

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
REGISTRO (CITA)	DATA DE EXPEDIÇÃO	ESTADO DE PERNAMBUCO	
7.545.580	03/05/2016	SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL	
NOME		INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FAVORES DEBID	
<< ANDERSON JOSÉ DOS SANTOS VITOR >>		EC-2	
FILIAÇÃO		FOTO	
<< ADEILDO JOSÉ VITOR >>		FOTO	
<< GENILDA MARIA DOS SANTOS >>		FOTO	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO	ASSINATURA	
IPOJUCA - PE	08/10/1988	Anderson José dos Santos Vitor	
DIG. CIVIL	<< 075739 01 55 1992 1 00019 230	ASSINATURA DO TITULAR	
0022332 08 SIRINHAEM PE >>			
070.702.284-30			
ASSINATURA DO SECRETÁRIO DE DEFESA SOCIAL - Genilda Maria dos Santos			
LEI Nº 7.116 DE 28/08/83		CARTEIRA DE IDENTIDADE	
216223680505142921.6819455		F-70 81.855 - 4423	





Empresa Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 16.833.820/0001-06 | Tel.: 0800-545-55 | www.ceipe.com.br

NOME DO CLIENTE
ADELDO JOSE VITOR

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO DOURADO 60

CPF 449.787.034-04

IPÓJUCA/POJUCA
IPÓJUCA PE
55900-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

QUANT. CONTADOR	MESANO
2014482541	08/2017
DATADA VENCIMENTO	VALOR MENSAL (R\$) (LITROS)
26/09/2017	18/10/2017
TOTAL A PAGAR (R\$)	82,38

IPÓJUCA/POJUCA	DATA	EMISSÃO
02228423	UNICA	10/09/2017
PERÍODO DE VIGÊNCIA	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA
19/09/2017	3001721030	1394273

DESCRIÇÃO DA TÁXITA RESUMIDA

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	122.000.000	0,67915022	82,12
Atividade Bandeira AMARELA			2,01
Atividade Bandeira VERMELHA			2,07
Contribuição Iluminação Pública			5,53
ICMS Substituição - CDE-AP (02228423-1907/17)			0,86

TOTAL DA FATURA 82,38

IPÓJUCA/POJUCA	DATA	EMISSÃO
02228423	UNICA	10/09/2017
PERÍODO DE VIGÊNCIA	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA
19/09/2017	3001721030	1394273

PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA	EMISSÃO
02228423	UNICA	10/09/2017
PERÍODO DE VIGÊNCIA	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA
19/09/2017	3001721030	1394273

4082 5E54 FFAT 5802 E02E BC08 CDEB 01A0

4082 5E54 FFAT 5802 E02E BC08 CDEB 01A0

4082 5E54 FFAT 5802 E02E BC08 CDEB 01A0

PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA	EMISSÃO
02228423	UNICA	10/09/2017
PERÍODO DE VIGÊNCIA	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE CONSUMIDORA
19/09/2017	3001721030	1394273

29 DEZ 2017
Gente Seguradora S/A
Av. Raimundo 715 Lote 6
Osasco - SP - CEP 05011-040



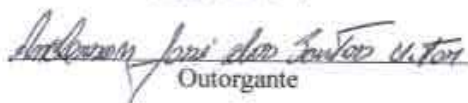
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Anderson José dos Santos Vitor, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 7.545.580 SDS/PE e CPF: 070.702.984-30, residente na Rua Antônio Roubado, 90, Centro, Igarua / PE. CEP: 55590-000.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 11.03.19


Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 11 de março de 2019 .

Paulo Antonio Coelho Castor





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 042ª CIRCUNSCRIÇÃO - IPOJUCA - DP42ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0132001890**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/11/2017** às **11:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/4/2017** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE IPOJUCA, 1, ENGENHO AREMBI - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
MARIA JOSE LUANA DE AQUINO (OUTRO)
ANDERSON JOSE DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON JOSE DOS SANTOS**



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

ANDERSON JOSE DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: GENILDA MARIA DOS SANTOS Pai: ADEILDO JOSE VITOR Data de Nascimento: 8/10/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE IPOJUCA, 90, LOTEAMENTO ANTONIO DOURADO NETO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MARIA JOSE LUANA DE AQUINO (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARIA JOSE LUANA DE AQUINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON JOSE DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEL8533 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2KD0BR548421**

Complemento / Observação

20/11/2017 11



INFORMA A VITIMA QUE ERDEU O CONTROLE DO VEICULO E CAIU, VINDO A FRATURAR A PERNA.

