <u>Enfermaria:</u>
Registro: <u>0936</u>	Data de Admissão: <u>26/03/2020</u>

História Diagnóstica:	☐ Paciente clínico ☐ Paciente cirúrgico
-----------------------	--

☐ 1ª Prescrição	☐ Uso terapêutico	☐ Inf comunitária	☐ Baseado em antibiograma
☐ Prorrogação	☐ Uso profilático	☐ Inf hospitalar	☐ Função renal alterada
☐ Substituição			☐ Função hepática alterada

TIPO/TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO			
☐ Endocardio	☐ Peles/partes moles	☐ Sepses foco indefinido	☐ SNC
☐ Plebite	☐ Peritonite	☐ Sepses relacionado cat	☐ Úlcera por pressão
☐ Gastrointestinal	☐ respiratória alta	☐ sítio cirúrgico	☐ Urinária com SVD
☐ Ginecológico	☐ respiratória baixa	☐ sítio cirúrgico profundo	☐ Urinária sem SVD
☐ Osteoarticular	☐ respiratória baixa + VM	☐ sítio cirúrgico superficial	☐ vias biliares

Antimicrobiano	Via	Dose	Intervalo	Duração (dias)

Antibioticoterapia prévia?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual?

1º antibiótico _____ Número de dias _____

2º antibiótico _____ Número de dias _____

3º antibiótico _____ Número de dias _____

Síntese:

Médico solicitante:

Data:

Hora:





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

L-21 GUS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:		DATA DA SOLICITAÇÃO:
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS		17/03/2020 09:43
MÉDICO SOLICITANTE:	ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):	
ERICO HERBERT ALMEIDA COUTO DE LIMA	CRF - 18487	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:		Nº DO PRONTUÁRIO:
MARIA VANDA FEITOSA		685993
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	DATA DE NASCIMENTO:	SEXO:
	29/06/1970	Feminino
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:		TELEFONE DE CONTATO:
ALADIA DE BARROS GUEIROS		
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):		
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:	COD. IBGE MUNICÍPIO:	UF:
		CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:		
DOR NO JOELHO E NO PUNHO, APOS QUEDA DE MOTOCICLETA		
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:		
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):		
RAIO X		
DIAGNÓSTICO INICIAL:		
FRATURA NO PLANALTO TIBIAL + FRATURA DE RADIO DISTAL		
CID 10 PRINCIPAL:	CID 10 SECUNDÁRIO:	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

SINAIS VITAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO:	DOCUMENTO:
	URGÊNCIA	() CNS (X) CPF
Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:		
04902455447		

EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:		DATA DE AUTORIZAÇÃO:
HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS		21/03/20 19:00
TIPO DE LEITO:	OROTOP:	VALIDADE:
CIRURGICO	ORTOP: TRAUMATOLOGIA	
MÉDICO AUTORIZADOR:		

AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		DATA DA SOLICITAÇÃO:
EDVALDO RODRIGUES DA CUNHA CAVALCANTI FILHO		17/03/20 09:43
DOCUMENTO:	Nº DOCUMENTO (CHS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	COD. ÓRGÃO EMISSOR:
() CNS (X) CPF	41550579487	CRM 7876

ESCLARECIMENTOS



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora **Profissional Evolução**
20/03/20 11:34 VERA LUCIA BEZERRA LEITE
Descrição
VAGA RESERVDA NO HJP

Data/Hora **Profissional Evolução**
20/03/20 09:46 ERIKA APARECIDA DA SILVA ALVES

Descrição
ENF ANA LÍDIA PACIENTE PERMANECE NA UNIDADE SEM ALTERAÇÃO DO QUADRO GERAL ESTÁVEL E EM AR AMBIENTE, AGUARDANDO VAGA NO HSS. NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS NESTA ESPECIALIDADE PARA OFERTAR NA REDE PÚBLICA E CONVENIADA AO SUS.

Data/Hora **Profissional Evolução**
19/03/20 09:06 VERA LUCIA BEZERRA LEITE

Descrição
ENFA EVELINE CONFIRMA QUE PCTE AGUARDA VAGA DE CONVENIO . REGISTRAMOS NO MOMENTO SEM VAGA PARA OFERTAR NA REDE PUBLICA E CONVENIADA DO SUS.

