

F: 987270508

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Felipe Ribeiro Dias da Silva
brasileiro, _____, portador da Cédula de
Identidade sob o nº. 7640426 SOS, inscrito no CPF/MF sob o
nº 716 026 344-83 residente e domiciliado na Rua
Av. Prof. Anderson Bezerra, 534, Sítio Novo - PE - CEP
00000

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 **EDUARDO PORTO DANTAS**, brasileiro, solteiro, de RG 6.260894 SDS/PE e CPF/MF 111.509.564-10.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia 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 realizar levantamento de alvará judicial de pagamento em seu nome, cheques administrativos e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, 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 201 ____.

Felipe Ribeiro Dias da Silva
AUTOR(A)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

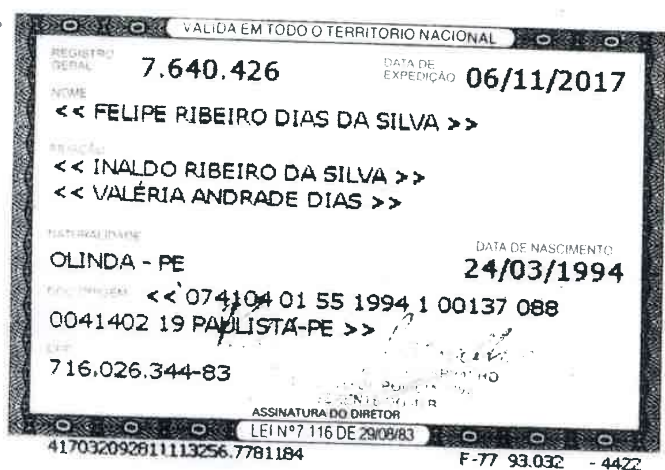
Eu, Felipe Ribeiro Dias da Silva
, brasileiro, com RG 7640426 805
CPF/MF 716 026344-83, residente e domiciliado à
na AV. Reg. Moleco Esq. 5311 - Sgo. Mulo
Uich, CEP _____, declaro sob as penas da lei que não
tenho condições de arcar com custas processuais, bem como quaisquer
custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto
requeiro os benefícios da assistência judiciária Gratuita nos termos da lei
1.060/1950.

Recife, _____ de _____ de _____

Felipe Ribeiro Dias da Silva

RG. _____



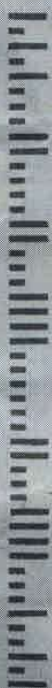
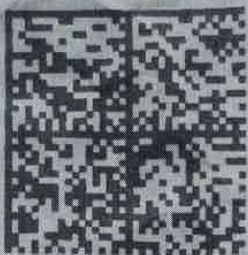


SQ: 780.224.072

14/02/2018

133761

DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE PL2

MARIA DO BOMPARTO LAGES GOMES

AV PRF ANDRADE BEZERRA 632-SALGADINHO OLINDA PE 5311

SALGADINHO

53110-110 OLINDA PE



7213099639596420000013376130140218





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. **18E0115001006**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/03/2018** às **16:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **26/11/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PARATIBE (BAIRRO), 1, BR 101 - NORTE** - Bairro:
PARATIBE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA

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

FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALERIA ANDRADE DIAS**
Pai: **INALDO RIBEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/3/1994** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7640426/SDS/PE (RG), 71602634483 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 987270508**

Endereço Residencial: **AVENIDA PROFESSOR ANDRADE BEZERRA, 5311 - CEP: 55000-000 - Bairro: SALGADINHO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEM1576** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2011/NÃO INFORMADO**
Descrição: **PROPRIEDADE DE JOSÉ ELIAS**

Complemento / Observação



INFORMOU A VÍTIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE CITADA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA QUANDO FOI COLIDIDO EM SUA LATERAL POR UM VEÍCULO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS VINDO A CAIR NO CHÃO E SER SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES CONFORME PRONTUÁRIO Nº 109546.

**FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **SERGIO RICARDO RODRIGUES DE MELO** - Matrícula: **2217651**



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

Página: 0001

Data: 26/11/2017

Hora: 14:19

Ficha de Cirurgia Descritiva

Número de Cirurgia: 46460

Sala: 0001 SALA 01

Paciente: 109546

FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA

Atendimento: 405262

Convênio Atend.: 1

SUS - INTERNACAO

Carteira:

Leito: 744

VERD2-45

Idade: 23 Anos 2 Dias 14 Horas

Dt. Início: 26/11/2017 14:21

Dt. Fim: 26/11/2017 15:17

Pré-Operatório: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Pós-Operatório: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Procedimentos

