

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS, brasileira, casada, do lár, portadora do RG n.º 9.392.710 SDS/PE e do CPF n.º 701.728.354-61, residente e domiciliada na Rua Das Flores, n.º 788, Agamenon Magalhães, Igarassu/PE. Cep. 53.640-648.

OUTORGADOS: Bel. **ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF n.º 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, brasileira, divorciada, portadora do RG n.º 7.742.986 SSP/PE e do CPF n.º 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, n.º 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 judicium* 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 oportuno 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, 18 de fevereiro de 2019.

Outorgante: Emanuely Jaqueline de Souza Santos.



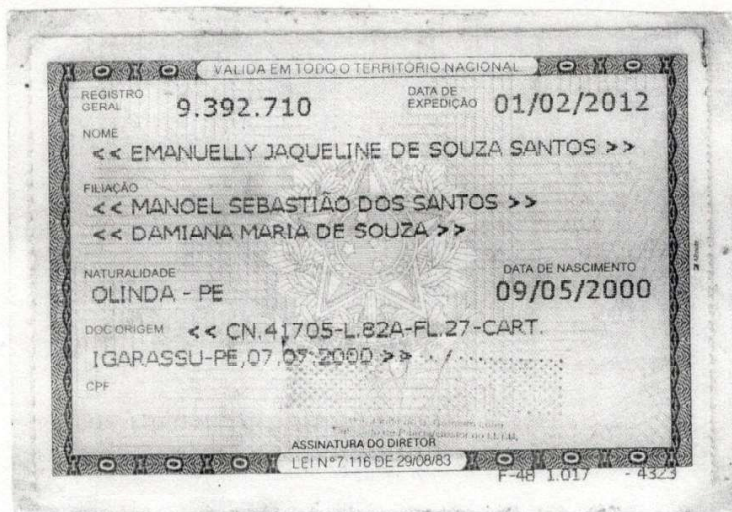
DECLARAÇÃO DE IMPOSSIBILIDADE

EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS, brasileira, casada, do lar, portadora do RG n.º 9.392.710 SDS/PE e do CPF n.º 701.728.354-61, residente e domiciliada na Rua Das Flores, n.º 788, Agamenon Magalhães, Igarassu/PE. Cep. 53.640-648. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL 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 **AÇÃO 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, 18 de fevereiro de 2019.

Declarante: Emanuelly Jaqueline de Souza Santos.





MINISTÉRIO DA FAZENDA
 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
701.728.354-61

Nome
EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS

Nascimento
09/05/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





JOAO BATISTA SANTANA DA LUZ
R DAS FLORES 788 SN
A MAGALHAES
53640-648 IGARASSU - PE



Postagem: 12/11/2018
Vencimento: 23/11/2018
Emissão: 09/11/2018
Fechamento próxima fatura: 18/12/2018

Titular: **JOAO BATISTA SANTANA DA LUZ**
Cartão: **4593.XXXX.XXXX.3480**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse itau.com.br cartões cadastre fatura digital

vencimento

23/11/2018

A) pagamento total

541,81

B) pagamento mínimo

86,22

C) parcelas fixas

50,48
+23x 50,48

Veja outras opções na 2ª folha

Se você não pagar a fatura integralmente, o valor da parcela mínima será acrescido de juros e multa. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total R\$ 5.000,00
Limite utilizado R\$ 0,00
Borracha de recursos Financeiro R\$ 500,00

Programa Sempre Presente Nacional

Saldo de pontos acumulados no programa em 11/2018: 4.874 pontos
Pontos a expirar no programa em 12/2018: 0 pontos
Se você não pagar a fatura integralmente, o valor da parcela mínima será acrescido de juros e multa. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Caso você não pague a fatura integralmente haverá cobrança de juros sobre as novas compras a partir da data de sua realização até o pagamento total da fatura. Somente as compras lançadas após o pagamento integral da fatura não terão incidência de juros.

Compra presencial
com o uso do cartão e senha

Lançamentos: compras e saques

JOAO B S DA LUZ (final 3480)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR R\$
17/07	MERCADOPAGO	13,87
	DIVERSOS OSASCO	
17/07	MERCADOPAGO	13,87
	DIVERSOS OSASCO	
17/07	MERCADOPAGO	13,87
	DIVERSOS OSASCO	
17/07	MERCADOPAGO	13,87
	DIVERSOS OSASCO	
17/07	MERCADOPAGO	13,87
	DIVERSOS OSASCO	
17/07	MERCADOPAGO	13,87
	DIVERSOS OSASCO	
17/07	MERCADOPAGO	13,87
	DIVERSOS OSASCO	



