

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS. Brasileiro, solteiro, carregador (atualmente desempregado), portador do RG nº 4.345.976 SDS/PE e do CPF nº 824.838.094-72, residente e domiciliado Rua Mataripe, nº 402, jardim Brasil, Olinda/PE, CEP 53.300-300.

OUTORGADOS: **Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na **OAB/PE 1292-A, CPF nº 917.578.194-87**, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e **Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, brasileira, divorciada, portadora do **RG nº 7.742.986 SSP/PE e do CPF nº 884.647.684-00**, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache opportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 16 de novembro de 2018.

Outorgante: Isabel Francsca da snth



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

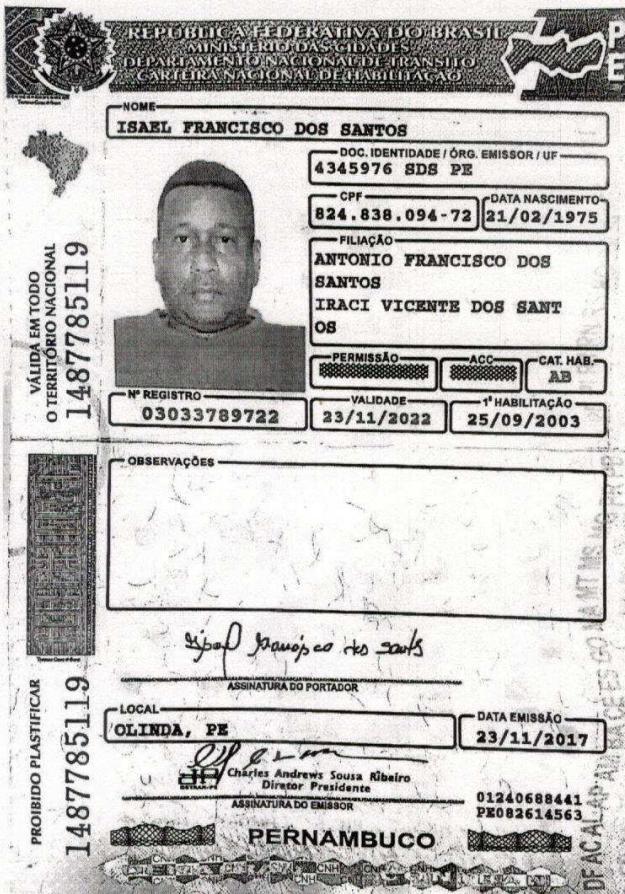
ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS. Brasileiro, solteiro, carregador (atualmente desempregado), portador do RG nº 4.345.976 SDS/PE e do CPF nº 824.838.094-72, residente e domiciliado Rua Mataripe, nº 402, jardim Brasil, Olinda/PE, CEP 53.300-300. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CIVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 16 de novembro de 2018.

Declarante:

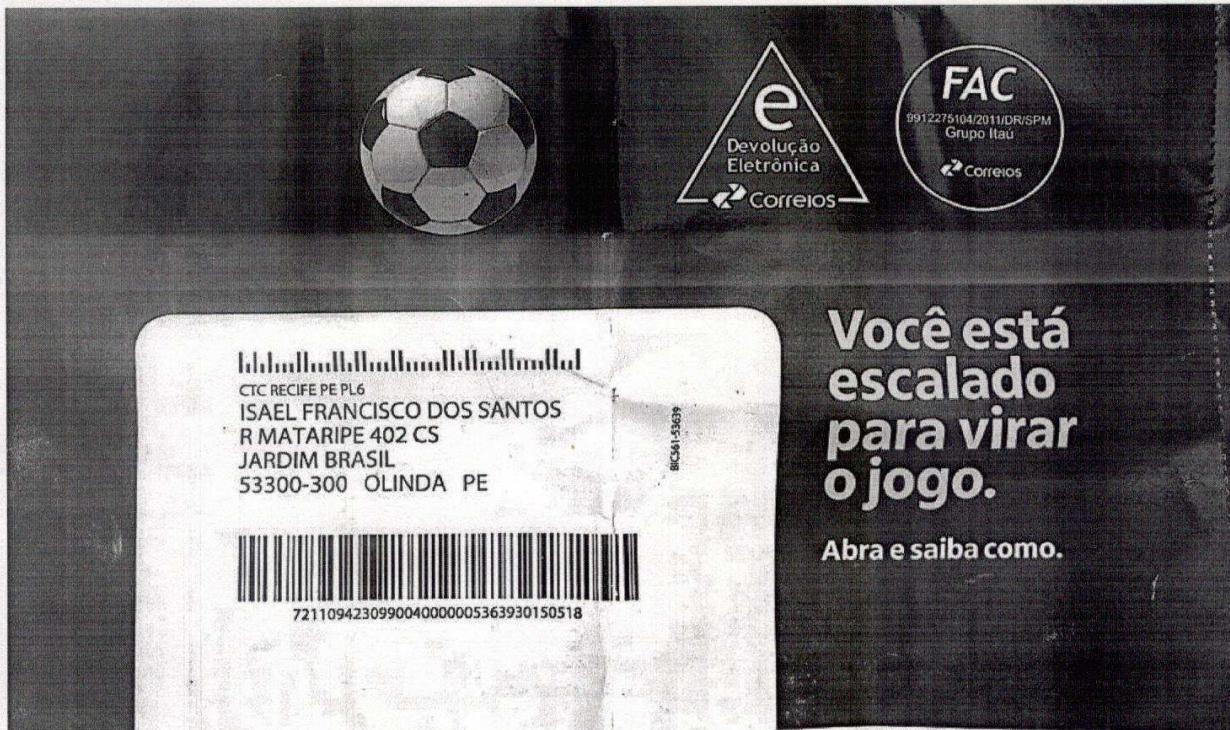
Isabel Francisco dos Santos.





Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 28/11/2018 16:21:00
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112816210040600000037919637>
Número do documento: 18112816210040600000037919637

Num. 38469036 - Pág. 1



CTC RECIFE PE PL6

ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS
R MATARIPE 402 CS
JARDIM BRASIL
53300-300 OLINDA PE



7211094230990040000005363930150518

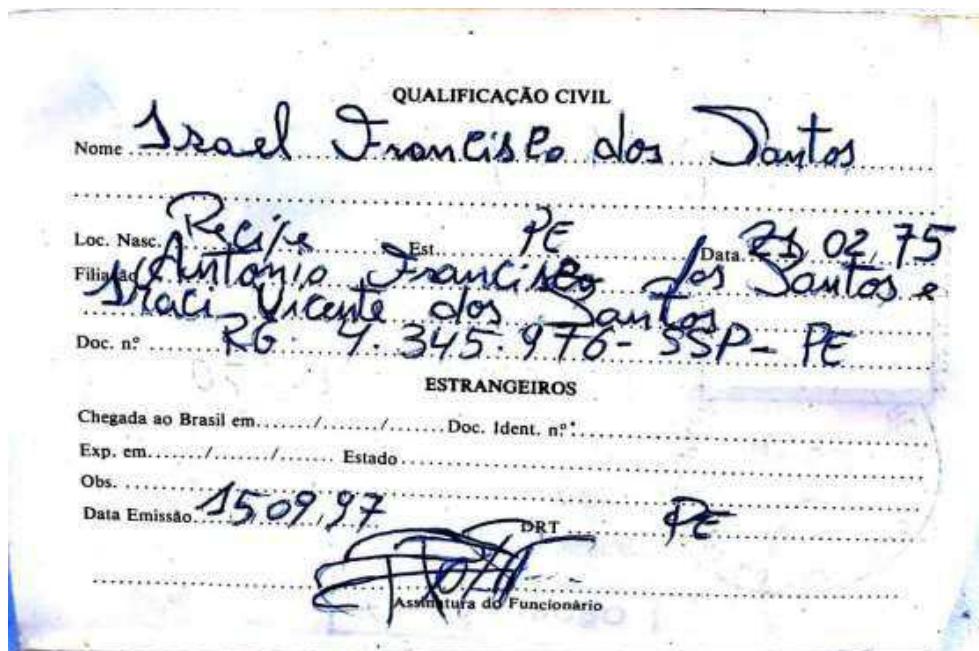
**Você está
escalado
para virar
o jogo.**

Abra e saiba como.