Procedimento: 0408020431

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA (PRINCIPAL

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 29

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

CIRURGIÃO

17724 CLAUDIA BARBOSA DE ALMEIDA MEDEIROS

Descrição**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO + ECAFOIDE D

CIRURGIA: OSTEOSÍNTESE COM FIOS K

CIRURGIÃO: DRA. CLAUDIA BARBOZA

1º AUXÍLIO: DR. TIAGO NOGUEIRA

2º AUXÍLIO: DR. RENATO HOLANDA

3º AUXÍLIO: DR. PEDRO CUNHA

ANESTESISTA: DR. FELIPE

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA RÁDIO DIREITO;
REALIZADO FIXAÇÃO COM 4 FIOS K
OBSERVADO BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
7. PASSAGEM DE GARROTE SOB ESVAZIAMENTO GRAVITACIONAL
8. INCISÃO VERTICAL SOB ESCAFOIDE REGIÃO DORSAL CERCA DE 6CM
9. DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
10. IDENTIFICADO FRATURA COMINUTA DO ESCAFOIDE COM PERDA DE FRAGMENTO OSTEOCONDRA
11. IDENTIFICADO FRATURA OSTEOCONDRA DA CABEÇA DO CAPTATO
12. SEM DISPONIBILIDADE DE MOTOR CANULADO
13. OPERADO POR REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS 2 K 1,0
14. CONTROLE COM FLUOROSCOPIA;
15. HEMOSTASIA
16. LIMPEZA COM SF 0,9%;
17. SUTURA DOS PLANOS COM NYLON 3.0
18. CURATIVO
19. RETIRADO GARROTE
20. TALA AXILOPALMAR ENLOBANDO POLEGAR EM SUPINAÇÃO
21. OBSERVADO BOA PERFUSÃO

Dr. Renato Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 25.345

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 29/03/2019 16:40:21

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032916402093300000042528582>

Número do documento: 19032916402093300000042528582

Num. 43168334 - Pág. 7

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

Página.: 0001

Data.: 30/11/2017

Hora.: 11:39

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 46534

Paciente : 109546

Convênio Atend. : 1

Leito : 72

Dt. Início : 30/11/2017 09:42

Cid Pré-Operatório : S334

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02

FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ORTL-511-LEITO 004

Dt. Fim : 30/11/2017 11:38

RUPTURA TRAUMATICA DA SINFISE PUBICA

Atendimento : 405262

Carteira :

Idade : 23 Anos 6 Dias 11 Horas

Procedimento: 0408040033

ARTRODESE DE ARTICULAÇÕES SACROILIACAS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNOSTICO: LESÃO DE ANEL PÉLVICO

CIRURGIA : FIXAÇÃO COM PARAFUSO CANULADO 7,0MM SACROILIACA ESQ + REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5MM E PARAFUSOS EM SINFISE PÚBICA

CIRURGIAO: DR. RODRIGO AMORIM

1º AUXILIO : DR. MATHEUS PASSOS

2º AUXILIO: DR. PEDRO CUNHA

ANESTESIA : RAQUI

ANESTESISTA : DRA. TEREZA

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA :**DESCRICAO**

- 1) DECUBITO DORSAL
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 4) ACESSO LATERAL ESQ PERCUTÂNEO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO CANULADO 7,0 Nº90 ROSCA LONGA COM ARRUELA
- 5) VERIFICADO BOA REDUÇÃO POR ESCOPIA
- 6) ACESSO SUPRAPUBICO
- 7) DESCOLAMENTO DO TENDAO DO RETO ABDOMINAL E ADUTORES
- 8) DESBRIDAMENTO E ESCARIFICAÇÃO DE DISCO DA SINFISE PÚBICA
- 9) REDUÇÃO DA PELVE E FIXAÇÃO COM 1 PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5MM DE 6 FUROS COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM
- 10) CURATIVO

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

DR(A) : RODRIGO DE AMORIM SILVA

CRM : 17439

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 29/03/2019 16:40:21

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032916402093300000042528582>

Número do documento: 19032916402093300000042528582

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA REG: 109546

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
26/11/2017 02:00 H	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HAS -	# ADMISSÃO
DM- ALERG-	PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 4H APRESENTANDO DOR EM PUNHO DIREITO E BACIA
	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORAÇÃO, AFEBRIL
	EX. FÍSICO:
	A - VIAS AERÉAS PERVIAS
	B - RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE
	C - SEM SINAIS DE CHOQUE
	D - GLASGOW 15
	E - DEFORMIDADE CLÍNICA EM PUNHO DIREITO E DOR À MOBILIZAÇÃO PÉLVICA MEMBRO INFERIOR DIREITO EM ATITUDE DE ABDUÇÃO E ROTAÇÃO EXTERNA
	RX EVIDENCIA FRATURA DE RÁDIO DISTAL E DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBICA
	HD: FX RÁDIO DISTAL À DIREITA + DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBICA
	CD: ORIENTADO POR DR. JEFFERSON INTERNAMENTO E ENCAMINHAMENTO AO BLOCO PELA DEFORMIDADE E DES DA FRATURA DO PUNHO.
	CONVÉM SOLICITAÇÃO DE TAC PARA AVALIAR REGIÃO SACRO-ILÍACA
	Dr. Pedro Cunha CRM-PE 38.358