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

Anderson Jose dos Santos
ANDERSON JOSE DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por *JOSE RICARDO DA PAIXAO* - Matrícula: 272927-0



20/11/2017 11:11





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 368928

Senha da Classificação:

0026

Data e Hora: 14/04/2017 15:17

Paciente: 93054 ANDERSON JOSE DOS SANTOS VITOR Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 08/10/1988 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: GENILDA MARIA DOS SANTOS Nome do Pai: ADEILDO JOSE VITOR
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: EDGLEY MACIEL LACERDA JUNIOR CRM: 14583
Endereço: LOT ANTONIO DOURADO NETO- 22 Bairro:
Cidade/UF: IPOJUCA PE Usuário Atendimento: LAZARONI
RG (Identidade): 7545580 SDS PE Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 94008296
Cartão SUS: 701807283161673 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: Altura: Temperatura: Hora:

Queixa Principal:

Acidente de trânsito com queda de um pé
com fratura da tíbia e fíbula do pé direito
pelo mau tempo no 11h depois do local de
acidente a Bragança

Exame Físico

M.E. imobilizado e talo curto

pele íntegra

EMV preservado

Rx mostra fratura
de metacarpo lateral

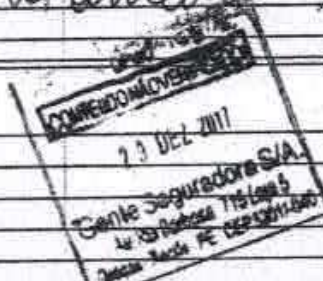
Hip Diagnóstico

fratura de metacarpo lateral direito (vz)
FRATURA

Conduta Terapêutica

Internamento e tratamento cirúrgico

Prescrição Médica



EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

Carimbo Médico

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/04/2017 15:13

Nome Paciente:	ANDERSON JOSE DOS SANTOS VITOR
Cód. Paciente:	93054
Data de Nascimento:	08/10/1988
Sexo:	Masculino
Idade:	28
Senha:	0026
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	368928
SAME:	

Período: 14/04/2017 15:39 - 14/04/2017 15:40

LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação:

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DE IPOJUCA COM SENHA 5146426, RELATA VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA TRAUMA EM MID, CHEGA NO SERVIÇO COM MEMBRO IMOBILIZADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM AR AMBIENTE.

Observação: NEGA HAS, DM, RELATA ALERGIA A BUSCOPAN.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/04/2017 15:41

Imprimindo com Classificação de Risco

Página 1 de 1



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: ANDERSON JOSE DOS SANTOS VITOR

LISO ORAL

1. PARACETAMOL 750MG ----- 40 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR

[06H]

[12H]

[18H]

[22H]

2. VITAMINA C 500MG ----- 45 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS

3. CEFALOXINA 500MG ----- 28 COMPRIMIDOS

TOMAR 01 COMPRIMIDO, DE 6/6 HORAS, POR 07 DIAS

[06H]

[12H]

[18H]

[22H]



DATA: 18/04/2017



ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Raulson Pinho
Médico
CRM-PE 25471

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54140-000
Tel.: (011) 3462.9888 • www.himpro.com.br

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: ANDERSON JOSE DOS SANTOS VITOR

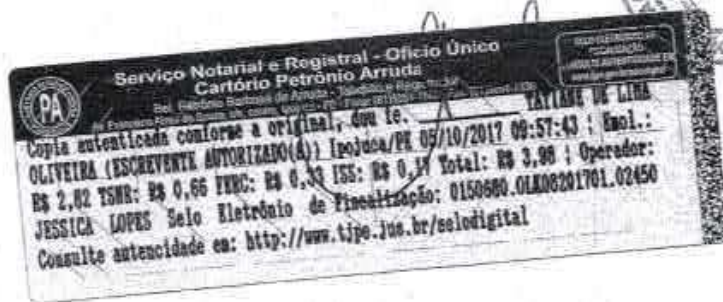
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO, ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO

CID-10: S82.6
DATA DE INTERNAMENTO: 15/04/2017
DATA DA CIRURGIA: 17/04/2017
DATA DE ALTA: 18/04/2017

RETORNO: 08/05/2017 - 9H
MÉDICO ASSISTENTE: DR JARBAS SILVEIRA



JABOATÃO DOS GUARARAPES, 18/04/2017

MÉDICO

Dr. Ranielson
Médico
CRM-PE 25.764

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 2482.9288 • www.hmjaboatao.com.br



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA / 2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Endereço: AV. GEN. MANOEL RABELO, 126, CENTRO

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES UF: PE

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ANDERSON JOSE DOS SANTOS VITOR

Endereço:

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Endereço:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

PRESCRIÇÃO

USO ORAL

PARACETAMOL + CODEÍNA (500MG/30MG) 02 CAIXAS

TOMAR 01 CÁPSULA A CADA 6H EM CASO DE DOR MODERADA A FORTE

DATA: 18/04/2017

 **Serviço Notarial e Registral - Ofício Único**
Cartório Petronio Arruda
Rua. Beltrão, Diógenes do Arruda - Jaboatão dos Guararapes - PE - Fone: (011) 3482.9288 - CEP: 54160-000
Av. Manoel Manoel de Souza, s/n, Centro, Jaboatão - PE - Fone: (011) 3482.9288 - CEP: 54160-000

Cópia autenticada conforme a original, dou fe.
OLIVEIRA (ESCREVENTE AUTORIZADO(A) Ipojuca/PE 05/10/2017 09:57:43 | Emol.:
R\$ 2,02 TSMR: R\$ 0,66 FISC: R\$ 0,33 ISS: R\$ 0,17 Total: R\$ 3,98 | Operador:
JESSICA LOPES Selo Eletrônico de Fiscalização: 0150690.VIZ08201701.02449
Consulte autenticidade em: <http://www.tjpe.jus.br/selodigital>



ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Raulson Pinto
Médico
CRM-PE 25778

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9288 • www.hmpj.com.br





**SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
HOSPITAL CAROZITA BRITO**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direito, que o Sr Anderson Jose dos S. Vitor, deu entrada no setor de emergência do Hospital Carozita Brito em 14/04/2017 às 12:44, sob registro de prontuário nº 24934 de mesma data, para atendimento médico. Anexo Prontuário de atendimento.


Hospital Carozita Brito
Sônia M^a da Silva
Diretor Administrativo

Ipojuca, 04 de Outubro de 2017

Sônia Maria da Silva
Diretora Administrativa



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Andersen Jose dos Santos LitorREGISTRO: 738896 DATA DE NASCIMENTO: 08/10/1988RG: 7545580 ORGÃO EMISSOR: SDS-PEENDEREÇO: Rua Antonio Damado n.º 90
ImbucaNOME DA MÃE: Gemilda Maria dos SantosDATA ADMISSÃO: 15/04/2017 DATA ALTA: 18/04/2017DATA DO PROCEDIMENTO: 17/04/2017 CID: S82.6DIAGNÓSTICO: Fratura maledo lateralTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico
de Fratura de Maledo lateralMÉDICO: Jarbas SilveiraCREMEPE: 17460JABOATÃO DOS GURARAPES, 18 DE Outubro DE 2017
Dr. Elder Carneiro
Médico
CRM/PE 20023

MÉDICO

Usuário: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Data: 17/04/2017

Hora: 11:24

Sumário da Admissão e Alta

Nome: ANDERSON JOSE DOS SANTOS VITOR

Prontuário: 736896

Identificador: 124414

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOMEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 12 - LEITO 01

Diagnóstico Inicial (Constante no Laudo Médico): FRATURA MALEOLO LATERAL DIREITO

CID: S826

Procedimento Solicitado: 0408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento SUS Realizado:

1. Cirurgião: JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

2. 1. Auxílio Cirúrgico: JORGE AUGUSTO CORDEIRO DOS SANTOS

3. 2. Auxílio Cirúrgico: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

4. 3. Auxílio Cirúrgico:

5. Demais Auxílios Cirúrgicos:

6. Anestesiista: DIANA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

7. Clínico:

8. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☐ Diária de Acompanhante
- ☐ Vacina Anti - Rh

- ☒ Uso de Prótese Órtese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

SECRETARIA DE SAUDE RJ
DGS - Conselho de Controle e Avaliação
Maria Cecília Mac Dowell
Médica Auditora SUS - CRM: 8922
CPF: 298.715.884-49

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO CORRECAO CIRURGICA FRATURA DE MALEOLO LATERAL DIREITO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico Principal: S826 - FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Alta:

Data de Internação: 15/04/2017

Data da Alta: 18/04/17

Dias de Hospitalização: 2

ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

CRM: 22023

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9858 - www.hmje.org





Convênio: SUS - INTERHACAO

Atendimento: 124414

Nascimento: 08/10/1988

Responsável:

Prontuário: 738696

Sexo: Masculino

Nome: ANDERSON JOSE DOS SANTOS VITOR

Data e Hora do Atendimento: 15/04/17 00:12:06

Idade: 28 Anos, 6 Meses e 7 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF:

Identidade: 7545580

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 70118072831616

Nome da Mãe: GENILDA MARIA DOS SANTOS

Nome do Pai:

Endereço: LOTEAMENTO ANTONIO DOURADO, CENTRO, CEP: 55590970, Nº 22, IPOJUCA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 12 - LEITO 01

Médico: AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

CID:

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE ÀS 11H DA MANHÃ, COM TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO. REFERE DOR LOCAL.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

HAS (-), DM (-), NEGA ALERGIAS

EXAME FISICO GERAL:

EGREG, EUPNEICO, AFEBRIL, HIDRATADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

RCR EM 2T, BNF, S/S

AP - RESPIRATORIO:

MV + EM AHT, S/RA

ABDOMEN:

IDN

AP - GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

SEM EDEMAS

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

1- FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

AIRLEY WENDEL MATIAS ALVES SILVA - CRM: 22473

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmtjpe.org



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 13:21:36

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032813213644400000042445230>

Número do documento: 19032813213644400000042445230

FICHA CIRÚRGICA

PACIENTE: Luciano S. L. de Aguiar ATEND: Dr. M. A. M. de Aguiar

PACIENTE: Vicente Silva
CIRURGIÃO: G.elly Viana de M. eant

CIRURGIÃO: J. M. P. 2º AUX. _____
1º AUX. _____ ANESTESIA: _____

CIRURGIÃO: José Carlos 2º AUX. _____
1º AUX. _____
ANESTESISTA: Diana S.C. dos Anjos ANESTESIA: Bloqueio Psoas Bicoxal + Sedação
Leandro Reis Doutor Capitão

ANESTESISTA: Diana S.C. dos Santos ANESTESIA: Sedação
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Gravidez de 36 semanas

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Gravidez Normal
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO Gravidez Normal com 1º trimestre
TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: _____
DATA CIRURGIA: 22/10/17 INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

DESCRÇÃO CIRÚRGICA:

Confronto tra variabilità di MSE

De K. - De K. - De K.

Rețin în timp
nu se poate vedea o fotografie de P. d. la fel de ușor
libertate pe plăt.

Libertine per plotter

Libertine par photos.
 vestiges de la face de juive - vedette d'un certain nombre de
 films de la série photographique de l'École de la Trinité. - P. 100.
 6 - par ex. 95331. - Sixième

6 - 1000 SF 001

Ensemble la plus plaine + Section

Enche-la por plaves + de tons
Reche de granito e vidro. De São Paulo. Perfeitos
Reche de granito e vidro. De São Paulo. Perfeitos

Obs: Procedi a seguinte com controle radiográfico

Obs: Prorrogado - 12 dias úteis em 12/05/2023
De: Ministério da Justiça

Re not myself & Dr. J. J. Young

Dr. Elder Carneiro
Médico
CRM/PE 23023

MATERIAL E MEDICAÇÃO:

[illegible]

HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO



PREFEITURA DO
IPOJUCA
Secretaria de Saúde
RECEITUÁRIO



AN OERSON JOSE DOS SANTOS VICTOR.

