

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, AUTÔNOMO (atualmente desempregado), portador do RG n.º 10.391.144 SDS/PE e do CPF n.º 148.852.034-81, residente e domiciliado na 3ª Travessa Castro Alves, n.º 56, centro, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.565.270.

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: wradvogadosip@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 **ACÃO 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, 28 de fevereiro de 2019.

Outorgante: Lucas Henrique Santos Silva



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA, brasileiro, solteiro, AUTÔNOMO (atualmente desempregado), portador do RG n.º 10.391.144 SDS/PE e do CPF n.º 148.852.034-81, residente e domiciliado na 3ª Travessa Castro Alves, n.º 56, centro, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.565.270. 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, 28 de fevereiro de 2019.

Declarante: Lucas Henrique Santos Silva



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 01.05.1943 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 TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://trabalho.gov.br)



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

137.03816.68-5

NÚMERO

0404316

SÉRIE

0060

UF

PE

Adson Jose Alves de Farias

ASSINATURA DO TITULAR



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

28/118.0404316-00-09
LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA
FILIAÇÃO.....: HEIDER CRISTINA DOS SANTOS
VANDEVALDO JOSE DA SILVA
NASCIMENTO.....: 30/12/1999
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: CABO DE SANTO AGOSTINHO - PE
DOCUMENTO.....: R.G. - 10391144 - 16/05/2016 - SDS - PE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 148.652.034-81

CNH.....:

TIT. ELEITOR: 094544470868

SEÇÃO: 0124

ZONA: 119

LOCAL DE EMISSÃO: PM - ABREU E LIMA

DATA DE EMISSÃO: 01/03/2018

Eduardo Geovane de Freitas Leite
EDUARDO GEOVANE DE FREITAS LEITE
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/PE

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE

PARA

DOCUMENTO

ASSINATURA E CAMPO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CAMPO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CAMPO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CAMPO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

03

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

A: CASAMENTO | C: DIVÓRCIO | E: RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G: DATA DE NASCIMENTO

B: SE: IDOEA | D: MUDANÇA | F: MUDANÇA VOLUNTÁRIA



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: _____			
DATA DA ANOTAÇÃO: _____ ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR: _____			

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR	DE	DE
CGC/CPF/CEI	FLS. / FICHA	
ENDEREÇO		
MUNICÍPIO	UF	
ESP. DO ESTABELECIMENTO		
CARGO	CEB N°	
DATA DE ADMISSÃO		
REGISTRO N°	FLS. / FICHA	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA		
1ª _____ 2ª _____		
DATA DE SAÍDA		
1ª _____ 2ª _____		
COM. DISPENSA CD N°		
FGTS N° DA CONTA		

07





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0123002171

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/11/2018** às **11:45**

Complementa o BO Número: **18E0123002170**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **23/6/2018** às **12:15**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BARAO DE VERA CRUZ, 1** - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AO LADO DO ATACADÃO DE IGARASSU QUE É ESTABELECIDO EM C. REB**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL / RODOVIA BR FEDERAL NO SENTIDO ABREU E LIMA/IGARASSU.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA (VITIMA)
TACINEY BARREIRAS DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **TACINEY BARREIRAS DE SOUZA**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**

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

LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HEIDER CRISTINA DOS SANTOS** Pai: **VANDEVALDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **30/12/1999** Naturalidade: **CABO DE SANTO AGOSTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10391144/SDS/PE (RG), 14885203481 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 81985204518**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

TACINEY BARREIRAS DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELIANE BARREIRAS DE SOUZA** Pai: **TIAGO SOARES DE SOUZA** Data de Nascimento: **16/6/1984** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6727595/SDS/PE (RG), 05360835419 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OPERADOR** Telefones Celulares: **- 81985814576**

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ABREU E LIMA, 205, RUA MANOEL DE SANTANA, CONDOMÍNIO ANTONIO ALEXANDRE - CEP: 0 - Bairro: ALTO SAO MIGUEL - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGA MOTOMAI**

