

PROCURAÇÃO

VHS

OUTORGANTE:

Eberiton Vieira Valentin, E-mail: _____ brasileiro, profissão: Adv. PINTOR, portador da Cédula de Identidade sob o nº. 8.792.011-50/PE inscrito no CPF/MF sob o nº 113.689.634-12, residente e domiciliado na

R-OLEGARIO MARIANO, 180, Cidade: OLINDA - PE - CEP 53.250-441.
CASA-A - FRAGOSO

OUTORGADO: RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351, **JAIME MARÇAL DANTAS FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947 todos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Sala 102, Recife - PE, CEP 50750-630 e o Acadêmico em Direito e **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 088.260.164-45.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-juditia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, como também retirar alvará judicial de pagamento em cartório, e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, quando necessário podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **reter** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

Recife, _____ de _____ de 2018.

★ Eberiton Vieira Valentin
AUTOR(A)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, EBERTON VIEIRA VALENTIN,

E-mail: _____ brasileiro, profissão: Ajd PINTOR,

portador da Cédula de Identidade sob o nº. 8.792.011, inscrito no

CPF/MF sob o nº 113.689.634-12, residente e domiciliado na

R-OLEGARIO MARIANO, 180, Cidade: OLINDA - PE - CEP

CASA.A - FRAGOSO
53.250-441; declaro sob as penas da lei que não tenho condições

de arcar com custas processuais, bem como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei 1060/50.

Recife, 06 de Dezembro de 2017.

+ Eberton Vieira Valentin



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
ACADEMIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EBERTON VIEIRA VALENTIN

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8792011 SDS PE

CPF
113.689.634-12

DATA NASCIMENTO
23/05/1993

FILIAÇÃO
EMANOEL VICENTE
VALENTIN
ELIZABETE VIEIRA
CAVALCANTE

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
2B

Nº REGISTRO
05453237948

VALIDADE
09/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
27/03/2012

OBSERVAÇÕES
MAR

ASSINATURA DO PORTADOR
Eberton V. Valentim

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
09/02/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Charles Anderson Sousa Ribeiro
Charles Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

18050127002
PE075506467

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1421241957

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421241957

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Documentos impressos e entregues pelos CORREIOS	
☐ Endereço insuficiente ☐ Recusado ☐ Desconhecido ☐ Mudou-se ☐ Não existe o nº indicado ☐ Informações escritas pelo porteiro ou síndico	☐ Outros
Responsável: _____ Reintegrado ao Serviço Postal em: ____/____/____	

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

1115051129080119000004908461000136



SECRETARIA MUNICIPAL DE CONSERVAÇÃO E SERVIÇOS PÚBLICOS

REMETENTE:
AUTARQUIA MUNICIPAL DE TRÂNSITO E CIDADANIA - AMC
FORTALEZA/CE
Av. Carapinima, 2200, Loja 253B Shopping Benfica
Benfica - Fortaleza - CE
60015-290



001777AF6000049020000049



Nome: EBERTON VIEIRA VALENTIN
Endereço: RUA OLEGARIO MARIANO, 180 CASA A
Bairro: FRAGOSO
Cidade: OLINDA - PE
CEP: 53250-441

Data de postagem: 14/01/2019

Auto de Infração: A505059457

Remessa:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

OBSERVAÇÕES RELATIVAS À INTERPOSIÇÃO DE DEFESA PREVIA

A defesa da autuação deverá ser apresentada legível por escrito no prazo estabelecido, contendo: nome do requerente, endereço completo com CEP, número do telefone, número do documento de identificação, CPF ou CNPJ, placa do veículo autuado, número do auto de infração e nome do órgão ou entidade de trânsito, exposição dos fatos, fundamentos legais e/ou documentos que comprovem a alegação, data e assinatura do requerente ou seu representante legal. Deverão ser anexadas cópias legíveis dos seguintes documentos, desta notificação (frente e verso) ou do auto de infração, da CNH ou outro documento que comprove a assinatura do requerente, do CRLV e, quando pessoa jurídica, do documento comprovando a representação. Tratando-se de procuração, esta deve ser original e específica, com firma reconhecida e documento do representante. A defesa não será conhecida quando for apresentada fora do prazo, não for proveniente de requerente legítimo comprovado (condutor indicado, proprietário do veículo ou representante legalmente constituído por procuração pública ou particular com firma reconhecida); não houver a assinatura do requerente ou representante legal, não houver pedido ou este for incompatível com a situação fática.