Data/Hora **Profissional Evolução**
18/03/20 11:14 MARILIA BEZERRA DA SILVA

Descrição
ENF ANA CARLA INFORMA QUE PACIENTE SEGUE NA UNIDADE ESTÁVEL, EM AR AMBIENTE, SEM ALTERAÇÃO DO QUADRO CLÍNICO. AGUARDA VAGA DE CONVÊNIO. REGISTRADO QUE NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS PARA OFERTAR NESTA ESPECIALIDADE NAS REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora **Profissional Evolução**
17/03/20 11:50 ERIKA APARECIDA DA SILVA ALVES

Descrição
ENF MARIANA INFORMA QUE PACIENTE PERMANECE ESTÁVEL NA UNIDADE, EM AR AMBIENTE, AG VAGA DE CONCENIO. NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGAS NESTA ESPECIALIDADE PARA OFERTAR NA REDE PÚBLICA E CONVENIADA AO SUS.

Data/Hora **Profissional Evolução**
17/03/20 11:38 ANA CAROLINA GUERRA CORREIA ALVES

Descrição
NO MOMENTO NÃO DISPOMOS DE VAGA PARA OFERTAR NESTA ESPECIALIDADE NAS REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS

Data/Hora **Profissional Evolução**
17/03/20 09:43 ERICO HERBERT ALMEIDA COUTO DE LIMA

Descrição
Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabeleciment	Observação
17/03/20 09:43	Em digitação	0h:0m:12s	MARIANASLW/HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS	Solicitação armazenada.
17/03/20 09:43	Aguardando Regulacao	0h:0m:56s	MARIANASLW/HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
17/03/20 09:44	Aguardando Regulacao	0h:0m:28s	EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Associando profissional regulador: EDVALDO.FILHO solicitação: 685993
17/03/20 09:45	Regulado	1h:53m:37s	EDVALDO.FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.
17/03/20 11:38	Aguardando Disponibilidade	71h:56m:17s	JMFT/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE.
20/03/20 11:35	Aguardando Confirmação	31h:25m:39s	VERALEITE/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO DISPONIBILIDADE para AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO.



SUS

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
--	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE										4 - Nº DO PRONTUÁRIO																																							
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)										8 - DATA DE NASCIMENTO										7 - SEXO										8 - RAÇA/COR																			
9 - NOME DA MÃE										10 - TELEFONE DE CONTATO										11 - NOME DO RESPONSÁVEL										12 - TELEFONE DE CONTATO																			
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)										14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA										15 - COD. IBGE MUNICÍPIO										16 - UF										17 - CEP									

PROCEDIMIENTO SOLICITADO

18 - CODIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL										19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL										20 - QTDE									
										TAL DO JOELHO																			

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE
33 - CODIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

16 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO	17 - CID10 PRINCIPAL	18 - CID10 SECUNDÁRIO	19 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
Fratura no Vlnalzo elizml	S80.1		
20 - OBSERVAÇÕES			
Fratura no Vlnalzo elizml			

Compt. de Pat. e Med. Legal
 Direção de Pat. e Med. Legal
 1987 / 1988

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Guilherme 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 16/03/20 43 - DOCUMENTO: 44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 01250285589 45 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: 

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ÓRGÃO E AÍSSOR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
☐ CNS ☐ CPF			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		52 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 55 - CNES _____



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 0805943-93

CELPE
www.celpe.com.br

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

MARIA VANDA FEITOSA
CPF: 680.329.944-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

LO MANOEL CAMELO 2 AP-03
BL-40
COHAB II/GARANHUNS
55290-090 GARANHUNS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO
12/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
68,61

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL
03/06/2020

DATA DA APRESENTAÇÃO
03/06/2020

NÚMERO DA NOTA FISCAL
110753649

CONTA CONTRATO
007014181746

Nº DO CLIENTE
2002957356

Nº DA INSTALAÇÃO
0905783401

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL¹
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

4470.6A17.4613.61D7.E982.077E.E5DC.08A6

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	79,00	0,42801509	33,89
Consumo Ativo(kWh)-TE	79,00	0,36081955	28,50
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,50
ICMS Subvenção-CDE-NF 102866852-03/04/20			0,50
Multa por atraso-NF 090988906 - 04/03/20			1,73
Juros por atraso-NF 090988906 - 04/03/20			0,83
Atualização IGPM-NF 090988906 - 04/03/20			0,66
TOTAL DA FATURA			68,61

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS					
ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
62,39	25,00	15,59	62,39	0,97	0,66
			62,39	4,48	2,79

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Resv	Valor
11/05/20	03/06/20	70,75

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento pendente por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o empenhamento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99 REN 414/Anel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrição de crédito SPC e SERASA.