30/11/2018 11:38



PESSOA DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DESCONHECIDA** Pai: **DESCONHECIDO** Data de Nascimento: **1/1/1999** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Motivo da Viagem: **OUTROS**

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

VEÍCULO I (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TACINEY BARREIRAS DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TACINEY BARREIRAS DE SOUZA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PFZ6307** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

Descrição: **MOTOCICLETA DE MARCA HONDA MODELO FAN 150 DE COR PRETA ANO 2012 DE PLACA PFZ 6307 ABREU E LIMA PE EM NOME DE TACINEY BARREIRAS DE SOUZA**

VEÍCULO II (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Combustível: **DESCONHECIDO**

Complemento / Observação

RELATA UMA DAS VÍTIMAS QUE É PROPRIETÁRIO DA MOTO EM TELA E VINHA CONDUZINDO A SUA MOTO COM O GARUPA QUE É TAMBÉM VÍTIMA NESTA OCORRÊNCIA E QUANDO TRANSITAVA PELA RODOVIA BR FEDERAL NO SENTIDO ABREU E LIMA PARA IGARASSU E DE FRENTE AO ATACADÃO ONDE AMBOS IRIAM ENTRAR, O VEÍCULO I I UMA MOTO PILOTADA POR PESSOA DESCONHECIDA, COLIDIU NA LATERAL DO VEÍCULO CAUSANDO ESCORIAÇÕES NO GARUPA LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA ESTE FOI LEVADO PARA A UPA DE IGARASSU EM CRUZ DE REBOUÇAS, CONFORME ATENDIMENTO 982998 E SENHA DE CLASSIFICAÇÃO Nº 0074 DATADOS DE 23/06/2018 AS 12H38, ONDE O GARUPA SOFREU UMA FRATURA DO TERCEIRO METACARPO ESQUERDO DA MÃO. FORMALIZOU BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE RECEBIMENTO JUNTO AO DPVAT. CASO AFETO A ESTA DELEGACIA.

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

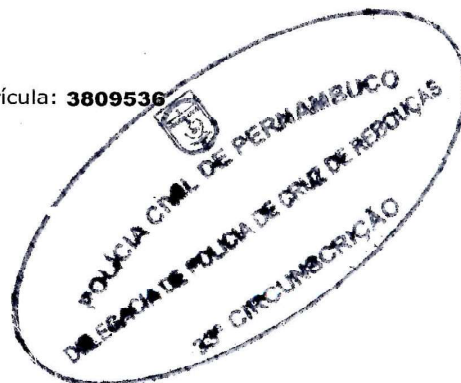
Lucas Henrique Santos Silva
LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA

(VITIMA)

Taciney Barreiras de Souza
TACINEY BARREIRAS DE SOUZA

(VITIMA)

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO DE MELO QUEIROZ** - Matrícula: **3809536**

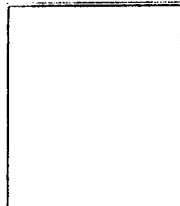


UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/06/2018 12:22



Nome Paciente: LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 30/12/1999
Sexo: Masculino
Idade: 18
Senha: 0074
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 23/06/2018 12:34 - 23/06/2018 12:35

MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA NA MÃO E HOJE

Observação: ACIDENTE DE MOTO.

NEGA ALERGIA

Histórico sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5
- ESCALA DE GLASGOW: 15

Acolhido(a) por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/06/2018 12:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 11/03/2019 15:28:54

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031115285395600000041606448>

Número do documento: 19031115285395600000041606448

Num. 42227558 - Pág. 1

Atendimento: 982998

Senha da Classificação:

0074

Data e Hora: 23/06/2018 12:38

Paciente: 55248 LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 30/12/1999 Idade: 18 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: HEIDER CRISTINA DOS SANTOS Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: CASTRO ALVES -- A 54 Bairro: MATINHA
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53585140 Usuário Atendimento: CECILIAMRS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg
DATA: / / HORA 12:45

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Doença de moto há 1h.