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 28/11/2018 16:21:00
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112816210040600000037919637>
Número do documento: 18112816210040600000037919637

Num. 38469036 - Pág. 2



E CONTRATO DE TRABALHO

E Empregador: CONSTRUTORA ASSIS LOPES LTDA
C CNPJ/CPF/CEI: 07.465.034/0001-54
R Endereço: RUA JERONIMO HERAZIO 447,
 IPSEP
M Município: RECIFE
E Esp. do estabelecimento: CONSTRUÇÃO
 CIVIL
C Cargo: SERVENTE DE OBRAS
 CBO Nº: 717000
I Data de admissão: 19 de Junho de 2017
 Registro Nº: 234 Fls./Ficha: 254
I Remuneração especificada: R\$ 1.086,80
 (um mil e oitenta e seis reais e
 oitenta centavos) por mês.

Construtora Assis Lopes Ltda

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída 05 de novembro de 19 2017
CONSTRUTORA ASSIS LOPES LTDA
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 CPF: 172.353.594-04
 1º RG: 1.508.025-SSP-PE
 Com. Dispensa CD Nº:

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CGC/MF N°
 Rua N°
 Município Est.
Esp. do estabelecimento
Cargo CBO nº

 Data admissão de de 19
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída de de 19

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº:





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 026ª CIRCUNSCRICAO - PEIXINHOS -
DP25ª CIRC DIM/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0115004154**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/09/2018** às **09:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconfeceu no dia 18/7/2018 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 1 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a); ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS

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

ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino / Mês: IRACI /
VICENTE DOS SANTOS Data de Nascimento: 21/2/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA MATARIPE, 402 - CEP: 66000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL -
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a); ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a); ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS KS Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

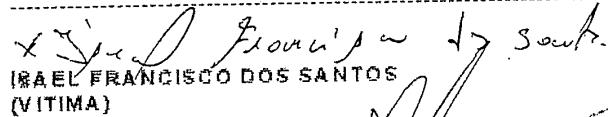
Placa: PFT6361 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



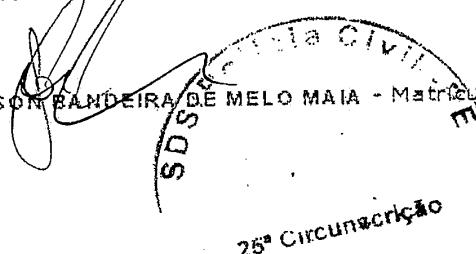
Complemento / Observação

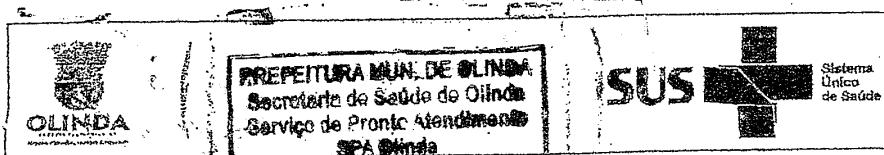
INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO QUANDO DERRAPOU NA AREIA, VINDO A CAIR NO CHÃO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA CLINICA DE PEIXINHOS, E POSTERIORMENTE REMOVIDO PARA O MIGUEL ARRAES.

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


ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOHNSON BANDEIRA DE MELO MAIA - Matrícula: 3507009





Receituário: Requisição nº.:

Nome: Israell Francisco dos Santos

Endereço:

Mat.: Data de Nascimento:

À transmato / WMA / Sembra: 5h 21h472.