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,42801509	JUN 20	79
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,36081955	MAR 20	99
		ABR 20	86
		MAR 20	110
		FEV 20	133
		JAN 20	127
		DEZ 19	148
		NOV 19	128
		OUT 19	135
		SET 19	160
		AGO 19	97
		JUL 19	96
		JUN 19	93

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO					
	US	%			
Duração de Energia	19,43	31,47			
Transmissão	2,28	3,35			
Distribuição (Cabo)	12,47	22,25			
Encargos Setoriais	3,26	5,23			
Tributos	18,95	30,42			
Perdas de Energia	4,37	7,08			
TOTAL	62,39	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				
0000000313714217	CAT	08/05/2020	8.740,00	03/06/2020	8.819,00	28	1,00000	0,00	79,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 02/07/2020

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pegue no ponto mais perto de você: Lourival Ribeiro Arcaño - me: r do Ipiranga 187 aldoisio soute p / mwt
variedades: do Ipiranga
No data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento.
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NÍVEL 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
007014181746	06/2020	68,61	12/06/2020

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar este cartão.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

Data	Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
21/03/20	19:00	Reserva Confirmada	0h:0m:1s	CARMEMTS/HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO para RESERVA CONFIRMADA.
21/03/20	19:00	Reserva Confirmada		CARMEMTS/HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS	Confirmada a disponibilidade pelo usuário: CARMEMTS

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

Data / Hora	Tipo de Comunicação	Usuário	Estabelecimento
20/03/20 12:	Telefone	CARMEMTS	HOSPITAL JESUS PEQUENINO - BEZERROS

Contato

37281099

Título da Comunicação

SOLICITAÇÃO VISUALIZADA

Descrição

Solicito a unidade de origem que enviem imagens de rx para a análise do medico cirurgião.

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - CNS

47 - CPF

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - CNS

53 - CPF

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

56 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

57 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

58 - CNES



HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUN DOM MOURA

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOME: maria Zilda Furtado SEXO: F IDADE: 40

REGISTRO: 0916 DATA DE ADMISSÃO: 16/03/2020

CLÍNICA PEDIÁTRICA () CIRÚRGICA (X) MÉDICA () TOCO-GINECOLÓGICA ()

DATA DE ALTA HOSPITALAR 1/1/ PERMANÊNCIA HOSPITALAR 16 DIAS 1614

MÓBITO 1/1/ TRANSFERÊNCIA 22/03/20 70

OBSERVAÇÃO: Fratura do plastrão lateral

DIAGNÓSTICO: Fratura do plastrão lateral

DATA DA CIRURGIA _____ / _____ / _____
 IMPACTO: POTENCIALMENTE CONTAMINADA (PC) CONTAMINADA (C) INFECTADA (I)
 CIRURGIÃO _____ AUXILIARES _____
 ANESTESISTA _____ TIPO DE ANESTESIA _____
 PARTO TRANSPELVIANO _____ OBSTETRA _____ PARTEIRA _____
 BOLSA ROTA _____ HORAS _____

PROCEDIMENTOS DE RISCOS REALIZADOS:

- () CATETERISMO VESICAL
- () CATETERISMO VENOSO
- () ENTUBAÇÃO OROTRAQUEAL
- () HEMOTRANSFUSÃO
- () PUNÇÃO ABDOMINAL
- () TRAQUEORRAFIA
- (☒) PUNÇÃO VENOSA
- () TRAQUEOSTOMIA
- () NEBULIZAÇÃO
- () PUNÇÃO LOMBAR
- () EPISIOTOMIA
- () OUTROS

OBSERVAÇÃO.

NFEÇÃO SIM () NÃO ☒ HOSPITALAR () COMUNITÁRIA ()

LOCALIZAÇÃO DA INFECÇÃO

- ☐ COTO UMBILICAL
☐ CUTÂNEA
☐ FERIDA CIRÚRGICA
☐ GASTRO INTESTINAL
- ☐ RESPIRATORIA
☐ PUERPERAL
☐ URINÁRIA
☐ VENOSA (FEBLITE)
- ☐ SNR(S. NERVOSO CENTRAL)
☐ SEPTICEMIA
☐ OUTROS
- REGIONAL DE
 ANHUNS
 TOURA
 DE SAÚDE

ANTIBIOTICOTERAPIA: SIM () NÃO () PROFILÁTICA ()

TIPO DE ANTIBIÓTICO, DOSE E DURAÇÃO:

BACTERIOLOGIA - CULTURA - ANTIBIOGRAMA.