EXAME FÍSICO:

Dor + deformidade na mão e punho E.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fx?

ICITAÇÃO DE EXAMES:

Plc → Fx 3º MTC E.

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

<i>Dieta livre</i>	
<i>Tala para gesso MSE</i>	
<i>Dipirona 1g IV q 6h.</i>	
<i>curativo limpo E y Ponto</i>	
<i>14:36</i>	

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

Dr. Igor Danilo de Oliveira
Médico
CRM: 22.842

Autorizo p/ meus papéis



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

23.03.2019 - At 15h de vacante para em reabilitação p/ pns-ent
 06/18 por: Lina. propinas

Atestado B da Cols Santa
 (assinado) 06/18

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☐ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: _____ SENHA: _____

☐ ÓBITO Data: ____/____/____ ÀS _____ ☐ ATESTADO DE ÓBITO ☐ SVO ☐ IML

 Médico / Cremepe:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____ HORA: _____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:

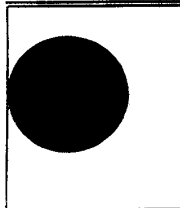


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/06/2018 16:05



Nome Paciente: LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA
Cód. Paciente: 116025
Data de Nascimento: 30/12/1999
Sexo: Masculino
Idade: 18
Senha: 0014
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 433853
SAME: 103100

Onlep

Período: 23/06/2018 16:54 - 23/06/2018 16:58

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

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE REFERE DOR EM MSE APÓS COLISÃO MOTO - MOTO NEGA VÔMITO, DESMAIO, DOR TORACICA E ABD. /MSE IMOBILIZADO C/ BOA PERFUSÃO PERIFERICA

Observação:

PROCEDENTE DA UPA DE IGARASSÚ C/ SENHA 5454034 /NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / ASMA / CARDIOPATIA /REFERE HAS ISOLADA

ograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 3
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 79.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

.....
MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL
ENFERMEIRO(A) URGÊNCIA
COREN-PE 266.143

REVISADO
NEPI-HMA

As 10:30 (comunicação do Bloco)
As 21:30 (comunicação do Dr. Samuel)

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

Data Impressão: 23/06/2018 16:58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 11/03/2019 15:28:54

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19031115285395600000041606448

Número do documento: 19031115285395600000041606448

Num. 42227558 - Pág. 4

Atendimento: 433853

Senha da Classificação:

Data e Hora: 23/06/2018 16:09

Paciente: 116025 LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 30/12/1999 Idade: 18 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: HEIDER CRISTINA DOS SANTOS Nome do Pai: VANDEVALDO JOSE DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: RUA MANOEL DE SANTANA -- AP205 205 Bairro: CENTRO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Usuário Atendimento: MONICABSL

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 vítima de Acidente automobilístico, refere dor e deformidade em Mão Esquerda. Segue em uso de Gesso Axila - Pulmão em MGO.

Exame Físico

Paciente segue com dor e deformidade em mão Esquerda.

Hipótese Diagnóstica

FX Desplacada de 3ª MTC Esquerda.

Prescrição Médica

Internação Hospitalar
Osteossíntese da 3ª MTC Esquerda
Dr. Alexandre Brito

Dr. Igor Alcencor
Médico
CRM: 28.446

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

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA			6 - Nº Prontuário	116025
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
704608619974329	30/12/1999	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	HEIDER CRISTINA DOS SANTOS			12 - Telefone de Contato	8198563577
13 - Nome Responsável	HEIDER			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA MANOEL DE SANTANA, 205 - CENTRO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	260005	PE	53560970		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
TE RELATA ACIDENTE DE MOTO ONDE EVOLUIU COM DOR, EDEMA E DEFORMIDADE EM MÃO ESQUERDA.