- A defesa deve ser protocolada na Central de Atendimento ou nos postos de atendimento da AMC nas unidades do Vapt-Vupt, Shopping Benfica, Shopping Del Paseo ou no Shopping RioMar no Papicu, bem como pelo aplicativo AMC Móvel ou pelo site <http://www.centralamc.com.br>
- A Central de Atendimento localiza-se na Av. Carapinima, 2200, No da Loja 253B - Shopping Benfica, CEP: 60 015-290, Fortaleza-CE, Telefone (85) 3025-0081.
- Se utilizados os Correios, deverão ser postados com antecedência para o endereço da Central de Atendimento para serem protocolados dentro do prazo legal.
- A data de expedição e a data de postagem desta notificação nos Correios.

Mantenha atualizado seus dados cadastrais junto ao DETRAN que licenciou o veículo.

Data limite para interposição de DEFESA PREVIA: 07/02/2019

INFORMAÇÕES, LIGUE: (85) 3025-0081

Av. Carapinima, 2200, Loja 253B Shopping Benfica 60015-290

SE V. Sa. NÃO É O INFRATOR, LEIA AS INSTRUÇÕES ABAIXO

O formulário de identificação do condutor só produzirá seus efeitos legais se corretamente preenchido, sem rasuras, com assinaturas originais do condutor (firma reconhecida em cartório) e do proprietário do veículo, acompanhado de cópias legíveis do documento de identidade do proprietário, do documento de habilitação do condutor e de comprovante emitido nos últimos 90 (noventa) dias do endereço atual do condutor indicado. No caso de veículo de propriedade de pessoa jurídica, a assinatura do proprietário deverá estar acompanhada de carimbo que o identifique, nome, função ou cargo e CNPJ da empresa.

A falta de identificação do condutor para os veículos de propriedade de pessoa jurídica ocasionará a emissão automática de nova penalidade, amparada legalmente no artigo 257, parágrafo 8º, do Código de Trânsito Brasileiro, regulamentado pela Resolução 151/2003 do CONTRAN. O valor dessa nova penalidade será igual ao valor da multa correspondente a essa infração multiplicado pelo número de penalidades aplicadas ao mesmo veículo por infrações iguais, cometidas no período dos últimos 12 meses, que não tiveram o condutor indicado, incluindo esta.

- A indicação do real infrator deve ser protocolada na Central de Atendimento ou nos postos de atendimento da AMC nas unidades do Vapt-Vupt, Shopping Benfica, Shopping Del Paseo ou no Shopping RioMar no Papicu, bem como pelo aplicativo AMC Móvel ou pelo site <http://www.centralamc.com.br>.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0115000382**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2019** às **15:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **17/3/2018** às **16:30**

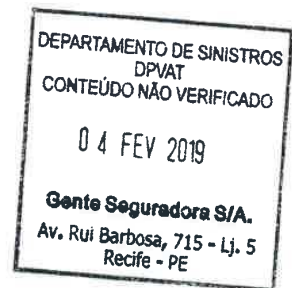
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SEGUNDA PERIMETRAL NORTE, 1, SINAL COM A TRANSAMAZÔNICA** - Bairro: **SAPUCAIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) / **EBERTON VIEIRA VALENTIN** (VÍTIMA)
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EBERTON VIEIRA VALENTIN**



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

EBERTON VIEIRA VALENTIN (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELIZABETE VIEIRA CVALCANTE** Pai: **EMANOEL VICENTE VALENTIM** Data de Nascimento: **23/5/1993** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8792011/SDS/PE (RG), 11368963412 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 987909451**

Endereço Residencial: **RUA OLEGARIO MARIANO, 180 - CEP: 55000-000 - Bairro: JATOBA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **EBERTON VIEIRA VALENTIN**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYN4312 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/NÃO INFORMADO**