DATA	1	1	
------	---	---	--

ASSINATURA E CARIMBO



NOME: Marcos Vinícius Cabral

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura de tíbia proximal CID-10: S82.1 foi submetido a tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 5.8.20

23/03/2020 Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

José Marilton V. Costa
Traumatologista
CRM-PE 5960

Por operação de fratura de tíbia e fêmur no dia 05/08/2020. Fratura no dia 05/08/2020. Fratura no dia 05/08/2020. Fratura no dia 05/08/2020.

Bezerros, 01/06/2020. Lições médicas para hospitais. 23/03/2020 a 23/09/2020. Médico em ambulatorio 04/08/2020.





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o(a) sr.(a) Manoel
Vanca Feitosa RG nº 455.986 SP/PE, estava internado(a) nest
Nosocômio, no período de 22 a 26 de Maio do corre
ano; e fim de submeter-se a tratamento quirúrgico ortopédico
de Fratura do Pânalo tibial direito e do
Rato Direito
Encontra-se INTENTO para o exercício de suas atividades laborais até o d
21, 04, 2020 quando será submetido à consulta de revisão cir
gica.

Bezerros, 26 de Maio de 2020
Cintia Valente
Médica
CRM-PE 26891
MÉDICO

Av. Major Aprígio de Fonseca, s/nº, BR 232, Salgado - Bezerros/PE
CEP: 55.690-000, telefona: 81 3725-1090/3725-1556





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135ªCIRC
DINTER1/18ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0225000877**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/06/2020** às **18:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/3/2020** às **07:20**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTORA CARMERINA VIEIRA DE MELO, 1** - Bairro: **HELIOPOLIS** -
GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **POSTO DE COMBUSTIVEL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MACIEL PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
RICARDO NEVES DE BARROS (VITIMA)
MARIA VANDA FEITOZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO NEVES DE BARROS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RICARDO NEVES DE BARROS

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

RICARDO NEVES DE BARROS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS MERCÊS NEVES DE BARROS** Pai: **AULINDO VALENTIM DE BARROS** Data de Nascimento: **28/6/1981** Documentos: **6273172/SSP/PE (RG)**
06346172492 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, LOTEAMENTO MANOEL CAMELO, AP 03, BL 40 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARIA VANDA FEITOZA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ALADIA DE BARROS GUEIROS** Pai: **SEBASTIÃO JAIME FEITOZA GUEIROS** Data de Nascimento: **29/6/1970** Naturalidade: **PEDRA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GARANHUNS, 1, LOTEAMENTO MANOEL CAMELO, AP 03, BL 40 - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **CENTRO - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MACIEL PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MACIEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RICARDO NEVES DE BARROS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGU9957 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2JC410ER111077**





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS DOM MOURA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 0916.
Data: 16/03/2020
Hora: 11.23.

UNIDADE DE SAÚDE:

Nome: Maria Zilda Feteira Categoria: Des
Sexo: F Idade: 49 Cor: Estado Civil: Viúva
Naturalidade: Perna - PE Profissão: Costuradora
Endereço: Condomínio Marial Cometa, Bloco 40 apto 03.
Procedência: Garanhuns - PE
Pessoas de quem depende: Hugo Feteira filho menor Parentesco: filho
Endereço: O mesmo Fone: 51 9.3354.0792
Trezido por: Fone:
Endereço: Fone:

Local do Acidente: Data: Hora:
NATUREZA ☐ Casual ☐ Acid. de Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
DO ☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
ACIDENTE ☐ Acidente de Trabalho ☐ Agressão
Atendimento ☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐

História da Doença Atual:

sem dor no joelho e no
vulva com hematoma

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura: Peso:

sem dor no joelho e no
vulva

Diagnóstico Provisório: Fratura do fêmur direito
Fratura do fêmur esquerdo

Recepcionista

Dr. Sérgio Herbert
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 15487 / 2007 15834
Médico / Cremepe



**SUS**Sistema
Único
de SaúdeMinistério
da SaúdeSecretaria
de Saúde
Pernambuco**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - Nome do estabelecimento solicitante

HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

2 - CNES

2702983

3 - Nome do estabelecimento executante

H. R. D. Moura

4 - CNES

2702983

Identificação do Paciente

5 - Cartão Nacional de Saúde (CNS)