OTORRINOLARINGOLOGIA

PACIENTE, 28 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE
DE MOTOCICLETA COM FRATURA NA FIBULA
DA PERNA DA ESQUERDA.



Dom Helder.
SENHA: 5146426.

14.04.17
Data


Dr. Karlo Felipe Elime
Médico
CRM-PE 24898

Assinatura - CRM





GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL DOM HELDER CAMARA - CABO DE SANTO AGOSTINHO

MÉDICO SOLICITANTE:
LJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
14/04/17 18:42

Nº SOLICITAÇÃO:
610970

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
ANDERSON JOSÉ DOS SANTOS VITOR

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
701807283161673

DATA DE NASCIMENTO:
08/10/1988

SEXO:
MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
GENILDA MARIA DOS SANTOS

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
LOT. ANTONIO DOURADO NETO, 22

COD. IBGE MUNICÍPIO:
2607208,00

UF:
PE

CEP:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
IPOJUCA

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
14/04/17 21:04

OBSERVAÇÃO:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HOJE ÀS 11H DA MANHÃ, COM TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO. REFERE DOR LOCAL. AO EXAME, DOR + EDEMA EM TORNOZELO DIREITO. PELE ÍNTEGRA. ENV. PRESERVADO. RADIOGRAFIA MOSTRANDO FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.
HD: FRATURA FECHADA DE TORNOZELO DIREITO (UNIMALEOLAR).

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
CLEA CAROLINA SANTOS PATRIOTA

TIPO LITO:
CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Executante

ESTABELECIMENTO:
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
14/04/17 20:22

MÉDICO AUTORIZADOR:





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

Anderson José

Registro: 93034

Linhas:

Enfermeira:

Data/Hora

14/03/19 Paciente acordado, está bem, consciente e orientado. Leito 12000
supremo. Apto para alta. Orelha da direita 12000
da esquerda 12000

Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 13:21:37
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032813213697900000042445260
Número do documento: 19032813213697900000042445260



SECRETARIA DE SAÚDE DO IPOJUCA
FICHA DE ATENDIMENTO

ADESIVO

Nº REGISTRO 24934		DATA E HORA DO NASCIMENTO 08.10.88		EMERGÊNCIA DE ADULTOS E INFANTIL	
PACIENTE: Anderson José dos S. Silva		NASCIMENTO: 08.10.88		IDADE: 28 SEXO: M COR:	
ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:		NACIONALIDADE:	
Nº DE IDENTIDADE		FILIAÇÃO		COMPLEMENTO	
PAI: Adilson José dos S. Silva		MÃE: Arminda Maria dos Santos			
ENDEREÇO: R. do Colégio N.º 35					
BAIRRO: N. S. do Ó		CIDADE: Ip		UF: PE TELEFONE: 9477353	
ORIENTAÇÃO:					
MEIO DE TRANSPORTE:					
PROCEDÊNCIA:					
CONSULTA DE ENFERMAGEM					
DATA: 14.06.17		HORA: 12:44		ENFERMEIRO: COREN:	
SITUAÇÃO QUEIXA: FREQUENTE NA FIBRA					
ANTECEDENTES: ☐ DIABETES ☐ HIPERTENSÃO ☐ CARDIOPATIAS ☐ DOENÇA NEUROLÓGICA ☐ TABAGISMO ☐ ALCOOLISMO/DROGAS ☐ PNEUMOPATIAS ☐ HEPATOPATIAS ☐ DOENÇA MENTAL OUTROS:					
MEDICAÇÃO EM USO:					
PA: X mmHg	RHS: bpm	FC: bpm	FR: lpm	T: °C	
ECG: ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	DEFICIÊNCIA MOTORA	PILAS	
ESCORE	ESCORE	ESCORE	ESCORE	ISOCÓRICAS ☐ ANSOCÓRICA ☐	
DOR: ☐ SIM ☐ NÃO		SUDORESE: ☐ SIM ☐ NÃO		PALIDEZ ☐ SIM ☐ NÃO	
EXAME FÍSICO:					
DIAGNÓSTICO ENFERMAGEM:					