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75421 42543.432522 50451.630003 6 000

Nome do Pagador: JOAO BATISTA SANTANA DA LUZ
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ): BANCO ITAUCARD S.A. - 17.192.451/0001-70
Endereço do Beneficiário: ALAMEDA PEDRO CALIL 43, CENTRO - POA - SP

Nosso Número: 175/42425434.3
Valor do Documento: R\$ 541,81
Vencimento: 23/11/2018
Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75421 42543.432522 50451.630003 6 000	
Local de Pagamento: Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. De preferência para o pagamento até a data de vencimento. Se você não pagar a fatura integralmente, o valor da parcela mínima será acrescido de juros e multa. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.				Data de Vencimento: 23/11/2018
Nome do Pagador: JOAO BATISTA SANTANA DA LUZ Nome do Beneficiário: BANCO ITAUCARD S.A. - 17.192.451/0001-70 Endereço do Beneficiário: ALAMEDA PEDRO CALIL 43, CENTRO - POA - SP				Agência/Código Beneficiário: 2525/04516-3
Valor do Documento: R\$ 541,81	Número do Documento: 0024/425434/0007107	Especie DOC: ET	Aceite: N	Data do Processamento: 09/11/2018
Valor do Documento: R\$ 541,81	Valor do Documento: R\$ 541,81	Especie: R\$	Quantidade: 1	Valor do Documento: R\$ 541,81
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". De preferência ao pagamento total. Não é necessário pagar o valor total, mas o valor pago deve ser superior ao valor devido. Se você não pagar a fatura integralmente, o valor da parcela mínima será acrescido de juros e multa. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.				Valor Pago: R\$ 541,81
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: JOAO BATISTA SANTANA DA LUZ - 581.899.984-04 R DAS FLORES 788 SN - A MAGALHAES - 53640-648 IGARASSU - PE Sacador Avalista:				



TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

206.89381.38-1

NÚMERO

9469423

SÉRIE

0050

LIT

PE

Emanuella Jacqueline de S. Santos

ASSINATURA DO TITULAR





QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS

FILIAÇÃO.....: DAMIANA MARIA DE SOUZA
MANOEL SEBASTIAO DOS SANTOS
NASCIMENTO.....: 09/05/2000
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE.....: OLINDA - PE
DOCUMENTO.....: R.G. - 9392710 - 01/02/2012 - SDS - PE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 701.728.354-61 CNH.....:
TIT. ELEITOR: 094507900825 SEÇÃO: 0176 ZONA: 085
LOCAL DE EMISSÃO: PM - IGARASSU
DATA DE EMISSÃO: 01/12/2017


EDUARDO GEOVANE DE FREITAS LEITE
Superintendente Regional de Trabalho e Emprego/PE
ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE	PARA
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CAMPO DO SERVIDOR	
MOTIVO	

FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE	PARA
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CAMPO DO SERVIDOR	
MOTIVO	

FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE	PARA
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CAMPO DO SERVIDOR	
MOTIVO	

FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. DE	PARA
DOCUMENTO	
ASSINATURA E CAMPO DO SERVIDOR	
MOTIVO	

03



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. n° 879, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

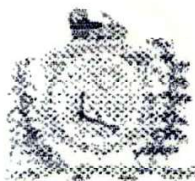
06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR	
CGC/CPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	
	CBO Nº
DATA DE ADMISSÃO	DE
REGISTRO Nº	FLS. / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
ASS. DO EMPREGADOR OU A SOCIO C/ TESTEMUNHA	
1ª	2ª
DATA DE SAÍDA	DE
ASS. DO EMPREGADOR OU A SOCIO C/ TESTEMUNHA	
1ª	2ª
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

07





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 029ª CIRCUNSCRIÇÃO - IGARASSU -
DP29ªCIRC DIM/8ªDESEC

496992

0008666/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0119000019

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/01/2019 às
10:28

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 21/10/2018 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IGARASSU, 1. RUA LARANJAL,
LOTEAMENTO MENINO JESUS DE PRAGA, SÍTIO BOA VISTA, IGARASSU-
PE - Bairro: BELA VISTA - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de
Referência: PRÓXIMO ESMALTE BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
JOÃO BATISTA SANTANA DA LUZ (OUTRO)
CARLOS HENRIQUE SANTOS DA LUZ (TESTEMUNHA)
EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
CARLOS HENRIQUE SANTOS DA LUZ

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

EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: DAMIANA MARIA DE SOUZA Por **MANOEL SEBASTIÃO DOS SANTOS** Data
de Nascimento: 9/8/2000 Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
9992710/SD3/PE (RG), 79172835481 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Telefones Celulares:
- 993726281