898.000.533.655.533

6 - SIS Prenatal

7 - Senha/Regulação

8 - Nº do Prontuário

0936

9 - Nome do Paciente

Maria Vânia Falcão

10 - Data de Nascimento

29/06/1970

11 - Sexo

Masc. ☐ Femin. ☐

12 - Nome da mãe ou responsável

Ildeuza de Barros Gomes

13 - Tel. Contato

14 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

Condomínio Manoel Camilo, Bloco 40 apto 03

15 - Município de Residência

Garanhuns

16 - Cód IBGE Município

2606052

17 - UF

PE

18 - CEP

55200-000

9 - História Clínica / Exame Físico

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**RELATA DOR NO JOELHO E NO VANTO****NÃO QUERIR NA MOTOCICLETA.****AGUARDAR TRANSFERÊNCIA**

20 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

EXAME FÍSICO E LABORATORIAL

21 - Diagnóstico Inicial

FRATURA DO ULNAR TO TIBIAL

22 - Cid. 10 Principal

S52.5

23 - Diagnóstico Secundário

FRATURA DO ULNAR TO TIBIAL

24 - Cid. 10 Secundário

S52.5

25 - Cid. 10 Causas Associadas

26 - Descrição do procedimento solicitado

INTERNAÇÃO**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

28 - Clínica

ORTOPEDIA

29 - Caráter de internação

VIGILANCIA

30 - Documento

() CNS (X) CPF

27 - Cód. do procedimento

0308010019

31 - Nº documento (CNS/CPF) do profissional solicitante/assistente

09700155147

32 - Assinatura e carimbo do solicitante / assistente

Dr. Sérgio Herbert**Ortopedia / Traumatologia****CRM-PE 13887 (RBO) 13887****CRM-PE 13887 (RBO) 13887**

16/03/20

34 - Ass. e carimbo (diretor médico)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)35 - ☐ Acidente de Trânsito36 - ☐ Acidente de Trabalho Típico37 - ☐ Acidente de Trabalho Trajetória

38 - CNPJ da seguradora

39 - Nº do bilhete

40 - Série

41 - CNPJ da empresa

42 - CNAE da empresa

43 - CBOR

44 - Vínculo com a previdência

☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado

45 - Código do procedimento autorizado

0308010019**AUTORIZAÇÃO**

46 - Cód. Órgão Emissor

47 - Documento

() CNS (X) CPF

48 - Nº do documento (CNS/CPF) do profissional autorizador

49 - Data da autorização

50 - Assinatura e carimbo (nº do registro do conselho)

51 - Nº da autorização de internação hospitalar (AIH)

Admissão: 16/03/20

Alta: 22/03/20

Enf.

Leito

1



100

**HOSPITAL REGIONAL DE GARANHUNS
DOM MOURA****LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:**

- | | |
|--|---|
| ☐ Mudança de Procedimento | ☐ Uso de Prótese, Órtese |
| ☐ Diária de UTI | ☐ Uso de Fatores de Coagulação |
| ☐ Diária de Acompanhante | ☐ Uso de oxigenadores |
| ☐ Vacina Anti Rh | ☐ Nutrição parenteral |

Hospital: X 2 D. Moura CNPJ: _____
Paciente: maria Wanda Feteiro Nº AIH: _____
Procedimento Anterior: _____ Procedimento Solicitado: _____
Médico Solicitante: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA:

Declaro para os devidos fins que estive acompanhando o paciente acima identificado, durante a sua internação neste hospital.

Aprovo a cobrança de acompanhante junto ao HRGDM.



Data

Ass. Acompanhante

Ass. do Médico Solicitante

AUDITOR:**DATA:**

Assinatura - CRM





Sistematização da Assistência de Enfermagem - Emergência



Nome:	maria elisabete Feteira		Data:	16/03/2020		Hora:	:		Hs
Idade:	Telefone:		Especialidade:						
Arteriais: Sim () Não ()			Objetos de Valor:						
Hipótese Diagnóstica:									
Sintoma Principal:									
Resumo da Doença Atual:									

☐ HAS	☐ Tabagista	☐ Psiquiátrico	☐ Outros
☐ DM	☐ Etílica	☐ Lupus	
☐ Cardiopatia	☐ DPOC	☐ Líquidos/Alimentos	
☐ Insuf. Renal	☐ Alergia medicamentosa:		
☐ Cirurgias:			

Medicamentos em Uso:

Horas	Tax	PA	FR	SpO2	Pulso	() Dor
		150x80				

Escala de Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Antecedentes Pessoais:	Antecedentes Familiares:
- Hipertensão	
- Alergia	
	Intervimentos