Pé 43a, vítima de trauma de gravidez e queda de muro, apresentando lesão externa contante de ± 12cm e luxação de músculo, em MSD.

AS: GGB, dor, ondula, espasmo, apreensão.
PR: PMS 100% BNO A/MA. Faz 18 SAD 2-90%.
PMS: PMS 20 BNF. Faz 8h PA = 110x70.

Glasgow: 15

Fazto Cetorofosfato + bromuro 6v
100mg 1g
Sfo, 97. 500mg 6v

VAT:

Solicito aval / condicão. grava

Data: 18/09/18.

Carolina Frazão
Médica
CRMPE 19670
Médico - CRM

1h40

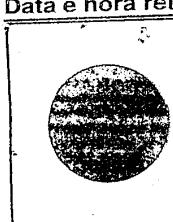


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data é hora retirada da senha: 18/07/2018 09:30



Nome Paciente: ISAEL FRANCISCO DOS SANTOS
Cód. Paciente: 116784
Data de Nascimento: 21/02/1975
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: 0012
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 437056
SAME: 103824

Período: 18/07/2018 09:54 - 18/07/2018 09:56

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

LESÃO COM EXPOSIÇÃO DE MUSCULOS EM COTOVELO DIR, APÓS QUEDA DE MOTO
HÁ 2 HORAS;
NEGA HAS, DM E ALERGIAS
NEGA PERDA DE CONSCIECIA E VÔMITO

Serviço:

ENCAMINHADO DO SPA DE OLINDA COM SENHA 5471472
REALIZOU VAT NO SAPA DE OLINDA HOJE

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 62.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local
colônia D

Enfermeiro

Andréa Oliveira
Enfermeira
COREN/PE 386426

REVISADO
NEPI-HMA

Mat 145

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/07/2018 09:56

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 28/11/2018 16:21:00

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18112816210071100000037919674>

Número do documento: 18112816210071100000037919674

Num. 38469075 - Pág. 3

Atendimento: 437056
Data e Hora: 18/07/2018 09:36
Senha da Classificação:
0012
Paciente: 116784 ISAEL FRANCISCO DOS SANTOS
Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 21/02/1975 Idade: 43 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: IRACI VICENTE DOS SANTOS
Nome do Pai: ANTONIO FRANCISCO DOS SANTOS
Estado Civil: SOLTEIRO
Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
CRM: 12346
Endereço: RUA MATARIPE
402
Bairro: JARDIM BRASIL
Cidade/UF: OLINDA
PE
Usuário Atendimento: HANESSAKCCA
Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes
Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA
Nr Documento Estrangeiro:
Observação:
RESUMO DE TRATAMENTO
Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____
Queixa Principal

Paciente refere queh de mola há 3 dias. Com dor em rotula (D) Elas com cansaço e meia perna com cansaço. Naq. e dor. Pós.

Exame Físico

Exame físico constatado em ferimento da cintura (D). Doloroso doloroso.

Hipótese Diagnóstico

Esquema de exame em fase inicial da ativação.

Prescrição Médica

rx. Colosaline D AP e perf.

SAI 1000

1000 mg

Colosaline 1000 mg + 1000 mg 1000 mg

Doloxene 1000 mg + 1000 mg 1000 mg

Strengol 1000 mg + 1000 mg 1000 mg

*Ian Bustorff Figueira
Cirurgião Traumatologista
CRM-PE 26.359*

Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para _____ Senha: _____
() Encaminhado ao setor de internação




Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | | | | |
|---------------------------------|------------------------|-----------|----------|---------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | AT 424021 | 2 - CNES | 6431569 |
| 3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | HOSPITAL MIGUEL ARRAES | | 4 - CNES | 6431569 |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|------------|----------------------|
| 5 - Nome do Paciente | 6 - Nº Prontuário | | |
| ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS | 116784 | | |
| 7 - Cartão Nacional do SUS | 8 - Data de Nascimento | 9 - Sexo | 10 - RacaCor |
| 700208911693521 | 21/02/1975 | Masculino | 10,1 - Etnia |
| | | Feminino | 0000 - Não Se Aplica |
| X 1 | 3 | 03 - Parda | |
| 11 - Nome da Mãe | 12 - Telefone de Contato | | |
| IRACI VICENTE DOS SANTOS | 8198569018 | | |
| 13 - Nome Responsável | 14 - Telefone de Contato | | |
| ROSICLEIDE DA SILVA CARVALHO | | | |
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) | | | |
| RUA MATARIPE, 402 - JARDIM BRASIL | | | |
| 16 - Município | 17 - IBGE | 18 - UF | 19 - CEP |
| OLINDA | 260960 | PE | 53300300 |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| | | | |
|--|--|--|--|
| 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos | 21 - Condições que justificam a Internação | | |
| RETE COM HISTÓRICO DE FERIMENTO PROFUNDO COM EXPOSIÇÃO TENDINEA EM FACE MEDIAL DE COTOVELO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO HA 3 MESES. APRESENTA SANGRAMENTO CONTROLADO. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES. | NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas | 23 - Diagnóstico Inicial / Código | | |
| ANAMNESE + EXAME FÍSICO | FERIMENTO EM FACE MEDIAL DE COTOVELO DIREITO | | |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

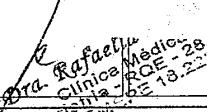
| | | | |
|--|-----------------------------|--|---|
| 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas | |
| S411 | V870 | 0301 | |
| DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS | | | |
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado | 28 - Código do Procedimento | | |
| DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS | 0415040035 | | |
| 29 - Especialidade | 30 - Caráter de Atendimento | 31 - Documento | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente |
| CIRÚRGICA | 2 | (X) CNS | () CPF |
| 33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente | 34 - Data da Solicitação | 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) | |
| SORMANE DE CARVALHO BRITTO | 18/07/2018 | 16339 | |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| 36 - () Acidente de Trânsito | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - Nº Bilhete | 41 - Série |
| 37 - () Acid. Trabalho Típico | 42 - CNPJ / Empresa | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR |
| 38 - () Acid. Trabalho Trajeto | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------|--------------|------------------|----------------|------------------|
| 45 - Vínculo com a Previdência | AUTORIZAÇÃO | | | | |
| () Empregado | () Empregador | () Autônomo | () Desempregado | () Aposentado | () Não Segurado |

| | | |
|---------------------------------------|--|---|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor | 48 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) |
| | E26000001 | 152 - |
| 48 - Documento | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador | |
| () CNS | () CPF | |

| | |
|--|---|
| 50 - Data da Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) |
| | |
|  | |

Código do Laudo: 437056



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 50774
Paciente : 116784
Convênio Atend. : 1
Leito : 756
Dt. Início : 18/07/2018 22:02
Dt. Fim : 18/07/2018 22:48
Did. Pré-Operatório : S518
Did Pós-Operatório : S518
Sala : 0004 SALA 04
ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS
SUS - INTERNACAO
VERMELHO EXTRA 21
FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO
FERIMENTO DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO
Atendimento : 437073
Carteira :
Idade : 43 Anos 27 Dias 22 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 30 BLOQUEIO LOCAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO 14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO OPERATÓRIO: FERIMENTO EXLENDO EM ANTEBRAÇO DIREITO.
INDICACAO TERAPÊUTICA: LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO FERIMENTO+ SUTURA DE EXLENDO FERIMENTO

OPERADOR: DR. HYGINO CAIO CAVALCANTE
2º AUXILIAR: DRA. MARILIA
ANESTESIA: LOCAL + SEDAÇÃO
ANESTESISTA: DRA. DEBORA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL E SEDAÇÃO
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MSD
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. OBSERVADO FERIMENTO EM REGIÃO MEDIAL DO COTOVELO CERCA DE 20 CM E REGIÃO POSTERIOR CERCA DE 4 CM
5. LIMPEZA CIRURGICA COM SF0,9% 4000ML + DESBRIDAMENTO
SUTURA COM NULON 3-0
CURATIVO
BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