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE IGARASSU, 109, AVENIDA ERASMO MARTINS DO
CARMO, 109, SÍTIO BOA VISTA, IGARASSU-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL -
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, ESCOLA JOSÉ MARTINS DO CARMO**

CARLOS HENRIQUE SANTOS DA LUZ (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
VERA LUCIA SANTOS DE LUZ Por **JOÃO BATISTA SANTANA DA LUZ** Data de Nascimento:
22/7/1987 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:



12198795493 (CPF), 96893590324 (CNH) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **FORNEIRO (ALTO-FORNO)** Telefones Celulares: **893726261**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE IGARASSU, 169, RUA ERASMO MARTINS DO CARMO, 169, SÍTIO BOA VISTA, IGARASSU-PE - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ESCOLA JOSÉ MARTINS DO CARMO**

JOÃO BATISTA SANTANA DA LUZ (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **BENEDITA JOSEFA SANTANA** Pai: **MANOEL INÁCIO DA LUZ** Data de Nascimento: **14/3/1968** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOÃO BATISTA SANTANA DA LUZ**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS HENRIQUE SANTOS DA LUZ** Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não** Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDK8432** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **110842164** Chassi: **9C2ND1126GR001786**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA / XRE 300, PLACA PDK8432, COR VERMELHA.**

Complemento / Observação

ALEGA A SENHORA EMANUELLY JACQUELINE DE SOUZA SANTOS, QUE NO DIA 24 DE OUTUBRO DE 2018 ESTAVA COMO GARUPA NA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR SEU COMPANHEIRO CARLOS HENRIQUE, indo a casa de sua genitora, quando a MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA DA PISTA E ELES CAIRAM, OCASIÃO EM QUE A VITIMA TEVE FRATURA EXPOSTA NO DEDO MINIMO DO PÉ ESQUERDO. FOI SOCORRIDA PELO CONDUTOR, QUE NADA SOFREU, PARA O HOSPITAL DE IGARASSU SENDO TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES EM PAULISTA, ONDE PASSOU POR CIRURGIA, COLOCANDO PLATINA E TENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA SEGUINTE.

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

1. Emanuelly Jaqueline de Souza Santos

EMANUELLY JACQUELINE DE SOUZA SANTOS
(VITIMA)

CARLOS HENRIQUE SANTOS DA LUZ
(TESTEMUNHA)

2. Carlos Henrique Santos da Luz

B.O. registrado por: **AGUINALDO AMARO DA SILVA JUNIOR** - Matrícula: **3811859**



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE HOSPITALAR DE IGARASSU

SULTUYA

Data: 20/02/2019
Hora: 16:29
Código do Município: 2006

BOLETIM DE ATENDIMENTO/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Registro Nº: 53687 Cartão SUS: _____ SIS Pré-Natal: _____
Identidade: 9392710 Órgão: _____ Nascimento: 09/05/00 Idade: 18 Sexo: F
Nome: MANUELLY JAQUETINA DE SOUZA SANTON
Nome da Mãe: DOMIANA MARIA DE SOUZA
Endereço: CRAMO MARTINS, S/A Bairro: BOA VISTA
Município: IGARASSU Ponto Referência: CENTAURO
Responsável: A MEXIA Documento: RG Fone: 993720207
Reside em área coberta por PSF: ☐ NÃO ☐ SIM Qual o PSF? _____

Por que não procurou o PSF? _____

Considera o atendimento do PSF na área de sua residência: ☐ ÓTIMO ☐ BOM ☐ REGULAR ☐ RUIM

Ocorrência de Evento Externo: ☐ NÃO ☐ SIM, preencha campo abaixo:

1 - Acidente de Trânsito 2 - Agressão 3 - Acidente de Trabalho 4 - Auto-Agressão 5 - Suicídio 6 - Outros acidentes

Especificar: _____

SINAIS VITAIS/ANTROPOMÉTRICOS

PA: _____ x _____ FC: _____ TEMPERATURA: _____ ESTATURA: _____ PESO: _____ HGT: _____

Alergia a Medicamentos/Alimentos/Substâncias: ☐ NÃO ☐ SIM

Especificar: _____

Medicamentos em Uso: _____

História Clínica e Exame Físico:

húmido, p. pulmões - s. p. pulmões
ax: g. pulmões - s. p. pulmões
rx: 14.12.19 (out. pulmões)

Wesley O. Souza
Médico
CRM: 15726

CID 10

DEFINIÇÃO DO CASO

Tipo de Atendimento: ☐ Básico ☐ Urgência/Emergência ☐ Especializado ☐ Alta Complexidade

Destino do Paciente: ☐ Alta ☐ Internamento ☐ Evasão ☐ Óbito ☐ IML ☐ SVO ☐ Transferência

Unidade: _____ Senha: _____

Motivo da Transferência: _____

Código dos Procedimentos: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico Responsável: _____

Assinatura do Recepcionista: _____



DE IGARASSU

Comarca - Branco



PREFEITURA MUNICIPAL DE IGARASSU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE HOSPITALAR DE IGARASSU



ENCAMINHAMENTO - TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES

DATA: 21/11/18

HORA: _____

Nome do paciente: Emmanuelly Zepherina de S. S.