Exame Físico	Não Avaliado	Inalterado	Alterado	Observações
Neuroológico		X		
Respiratório		X		
Cardiovascular		X		
Gastrointestinal		X		
Geniturário		X		
Extremidades		X		
Pele e Anexos		X		

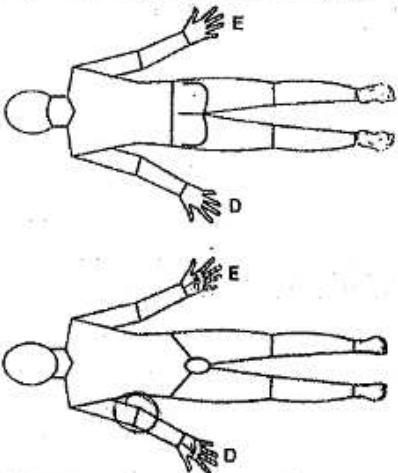
Exames Complementares:

- SSVV de 6/6h
- Insuflar AP a cada 12h
- Medicações conforme horário Prescrito
- Orientações Gerais



Assinado eletronicamente por: Sharon Stéphane Lins Barros - 26/12/2020 10:37:14

Gesometria	
TGO	
TGP	
Uréia	
Creatina	
ECG	
EDA	
USG	
TC	
RX	
Outros	



8 - Legenda:

1	Colar Cervical	13-Outros
2	Oxigenoterapia	
3	Monitorização + OP	
4	Acesso Venoso	
5	Drenos	
6	Punções	
7	Sonda Gástrica	
8	Sonda Vesical	
9	Queimaduras	
10	Lesões de Pele	
11	Suspeita de Fratura	
12	Curativos / Imobilizações	

Observações:

Diagnóstico de Enfermagem	Prescrições de Enfermagem
<i>Risco B/ infecção</i>	<i>Procurar APG a cada 72h</i>

9 - Destino do Paciente:

☐ Observação	☐ Centro Cirúrgico	☐ Cl. Média	☐ Cl. Cirúrgica	☐ Transferência
☐ Alta ☐ Óbito ☐ Outros:			Data: <i>16/03/2020</i> Hora: : H	
Enfermeiro (a): <i>Evellyne Cynara Alves Lemos</i> COREN-PE 504462 - ENF			Coren: <i>Evellyne Cynara Alves Lemos</i> COREN-PE 504462 - ENF	





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA - GARANHUNS

UNIDADE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO
ADMISSÃO - ADULTO

Nome: maria zilda ceitox Leito: extra 222
Diagnóstico Clínico: trat. plomalto renal
Idade: 29 a Data de Admissão: 16/03
Data: 16/03/20

QUADRO CLÍNICO

1. Nível de Consciência: (☒) Consciente () Inconsciente (☒) Orientado () Desorientado () Sonolento
2. Presença de: () Edema () Anasarca () Úlcera de Pressão () Ascite
() Sedação () Drogas Vasoativas () Antibióticos
3. Queixas Gastrointestinais: () Vômito () Náusea () Distensão abdominal () Dor epigástrica
() Inapetência () Saciedade precoce () Pirose () Hematêmese (☒) Sem Queixas
4. Tratamento Urinário: (☒) Espontâneo () SVD () SVA () Anúria
5. Eliminações Intestinais: () Presente (☒) Ausente - Dias: -1d
() Normal () Pastosa () Líquida () Ressecadas () Melena () Diarreia () Constipação () Ostomia
7. Exames Bioquímicos/Imagem:

SITUAÇÃO NUTRICIONAL

1. Comorbidades: DM (☒) tipo: 2 HAS (☒) D. Renal () D. Hepática () Alergia alimentar () Ausente ()
Outras: _____
2. Aceitação Alimentar: () 100% (☒) 50% () +50% () -50%
Jejum () - Razão:

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

1. Risco Nutricional: () Presente (☒) Ausente (NRS 2002)
2. Diagnóstico Nutricional: () Desnutrição Grave () Desnutrição () Eutrófico () Sobrepeso () Obesidade

CONDUTA NUTRICIONAL

DIETA:

1. Via: (☒) Oral () Enteral () Parenteral
2. Consistência: () Livre (☒) Branda () Pastosa () Líquida Pastosa () Líquida Total () Líquida de Prova
3. Tipo: (☒) Hipossódica (☒) Hipoglicídica () Sem sal () Hipolipídica () Laxante () Constipante
4. Suplemento/ Módulo: ()
5. Simbiótico/ Prebiótico ()