Descrição: **PROPRIEDADE DE ELIZABETE VIEIRA CVALCANTE**

Complemento / Observação

22/01/2019 16:05

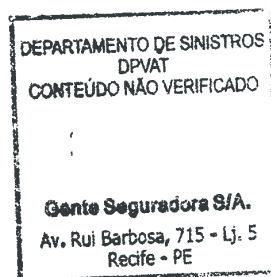


INFORMOU A VÍTIMA QUE VINHA PELA LOCALIDADE CITADA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO UMA OUTRA MOTO PAROU REPENTINAMENTE EM SUA FRENTE FAZENDO COM QUE A VÍTIMA COLIDISSE COM A MOTO EM SUA TRASEIRA, VINDO A CAIR NO CHÃO. FOI SOCORRIDO PARA A PA DE OLINDA E DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONFORME PRONTUARIO Nº 38354.

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

Eberton Vieira Valentin
EBERTON VIEIRA VALENTIN
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Tito Flavio de Almeida Pires Falcao* - Matrícula: 220.926-8



22/01/2019 16:05





Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

ENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 3H30, APROXIMADAMENTE, APRESENTA DOR E SANGRAMENTO EM PE DIREITO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVATDPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEB 2019

Genes Seguros Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - Recife - PE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

45 - Vínculo com a Previdência

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

AUTORIZAÇÃO

47 - Cód. Órgão Emissor
E260000001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

AIH
261810158152-4

Código do Laudo: 426708



FICHA DE INTERNAÇÃO



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

Cód. Atendimento: **420713**

Usuário: RAYANERB

DADOS DO PACIENTE

Paciente: EBERTON VIEIRA VALENTIM		Prontuário: 38354	
Idade: 24a 9m 24d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 23/5/1993
Profissão:		Escolaridade:	
R.G.: 8792011	C.P.F.:	Telefone: 86616467	CEP: 53250441
Endereço: OLEGARIO MARIANO		, 180 - JATOBA - OLINDA - PE	
Dados da Internação			
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA		Data e Hora da Internação: 17/3/2018 20:03	
Convênio: SUS - INTERNACAO		Plano: GERAL	
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA		Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-03
Médico Internação: PLANTONISTA CIRURÇIA GERAL			

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19/03/18 **Hora da Alta:** _____ : _____

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

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico Principal.....: Frx 1º 2º - 3º PDD Frenado + 4º PDD EXPOSTO

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Condimento.....: LC + DC + OSS FIOK 1º e 2º PDD

Medico e CRM: _____

Responsável pela retirada do paciente **Assinatura e RG** 2960014

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 17 de 03 de 18

Elisabet Vieira Padua de Valente
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/03/2018 18:47

Nome Paciente: EBERTON VIEIRA VALENTIM
Cód. Paciente: 38354
Data de Nascimento: 23/05/1993
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: 0029
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 420706
SAME: 30891

Período: 17/03/2018 19:00 - 17/03/2018 19:01

ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Dor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA SENHA: 5385537 COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO COM HD DE FRATURA EXPOSTA DO PE D NEGA HAS DM E ALERGIAS.

Programa sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

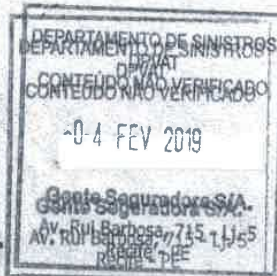
HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

Enfermeiro



REVISADO
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: ARETA MARINS SIQUEIRA - COREN: 408512 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/03/2018 19:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 09/05/2019 17:21:20

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050917212002900000044219237>

Número do documento: 19050917212002900000044219237

Num. 44895254 - Pág. 9



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 420706

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 17/03/2018 18:50

Paciente: 38354 EBERTON VIEIRA VALENTIM

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 23/05/1993 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ELIZABETE VIEIRA CAVALCANTE

Nome do Pai: EMANOEL VICENTE VALENTIM

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: OLEGARIO MARIANO

180

Bairro: JATOBA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: LUISKNS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

19:00

Queixa Principal

Dor + sangramento em pé @ após acidente de moto há ± 03 horas. Nega
alterações em comorbidades.

Exame Físico

ECG, consciente, orientado, eupneico.

MID: Sangramento e base do 4º PDD. Boa perfusão distal.