Nº da Senha: 5535500

Transferido para: UINA (out. ped.)

Histórico: Paciente com quadro agudo de
S. pulmonar aguda.
Ocorrência de ECG anormal.

Motivo da transferência: Solicitação de avaliação

Wesley C. Souza
Médico
CRM - PE 4379F

Assinatura e carimbo do Médico

OBS: Preencher em 02 (duas) vias

Av. Dr. Sá Pereira - Centro - Igarassu - PE, CEP. 53600-000 - CGC: 12.052.214.0001-00
Fone/Fax: 3543-0566 - E-mail: uhi@igarassu.pe.gov.br

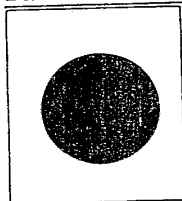


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/10/2018 18:23



Nome Paciente: EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS
Cód. Paciente: 119544
Data de Nascimento: 09/05/2000
Sexo: Feminino
Idade: 18
Senha: 0020
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 449647
SAME: 106533

ontop

Período: 21/10/2018 18:42 - 21/10/2018 18:49

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE REFERE DOR EM PÉ ESQ. AO EXAME FRAT. EXPOSTA EM DEDO O ESMO C/ SANGRAMENTO LEVE APÓS QUEDA DE MOTO EM AR AMBIENTE NEGA VÔMITO, DESMAIO, DOR EM TORAX E ABD

Observação:

PROCEDENTE DO HOSP. IGARASSÚ C/ SENHA 533500 /NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / ASMA / CARDIOPATIA /AVCI /HAS

Fº xograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 2
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 100.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- GLICOSE: 102.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

Esq (Dedo).

REVISADO
MEDICINA

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/10/2018 18:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 20/02/2019 16:14:25

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022016142511500000040963958>

Número do documento: 19022016142511500000040963958

Num. 41572246 - Pág. 3

Atendimento: 449647

Senha da Classificação:

0020

Data e Hora: 21/10/2018 18:31

Paciente: 119544 EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANT Sexo: FEMININO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 09/05/2000 Idade: 18 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: DAMIANA MARIA DE SOUZA Nome do Pai: MANOEL SEBASTIAO DE SOUZA CRM: 12346
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA
 Endereço: AVENIDA ERASMO MARTINS -- NAO SOUBE INFO 1 Bairro: SITIO DOS MARCOS
 Cidade/UF: IGARASSU PE Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dor e deformidade no os
pde após acidente moto ciclistico

Exame Fisico

Ferimentos no os pde + deformi-
dade, movimento

Hipotese Diagnostico

Fratura exposta do
os pde.

Prescrição Médica

Do Siles

Dr. Jefferson Calume
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Mão
CRM-PE 18.757

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () 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	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS			6 - Nº Prontuário	119544
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
103001819266272	09/05/2000	Masculino ☐ Feminino ☒	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	DAMIANA MARIA DE SOUZA			12 - Telefone de Contato	8199372020
13 - Nome Responsável	CARLOS HENRIQUE			14 - Telefone de Contato	993171434
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	AVENIDA ERASMO MARTINS, 1 - SÍTIO DOS MARCOS				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
IGARASSU	260680	PE	53615285		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC), APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DO 05 PDE
--	--

21 - Condições que justificam a Internação	NECESSIDADE DE TTO CIRÚRGICO
--	------------------------------

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	RADIOGRAFIA + EXAME FÍSICO
---	----------------------------

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA EXPOSTA DO 05 PDE	S925	W180 V29.9	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS PODODACTILOS	0408050470		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016288855125
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro no Conselho)	
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	21/10/2018	18757	

FRENCHER 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	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado
--------------------------------	--

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
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)	
	Dr. Fagner Athayde Médico Ortopedista CRM-PE 12551	

AIH
261810164623-7



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 20/02/2019 16:14:25

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022016142511500000040963958>