NECESSIDADES ENERGÉTICAS E PROTEÍCAS ESTIMADAS - NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL

P. atual: _____ Peso hab.: _____ Peso est.: _____ Peso Ideal _____ A: _____ A est. _____
CB: _____ %CB: _____ CP: _____ %PP: _____
Cal/kg: _____ Cal/d: _____ Ptn/kg: _____
Fórmula: _____ Características: _____
Volume: _____ Vazão Prescrita: _____ Vazão do Dia: _____ Adequação Cal: _____
Adequação Ptn: _____

OBSERVAÇÕES:

paciente com alimentação
quanto a consistência
dieta liberada após o jantar

Terminado
Assinado eletronicamente por: sharon Stéphanie Lins Barros - 26/12/2020 10:37:14
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20122610371391100000071569139
Número do documento: 20122610371391100000071569139

16:00h





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
EVOLUÇÃO CLÍNICA



UNIDADE DE SAÚDE: X 2 2 Moura
NOME DO PACIENTE: maria zilda gutozo REGISTRO Nº 0916.
CLÍNICA: _____ LEITO Nº _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
------	------	----------

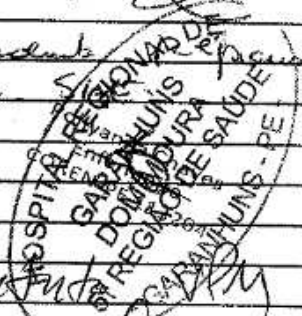
16/03/2020	10	AGUARDANDO TRANSFERÊNCIA SOLICITO TAL
------------	----	--

[Signature]
Dr. Erico
Otorrinolaringologista
CRM: 15.871 / SP

16/03/2020		Paciente em 12 DE H, em 66, paciente orientada, acianótica, aritmia, AVP em MISE, afébril, diurese (+), evacuações (+), segue medicado conforme prescrição médica, segue sob cuidados da equipe de enfermagem.
------------	--	--

Evellyne Cynara Alves Lemos
COREN-PE 504462 - ENF

16/03/2020		Paciente admitida, procedente de unidade de emergência, encaminhada para observação em TAC de febre.
------------	--	--



17/03/2020		Quantidade quatro. Ceftriaxona.
------------	--	---------------------------------

[Signature]
Dr. Saulo Almeida
Otorrinolaringologista
CRM: 15.871 / SP

17/03/2020		Paciente em 12 DE H, em 66, paciente orientada, acianótica, aritmia, AVP em MISE, afébril, diurese (+), evacuações (+), segue medicado conforme prescrição médica, segue sob cuidados da equipe de enfermagem.
------------	--	--



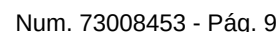
LEITO Nº

Dr. Sérgio Almeida
Ortopedia Traumatologia
CREMEPE 8788 CREMA 4561
TEST 4200

REN 10 00050

Dr. Cauletti
Endeia de Maratona
FONE 9881-455

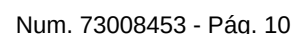
Enfermeira
COREN-PE 321.116





LEITO Nº 24

Paul Thompson
H. H. Kuo Remond



HOSPITAL REGIONAL DOM MOURA

Leito 21

NOME: <u>Maria Viana Farias</u>	LEITO: <u>0916</u>
DATA: <u>26-03</u>	REGISTRO: <u>0916</u>

PRESCRIÇÃO MÉDICA

	MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1.	DIETA <u>Dieta LRS</u>	<u>10M</u>
2.	SSVV 6/6h	
3.	Insulina Regular conforme esquema de glicemia capilar de 6/6h: 150 - 200: 2U 201 - 250: 4U 251 - 300: 6U 301 - 350: 8U 351 - 400: 10U >400: 12U Glicose 50% 4 amp IV se glicemia <70mg%	
4.	Captopril 25mg SL se PAS >= 180 ou PAD >= 110mmHg	
5.	Dipirona 2ml + AD 8ml IV 6/6h se T >= 38,8°C e <lor	
6.	Plasil 2ml + SFO 0,9% 100 mL IV, 8/8h, se vômitos	
7.	O2 úmido 3l/min sob cateter nasal S/N	
8.	NBZ 6/6h com SF 0,9% 3ml + atrovent 30gts + Bellotec 10gts	
9.	Fisioterapia e respiratória	
10.	Omeprazol 40mg IV	
11.	<u>CLGXN 6-90-0-SCI 6h 12</u>	
12.	<u>THM 50-e 100-46</u>	
13.	<u>SFO 0,9% 08/09/4 Fixo 18 21</u>	
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		