21 - Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO
ANAMNESE, EXAME RADIOGRÁFICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DO 3º METACARPO ESQUERDO	S623	V224	03.01.06.007-0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPÍANOS	0408020377		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	☒ (X) CNS ☐ () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	23/06/2018	16339	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

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)
	E2600000001	
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. Antonio Albuquerque Queiroz Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 19077 / RBO 14046	

AIH
261810161258-8

Código do Laudo: 433853



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA REG: 116025

IDADE: 18 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 23/6/2018 DATA DA ALTA 26/06/18

DIAGNÓSTICO:

Fratura da tíbia do 3º metacarpo esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO:

Uso de gesso

ORIENTAÇÃO:

Voltar para casa

Retornar em 15 dias ou caso

exija ou soltar o talo.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL

15 dias. Ambulatório

Dr. Paulo

Dr. Antonio Albuquerque Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19797 / TEO-14048

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 433929

Usuário: ANDERSONSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente: LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA	Prontuário: 116025
Idade: 18a 5m 27d	Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 30/12/1999
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 10391144	C.P.F.:
Endereço: RUA MANOEL DE SANTANA	Telefone:
	CEP: 53560970
	- ABREU E LIMA - PE

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Data e Hora da Internação: 24/06/2018 16:29

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: GERAL

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA

Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO

Leito: VERD2-29

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	Estado civil:
Cidade:		

FATURADO
05/07/18
CLAUDEYAN SOUSA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 26 / 06 / 18

Hora da Alta: _____

Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Para alta com seguimento

Diagnóstico Principal.....: Fratura da perna do 3.º Mto esquerdo

Diagnóstico Secundário01..: _____

Diagnóstico Secundário02..: _____

Prescrição.....: Prescrição com medicação prescrita

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável: _____

Médico e CRM: Dr. Antonio Albuquerque Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19797 / FÉ 014046

Responsável pela retirada do paciente _____

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 _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



26.06.18

17:40

SOT #
Bloco Cirúrgico

Hb: Fratura Deslocada do 3º Met. 2ª.

Revisar os exames

Boa Loto, Chave

Mio ci talh Gossard Intrínseco plus
Retirar talo e realizar exame físico
Sem Desvio Rotacional no Pênis e

Extensão das Dedos

Edema moderado Sem Síndrome Compartimental

Boa perfusão periférica

Rx Fratura Espinal da F3/4 sem
instabilidade ligamentar, Sem
Desvio Rotacional.

CD: Alta Hos p Loto pl tto Gossard

Dr. Antonio Albuquerque Queiroz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 19797 / TEOT 14046



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 433853 Prontuário: 116025 SAME: 103100 Hora Atend: 16:09 Data Atend: 23/06/2018
Paciente..... : LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA Idade: 18 a
Endereço..... : RUA MANOEL DE SANTANA
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : ABREU E LIMA UF...: PE CEP: 53560970
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 24/06/2018 Hora Saída : 16:05

Prestador da Evolução Médica: **SORMANE DE CARVALHO BRITTO**

SORMANE DE CARVALHO BRITTO / 16339
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5454034
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Lucas Henrique Santos Silva Idade: 18

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Abreu e Lima

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: queda de moto há 1h

Hipótese Diagnóstica: Fr 3ª mc Esq.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifoide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

autorizo por meus próprios



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()

Lesões Intra-Torácica: S() N() Fratura Pélvis: S() N()

Lesões Infra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação() Alteração no Humor()

Usou outras drogas: S() N() Informante: Vítima() Outros()

Loló() Maconha() Cola() Cocaína () Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Extase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: 100%

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

RX: S() N() Analgesia: S() N()

Infusão de Fluidos: S() N() Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

- TAC
- Avaliar necessidade cirúrgica

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: UVA Hora: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Igorami 22/06/18
Local e data

Jr. Igor Danilo de Oliveira
Médico
CRM-PE: 22.847
Médico Assistente



SINISTRO 3180569012 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO LUCAS HENRIQUE SANTOS SILVA

CPF/CNPJ: 14885203481

Posição em 07-12-2018 18:52:59

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