*Jr. Renato Furtado
Ortopediar Traumatologista
CRM-PE 25.345*

DR(A) : HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CRM : 14859

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **437073**

Usuário: ANDERSONSC

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP. : 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| Paciente: ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS | Prontuário: 116784 | |
| Idade: 43a 4m 26d | Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO | Data de Nascimento: 21/02/1975 |
| Profissão: | Escolaridade: | |
| R.G.: 4345976 | C.P.F.: 82483809472 | Telefone: 402 - JARDIM BRASIL |
| Endereço: RUA MATARIPE | | CEP 53300300 - OLINDA - PE |
| Origem: URGENCIA/EMERGENCIA | Dados da Internação | |
| Convênio: SUS - INTERNACAO | Data e Hora da Internação: 18/07/2018 12:07 | |
| Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI | Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA | Leito: VERMELHO EXTRA 21 |
| Médico Internação: PLANTONISTA CLINICO | | |

DADOS DO RESPONSÁVEL

| | | |
|-----------|-----------|---------------|
| Nome: | R.G.: | C.P.F.: |
| Endereço: | - Número: | |
| Telefone: | Cidade: | Estado civil: |

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

| | |
|---|---------------------|
| Data da Alta: <u>19/07/18</u> | Hora da Alta: _____ |
| Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão | |
| Condições de Alta: <u>Boas</u> | |
| Diagnóstico Principal.....: <u>Ferimento extenso e anelarço Q.</u> | |
| Diagnóstico Secundário01: _____ | |
| Diagnóstico Secundário02: _____ | |
| Procedimento.....: <u>LC + DC + sutura</u> | |
| <p style="text-align: right;"><i>Manoel Oliveira Ferreira</i> Ortopedia/Traumatologia CRM/PE 24589</p> <p>Médico e CRM:</p> | |
| Responsável pela retirada do paciente | Assinatura e RG |

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura de Serviço
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





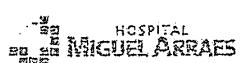
EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ISAEL FRANCISCO DOS SANTOS REG: 116784

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

| DATA/HORA | |
|-----------------|--|
| 17/07/18 | # SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO |
| | PACIENTE COM HISTÓRICO DE FERIMENTO PROFUNDO COM EXPOSIÇÃO TENDÍNEA EM FACE MEDIAL DE COTOVELO DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO HÁ 3 HORAS. APRESENTA SANGRAMENTO CONTROLADO. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES. |
| | PULSO DISTAL PRESENTE BEG, LOTE, AFEBRIL, EUPNEICO |
| | HD. FERIMENTO CORTANTE PROFUNDO EM FACE MEDIAL DE COTOVELO DIREITO |
| | CD. INTERNAMENTO / AO BLOCO |
| | <i>Jan. Busatto Figueira Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 26.889</i> |
| 19/07/18 07h | # 807# HD: 10/18/07 LCTDC + sutura d ferimento extenso e antebraço (D) Pde. estável, sg goteiras EEG: consciente, orientado, espontâneo PIED: evitativo e FD. |
| | CD: alta e retorno ao - balanço qd 02 dias ATD + analgesia curativo hérrio |
| | <i>Manoel Oliveira Figueira Ortopedia Traumatologia CRM-PE 24589</i> |





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Isaell Francisco Registro: _____

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____



Atendimento: 437073

Dt Atendimento: 18/07/2018 - 12:07 Dt Alta: 19/07/2018 - 10:22
Paciente: 116784 ISABEL FRANCISCO DOS SANTOS

Serviço: 23 CLINICA GERAL Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 756 VERMELHO EXTRA 21 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: MONICABSL

CID:

Procedimento de Alta: 0301060088 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA MEDICA

Observação de Alta

MONICA BARBOSA DOS SANTOS LIMA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



SINISTRO 3180470782 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ISAEL FRANCISCO DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ISAEL FRANCISCO DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 82483809472

Posição em 23-10-2018 10:45:33

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