D. Érico Herbert
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10487 / EBO: 13834

MÉDICO

ENFERMEIRO

Evellyne Cynara Alves Lemos
COREN-PE 504462 - ENF



NOME: MARIA VANDA FEITOZA	LEITO: 21
DATA: 17/03/2020	REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

Ligia Cordeiro Borges
Nutricionista
CRN6 6596

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA P/ DM + HAS	S/N
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	S/N
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	S/N
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	S/N
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	S/N
6. PLASIL 100MG + AD EV 8/8HRS (S/N)	S/N
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	S/N
8. HGT 4 X AO DIA	S/N
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT: 0-150 0 UI 151-200 2 UI 201-250 4 UI 251-300 6 UI 301-350 8 UI 351-400 10 UI ACIMA DE 400 12 UI	12(288) (253)
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% EV	24(250) 12(250)
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	S/N
11. SSVV + CCGG	S/N

MÉDICO

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 8788-CREMAL 435
TEOT 1306

Alda Maria V. Lopez
Enfermera
* 1000-PE 100000

Elisvanda V. S. Siqueira
Técnica em Enfermagem
CPF nº 39.392.240
TÉCNICO



NOME: MARIA VANDA FEITOZA	LEITO: 21
DATA: 18/03/2020	REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

Ligia Cordeiro Borges
Nutricionista
CRN6 - 6582

MEDICAÇÕES		HORÁRIOS	
1. DIETA P/ DM + HAS		(SND)	
2. SRL 1000 ML EV 24HRS		(SND)	
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)		(SND)	
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)		(SND)	
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA		(12) F	
6. PLASIL 100MG + AD EV 8/8HRS (S/N)		(SND)	
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA		(SND)	
8. HGT 4 X AO DIA		(SND)	
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT :		(SND)	
0-150 0 UI		(339)	
151-200 2 UI		(338)	
201-250 4 UI		(334)	
251-300 6 UI		(334)	
301-350 8 UI - corrigido 338		(334)	
351-400 10 UI		(334)	
ACIMA DE 400 12 UI		(334)	
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% V		(334)	
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG		(334)	
1. SSVV + CCGG		(334)	

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMÉPE 0788-CREMAI.4551
FONE 1300

MÉDICO

ENFERMEIRO

TÉCNICO



NOME: MARIA VANDA FEITOZA	LEITO: 21
DATA: 19/03/2020	REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES	HORÁRIOS
1. DIETA P/ DM + HAS	SND
2. SRL 1000 ML EV 24HRS	SND
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)	SND
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)	SND
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	SND
6. PLASIL 100MG+AD EV 8/8HRS (S/N)	SND
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA	SND
8. HGT 4 X AO DIA	SND
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT: 0-150 0 UI 151-200 2 UI 201-250 4 UI 251-300 6 UI 301-350 8 UI 351-400 10 UI ACIMA DE 400 12 UI	SND
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% EV	SND
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG	SND
11. SSVV + CCGG	Ratina

MÉDICO

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 8788-CREMA 4551
TEO 4300

ENFERMEIRO

Evelline F. Model Garda
Enfermeira
COREN-PE 321.116

TÉCNICO



NOME: MARIA VANDA FEITOZA	LEITO: 21
DATA: 20/03/2020	REGISTRO : 0916

PRESCRIÇÃO

MEDICAÇÕES		HORÁRIOS	
1. DIETA P/ DM + HAS		18	SND
2. SRL 1000 ML EV 24HRS		20	
3. DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6HS (S/N)		SN	
4. TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV 8/8HRS (S/N)		SN	
5. CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA			(19)
6. PLASIL 100MG + AD EV 8/8HRS (S/N)		SN	
7. OMEPRAZOL 40 MG EV /DIA			
8. HGT 4 X AO DIA	12(30)	18(80)	24(408) 06
9. INSULINA REGULAR SC CONFORME HGT : 0-150 0 UI 151-200 2 UI 201-250 4 UI 251-300 6 UI 301-350 8 UI 351-400 10 UI ACIMA DE 400 12 UI		SN	
SE FOR < 70 MG% FAZER 04 AMP DE GLICOSE A 50% EV			
10. CAPTOPRIL 25MG SL SE PA > 160X110 MMHG		SN	
11. SSVV + CCGG			ROTINA

MÉDICO

Dr. Saulo Almeida
Ortopedia-Traumatologia
CREMEPE 8788-CREMA 1.4551
TEOT 3300

ENFERMEIRO