Atendimento: 405262

Dt Atendimento: 26/11/2017 - 09:46

Dt Alta: 01/12/2017 - 21:35

Paciente: 109546 FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 72 ORTL-511-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: THALYTAMS

CID: S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

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

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



22



Nome: Dep. A. K. S. L. Registro: _____
Clínica: Interdisc Enfermaria: _____ Leito: _____

[illegible]



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

Nome do Paciente	ELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA			6 - Nº Prontuário	109546
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor	10.1 - Etnia	
03376 1806700 18	24/03/1994	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
- Nome da Mãe	ALERIA ANDRADE DIAS			12 - Telefone de Contato	8184457961
- Nome Responsável	MERSON			14 - Telefone de Contato	
- Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
UA SAO PEDRO, 0 - ARTUR LUNDGREN I					
- Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
AULISTA	261070	PE	53417040		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 4H APRESENTANDO DOR EM PUNHO DIREITO E BACIA

1 - Condições que justificam a Internação
NECESSIDADE CIRURGICA

2 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
HISTÓRICO + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

3 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO + DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PÚBICA	S525	W199	

17 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069

29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016288855125
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR		26/11/2017	Dr. Pedro Cunha 18757

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 / E	
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apx			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação
	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. Antonio de Albuquerque Queiroz
CRM: 19797

AIH

261710296085-7



FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 405262

Usuário: WESLEYFS

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA			Prontuário:	109546
Idade:	23a 8m 4d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	24/3/1994
L.G.:		C.P.F.:		Telefone:	
Endereço:	RUA SAO PEDRO			CEP	53417040
					- PAULISTA - PE
Origem:	INTERNACAO				
Convênio:	SUS - INTERNACAO				
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito:	VERDZ-45
Médico Internação:	JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR				

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	07 / 12 / 12	Hora da Alta:	
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☐ Evasão	
Condições de Alta:	Bom		
Diagnóstico Principal.....:	St. João de Deus		
Diagnóstico Secundário01.:	St. João de Deus		
Diagnóstico Secundário02.:	Bom		
Medicamento.....:	R4F		

Dr. Renato Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25.345

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 _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Sistema de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data de entrada da senha: 26/11/2017 04:53

Nome Paciente: FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA
Cód. Paciente: 109546
Data de Nascimento: 24/03/1994
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: 0010
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 405255
SAME: 97152

OUT+G C

Período: 26/11/2017 05:12 - 26/11/2017 05:15

PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Sintoma Principal: PACIENTE VITMA QUEDA DE MOTO NÃO , VOMITOU COM QUEIXA DE DOR EM TORAX + FRATURA FX MSD

Observação: HAS- DM-

Histórico sintoma: TRAUMA

Examinador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 6
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 91.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 23.00 RPM
- GLICOSE: 106.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 126.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 94.00 %

REVISADO
NENHUMA

REVISADO
NENHUMA

Acolhido(a) por: PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/11/2017 05:15

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 29/03/2019 16:40:21

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032916402093300000042528582>

Número do documento: 19032916402093300000042528582

Num. 43168334 - Pág. 14

Atendimento: 405255

Data e Hora: 26/11/2017 04:59

Senha da Classificação:

0010

Paciente: 109546 FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 24/03/1994

Idade: 23 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VALERIA ANDRADE DIAS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA SAO PEDRO

--

0

Bairro: ARTUR LUNDGREN I

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dores no tornozelo direito, na base do 5º dedo, há 10 dias, com aumento progressivo da dor, especialmente à noite e ao levantar-se.

Exame Físico

Exame físico normal. Não há sinais de inflamação local. Não há alterações de sensibilidade. Não há alterações de força muscular. Não há alterações de reflexos.

Hipótese Diagnóstica

Prescrição Médica

1) Dor no tornozelo direito

2) Dor no 5º dedo do pé direito

LA. MIGUEL ARRAES
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
24/11/2017

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:[Assunto] PAULO AUGUSTO DA SILVA
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____

REG:[Categoria] 199526
LEITO: _____

DATA/HORA	
27/04/19	23:20h = 24:00h =
8:00h	NO. 13 DPO ortopédico de 100 h de a fratura de rádio distal (D) + escápula (D)
	Paciente estável com dor leve no limbo
	Atividade
	Apresentando melhora clínica e funcional, sem necessidade de medicação.
	NO. 13 DPO Rádio de 100 h de como de 100 h de a fratura de rádio distal (D) + escápula (D)
28/04/19	23:20h = 24:00h =
8:00h	NO. 13 DPO ortopédico de 100 h de a fratura de rádio distal (D) + escápula (D)
	Em uso de - Cefazolina D2
	Paciente estável, apresentando limbo. Nenhum sintoma de melhora

Dr. Renato Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25.345



SINISTRO 3180121833 - Resultado de consulta por
beneficiário

VÍTIMA FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO FELIPE RIBEIRO DIAS DA SILVA
CPF/CNPJ: 71602634483
Posição em 28-03-2018 07:16:12 .

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/03/2018	R\$ 8.100,00	R\$ 0,00	R\$ 8.100,00