Centro Hospitalar Carozita Brito
13 99 - 111



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 13:21:37

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032813213697900000042445260>

Número do documento: 19032813213697900000042445260

ATENDIMENTO MÉDICO

História do Trauma: ☐ Sim ☐ Não Episódio Emélico: ☐ Sim ☐ Não Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não
 Perda de Consciência: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐
 Acidente de Trabalho: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Tipo: Sofreu Queda: ☐ Não ☐ Sim Altura: m.
 Colisão: ☐ Sim ☐ Não Local do Impacto: Tipo: Transporte realizado por:
 Atropelamento: ☐ Sim ☐ Não Por: Por Que:
 Vítima de Ferimento: ☐ Sim ☐ Não

Queimadura: ☐ Sim ☐ Não
 Condições de Imobilização Adequada: ☐ Sim ☐ Não
 EXAMES FÍSICOS: **AO exame: E.A.R., orientado, sem pulso**
Paciente vítima de acidente de motocicleta com fratura da fíbula do tornozelo direito.

EXAMES SOLICITADOS: LABORATORIAIS:

DIAGNÓSTICO:
 EXAMES ESPECIALIZADOS: ☐ TOMOGRAFIA ☐ RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ☐ ANGIOGRAFIA
☐ ENDOSCOPIA ☒ RX ☐ ULTRASSONOGRAFIA ☐ LCR

PRESCRIÇÃO MÉDICA: DATA: / / HORA: :

INDICAÇÃO CIRÚRGICA: ☐ SIM ☐ NÃO CLASSIFICAÇÃO RESERVA: ☐
 DEFINIÇÃO DO CASO: ☐ CIRURGIA ☐ ÓBITO ☐ TERMO DE ALTA PEDIDO ☐ EVADIU-SE ☐ CURADO ☐ MELHORADO
 INTERNAMENTO ☐ CIRURGIA ☐ ÓBITO ☐ TERMO DE ALTA PEDIDO ☐ EVADIU-SE ☐ INALTERADO ☐ PIORADO
 TRANSFERIDO PARA: **Dom Heloel 5146426.** ☐ ÓBITO

INTERNADO NA CLÍNICA:
 INFORMAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL: ASSISTENTE SOCIAL
 CONFIRMAÇÃO DO NOME: ASSISTENTE SOCIAL
 CONFIRMAÇÃO DO ENDEREÇO:
 PROVIDÊNCIAS: ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ EXAME EXTERNO ☐

OBSERVAÇÕES:
 AUTORIZAÇÃO PARA ALTA/INTERNAMENTO/TRANSFERÊNCIA: DATA: HORA:
 ENFERMEIRA: COREN: MÉDICO: CRM:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA INTERNAMENTO:
 Estou ciente das normas existentes nesta Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgico, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.
 Nome completo: _____
 Assinatura: _____
 Data: _____
 Nº da Identidade: _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO:
 Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possa advir.
 Nome completo: _____
 Assinatura: _____
 Data: _____
 Nº da Identidade: _____



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome:

Anderson José dos Santos

Registro:

33054

Nº Atendimento:

Idade:

Sexo:

Estado Civil:

Cor:

Acompanhante: () Sim - () Não

Clinica:

Ortopedia

Enfermaria:

Leito:

Ocupação:

Queixa Principal e Duração:

Queda de braço

História da Doença Atual:

paciente vítima de queda

de braço - com ferimento fechado
em 10/2/19

Interrogatório Sintomatológica:

sem dor



Exame Físico:

bom local

Antecedentes Pessoais:

Não

Medicações em Uso:

Não

Antecedentes Familiares:

Não

Hipótese Diagnóstica Principal:

Distúrbio de humor e
TNP (M.I.)

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Tratamento com
Medicamentos



Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Oncologista
Especialista

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul, Km 28, CEP: 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

SINISTRO 3180015053 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANDERSON JOSE DOS SANTOS VITOR

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ANDERSON JOSE DOS SANTOS VITOR

CPF/CNPJ: 07070228430

Posição em 13-03-2019 14:35:22

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total		
23/01/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00
		R\$ 2.362,50