Número do documento: 19022016142511500000040963958

HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 21/10/2018
Hora.....: 22:20

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 52526	Sala : 0002	SALA 02	Atendimento : 449648
Paciente : 119544	EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO		Idade : 18 Anos 12 Dias 22 Horas
Leito : 253	VERMELHO - EXTRA 004		
Dt. Início : 21/10/2018 20:31	Dt. Fim : 21/10/2018 22:15		
Cid Pré-Operatório : S925	FRATURA DE OUTRO ARTELHO		
Cid Pós-Operatório : S925	FRATURA DE OUTRO ARTELHO		

Procedimentos

Procedimento: 0408050470	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 42	LOCAL

Equipe Médica

URGIAO	18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
--------	---

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DO 5º PDE (FI)
CIRURGIA: LC+DC+ OSTEOSINTESE COM FIOS DE K
CIRURGIÃO: DR JEFFERSON CALUME
1º AUXÍLIO: DR PEDRO CUNHA
2º AUXÍLIO: DR FILIPE GUEDES
ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA COM 2 LITROS DE SF + DESBRIDAMENTO
5. REDUÇÃO ICRUENTA E FIXAÇÃO COM FIOS DE KISCHNER N° 1,5 EM 5º PDE
6. SUTURA POR PLANOS *Disco PELE com Nylon 3.0*
7. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

30-10-18

Dr. Filipe Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 28.989

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR E SEGUIMENTO

NOME Emanuelly Soqueline de Souza Silva 119544
IDADE 8 21/10/18 27/10/18
DIAGNÓSTICO Truque apo

TRATAMENTO REALIZADO

LC + DC + fraxos com fr. fr

ORIENTAÇÃO

Não parar com o medicamento
segundo orientação médica
Retorno ao ambulatório
em 15 dias.

PROGRAMA DE SEGUIMENTO
AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO
DATA DA CONSULTA

Retorno ambu
latório em
15 dias.

Dr. Adson José Alves de Farias
Médico
CRM-PE 28599

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS



FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **449648**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS			Prontuário:	119544				
Idade:	18a 5m 13d	Sexo:	F	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	09/05/2000		
Profissão:				Escolaridade:					
R.G.:	9392710	C.P.F.:			Telefone:	993171434	CEP	53615285	
Endereço:	AVENIDA ERASMO MARTINS			, 1	- SÍTIO DOS MARCOS		- IGARASSU	- PE	
Dados da Internação									
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	21/10/2018 19:26				
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL				
Unidade Internação:	VERMELHA - EMERGEI			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA			Leito:	VERMELHO - EXTRA 004
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA								

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	22/10/18	Hora da Alta:			
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão...
Condições de Alta:	Boas condições clínicas				
Diagnóstico Principal.....:	Fratura exposta de 5ª PDB				
Diagnóstico Secundário01.:	REVISABE CIH-HM				
Diagnóstico Secundário02.:					
Procedimento.....:	LC + DC + FIXAÇÃO com fio K				
Dr. Leonardo Freire Médico CRM-PE 20598					
Médico e CRM:					

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, anestésias, 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 _____

X Emanuelly Sabulino



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 449647 Prontuário: 119544 SAME: 106533 Hora Atend: 18:31 Data Atend: 21/10/2018
Paciente..... : EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS Idade: 18 a
Endereço..... : AVENIDA ERASMO MARTINS
Bairro..... : SITIO DOS MARCOS
Cidade..... : IGARASSU UF.: PE CEP: 53615285
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 21/10/2018 Hora Saída : 19:25

Prestador da Evolução Médica:

JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR / 18757
CIRURGIA GERAL



Atendimento: 449648
Dt Atendimento: 21/10/2018 - 19:26 Dt Alta: 22/10/2018 - 11:16
Paciente: 119544 EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 253 VERMELHO - EXTRA 004 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ANDERSONSC

CID: S925 FRATURA DE OUTRO ARTELHO

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ANDERSON DOS SANTOS CORSINO

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Emanuelly Siqueira de Siqueira REG: _____
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	#501#
(2/10/18)	H.D. POB(1/10) EC+OC + fixação
07h	com fio K chegado de
	5=POB(espina)
	Paciente grávida, gestação
	sem intercorrências
	BEB, Afável, LTB, Suprino
	MIE, Fo. Ligeira, bom pap. de
	cd. Alta, hospitalar +
	orientação

Dr. Isa Busto Freire
Médico
CRM-PE 28559



SINISTRO 3190021277 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** EMANUELLY JAQUELINE DE SOUZA SANTOS**CPF/CNPJ:** 70172835461**Posição em 11-02-2019 12:38:00**

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