Rx: Fx 1º, 2º, 4º e 5º PDD.



Hipótese Diagnóstico

Fx exposta do 4º PDD.

Prescrição Médica

Internamento.

Jaime Marcil Dantas Filho
Médico
CRM-PE 24589

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

IMIP

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5385537

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente:

Pat: 36502 - EBERTON VIEIRA VALENTIN

Idade: 24

Sexo: M () F () Profissão:

Mãe: ELIZABETE VIEIRA CAVALCANTE

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade: OLINDA

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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:

Paciente vítima de Trauma Motorciclístico

Hipótese Diagnóstica:

Fratura 4º PDD + Fratura 5º, 1º e 2º PDD.

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia 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 Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação 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



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:EBERTON VIEIRA VALENTIM REG:38354

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
17/3/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 3H30 APROXIMADAMENTE. APRESENTA DOR E SANGRAMENTO EM PÉ DIREITO.
	NEGA COMORBIDADES. NEGA ALERGIA A MEDICAÇÕES.
	AO EXAME: BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, COOPERATIVO.
	MID: SANGRAMENTO EM BASE DO 4ºPDD. BOA PERFUSÃO DISTAL.
	RAIO X: FRATURA DE 1º,2º,4º E 5º PDD.
	HD: FRATURA EXPOSTA DE 4º PDD.
	CD: INTERNAMENTO.
18.03.18	
09:30	# Sot
	HD: Fr de Ft de 1º, 2º, 5º PDD + Fr exposta de 4º PDD, Paciente com lesões associadas Neuromusculares, sem lesões ósseas, Boa perfusão distal em MMIF, Neuromuscular Preservado.
	03 Vias de Ft.
	Admissionado no 5º Andar.
19/03/18	
07:00	HD: 1º PDD (17/03/18) CL + CL + Sutura + Fios K 1º e 2º PDD.
	por estenotomia.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEV 2019
Gente Seguradora S/A.
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 15 - L. 5
Recife - PE

Dr. João Bosco Barreto Couto Neto
Médico
CRM-PI: 4383 / CRM-MA: 7446
CPF: 692.248.593-35

Dr. Auron Ferraz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23.990

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 48571 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 38354 EBERTON VIEIRA VALENTIM Atendimento : 420713
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 556 VERD2-03 Idade : 24 Anos 23 Dias
Dt. Início : 18/03/2018 23:02 Dt. Fim : 18/03/2018 23:57
Pré-Operatório : S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS
Pós-Operatório : S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

Procedimentos

Procedimento: 0408050470 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE F1 DE 1º, 2º E 5º PDD + FRATURA EXPOSTA DO 4º PDD
CIRURGIA: LC + DC + OSTEOSSINTESE COM FIOS DE K
CIRURGIÃO: DR. HUMBERTO
1º AUXÍLIO: DR. PEDRO CUNHA
2º AUXÍLIO: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA
ANESTESISTA: DRA. ADRIANA SERPA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA



1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. OBSERVADA BASTANTE SUJEIRA NO INTERIOR DA FERIDA OPERATÓRIA
5. LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA COM SF + DESBRIDAMENTO + RETIRADA DE PEQUENOS PEDAÇOS DE TERRA E ASFALTO
6. REDUÇÃO INCRUENTA E FIXAÇÃO COM 1 FIO DE KISCHNER N° 1 EM 1º PDD E 2 FIOS DE KISCHNER EM 2º PDD
7. APROXIMAÇÃO DE BORDAS DA FERIDA EM 4º PDD
8. BOA PERFUSÃO DISTAL
9. CURATIVOS ESTÉREIS
10. IMOBILIZAÇÃO ADESIVA EM 4º E 5º PDD

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Manoel Oliveira Ferreira
Médico
CRM-PE 24589

DR(A) : SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM : 16339

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 420713

Dt Atendimento: 17/03/2018 - 20:03

Dt Alta: 19/03/2018 - 16:40

Paciente: 38354 EBERTON VIEIRA VALENTIM

Serviço: 3 CIRURGIA GERAL

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 185 CG1F-410-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: RAYANERB

CID:

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

Observação de Alta

RAYANE RIBEIRO BELCHIO



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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

