

Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 23/05/2019 12:25:52  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052312255204000000044896877  
Número do documento: 19052312255204000000044896877

Num. 45587991 - Pág. 1



UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1016480

Data e Hora: 13/07/2016 10:38

Senha da Classificação:

0117

Paciente: 327786 SAMUEL SOARES DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 13/05/1991

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: SANDRA SOARES DE LIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: TERMINAL COAHB

36

Bairro: OURO PRETO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53370431

Usuário Atendimento: LUANNAAMO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 83115856

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Ac. moto  
Dorsalgia ant.

Exame Físico

12/07/2016 ✓

Hipótese Diagnóstico

Fibrose amelofibrotica

Conduta Terapêutica

Linf 2 + C1

Prescrição Médica

Coxo FR 750g

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

Senha:

Carimbo/Médico

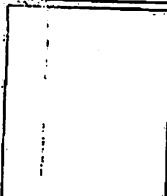
1016480



# UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo  
13/07/2016 10:37

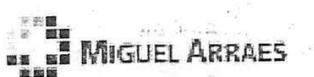
## PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

  
Nome Paciente: SAMOEL SOARES DE LIMA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 25  
Senha: 0117  
Convênio:  
Atendimento:

13/07/2016 10:37 - FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343198 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO

Prioridade: URGÊNCIA AMARELO  
Cor: AMARELO  
Queixa Principal: RELATO DE ACIDENTE DE MOTO COM CORTE EM PE ESQ  
Observação: NEGA ALERGIA  
Fluxograma sintoma: TRAUMA  
Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO  
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Alergia(s): -  
Sinais Vitais Lidos: -  
Recursos Utilizados: -  
Intervenções Salva Vida: -  
Situações de Alto Risco: -

Acolhido(a) por: FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES  
Data: 13/07/2016 10:37



## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME Samuel Soares de Lima REG 92668

IDADE 25 SEXO M DATA DA ADMISSÃO 13/07/16 DATA DA ALTA 14/07/16

DIAGNÓSTICO: Fist. exp. 2º PDE + lesão de tendões ext. do 2º PDE.

### TRATAMENTO REALIZADO:

Redução cunha + fixação cl  
fig K + tenotomia de extensor do  
2º PDE.

### ORIENTAÇÃO:

(1) Manter falso tipo adesivo  
(2) Retornar cf 15 dias ao ambulatório  
de Dr. Sormani Dito.

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (A) NÃO (  )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:   /  /  

Dra. Luisa Cortez  
CRM: 22706

ASSINATURA DO MÉDICO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Samuel Souza de Lima Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_





## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Samuel Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora 7310716  
28/07/16 P0 2 remanente LC + paciente d'gic t + timorapic int  
zºPOE  
Paciente sr guinaz  
FO d'ba aspecto  
RX: 11 grises 11 1 gic t  
CD Retina po IRM + enraive Activo  
d'1 in CND

31/08/16 #H0-17 Return 2SPDG (6<sup>th</sup> mense.) ~~#NOT#~~

The future in researches, private or  
public, external.

GP: bon aspect de l'œ.

697? Retenue de la fio 12  
Réforme humaine.

**Vainie Melo**  
Ortopediatraumatologe  
Ran 21-322

### 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

63586

Nome do Paciente: *A M A D E L A Z* IDENTIFICAÇÃO *DAR 11* Idade: *15*  
 Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: *ESTUDANTE* Fone: *521411*  
 Endereço Residencial: *TERRENO A NO 521411* Bairro: *JURU*  
 Cidade: *DR*

#### 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:

Hipótese Diagnóstica:

#### 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 Xifóide: S( ) N( )  
 Perfusion Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )  
 Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) 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

### EXAME REUROLÓGICO

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: \_\_\_\_\_

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 ( ) Midriase ( ) Miose ( )

### NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S( ) N( )

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

Lesões Intra-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( ) Éxtase( )

### CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

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

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigêniooterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

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

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Intercorrências: \_\_\_\_\_

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA  
TRAT CIRURGICO VIGOR

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:

Médico Regulador: 110

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Horas: 11:30

Franck J. Sampaio Cavalcanti  
Ortoped - Traumatologista  
CRM: 4689

Médico Assistente

Local e data

01/05/2016





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	<i>AT=336735</i>	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES		4 - CNES	6431569

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	SAMUEL SOARES DE LIMA			6 - Nº Prontuário	92668
7 - Cartão Nacional do SUS	704802585834646	8 - Data de Nascimento	13/05/1991	9 - Sexo	Masculino
					<input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> 3
11 - Nome da Mãe	SANDRA SOARES DE LIMA	10 - RaçaCor	03 - Parda	10.1 - Etnia	0000 - Não Se Aplica
13 - Nome Responsável	IGNORADO	12 - Telefone de Contato		14 - Telefone de Contato	8198868672
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA CARNAUBA, 29 - OURO PRETO	16 - Município	OLINDA	17 - IBGE	18 - UF 19 - CEP
				260960	PE 53330530

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
VITIMAS VITIMA DE QUEDA DE MOTO, APRESENTANDO DEFORMIDADE + LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 2 PDE, ASSOCIADO A LESÃO DE PARTES MOLES

21 - Condições que justificam a Internação  
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
EXAME FÍSICO E RADIOLOGICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código  
FRATURA EXPOSTA DO 2PDE

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Associadas

*S626 5925 W199 729.9 S96J*

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
**DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS**

28 - Código do Procedimento

*04.15.03.001-3*

29 - Especialidade  
CIRÚRGICA

30 - Caráter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

*980016278437533*

Nome do Profissional: Solicitante/Assistente

34 - Data da Solicitação 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

*Luiz Teixeira Neves  
CRM-PE 21795*

16339

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

13/07/2016

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito 39 - CNPJ Seguradora 40 - Nº Bilhete 41 - Série

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico 42 - CNPJ / Empresa 43 - CNAE / Empresa 44 - CBOR

38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

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

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

*E26000001*

*AIH*

*261610113302-0*

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)

*G. L. Moser  
CRM-PE 21791  
Traumatol - Ortopedia*

*AIL*

Código do Laudo: 336725





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

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

**FICHA DE INTERNAÇÃO**  
**Cód. Atendimento: 336735**

Usuário: JOSEANABRO

**DADOS DO PACIENTE**

Paciente: <b>SAMUEL SOARES DE LIMA</b>	Prontuário: 92668	
Idade: 25a 2m 1d	Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 13/5/1991
Profissão :	Escolaridade :	
R.G.: 8356659	C.P.F.: 10216870496	Telefone:
Endereço: RUA CARNAUBA	, 29	- OURO PRETO
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Dados da Internação	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 13/7/2016 16:26	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-11
Médico Internação: LUIZ ANTONIO DE CARVALHO		

**DADOS DO RESPONSÁVEL**

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Numero:	<b>FATURADO</b> <u>25/07/16</u> CLAUDEVAN SOUSA FATURISTA
Telone:	Cidade:	Estado civil :

**DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE**

Data da Alta: 14/07/16 Hora da Alta: \_\_\_\_\_ :

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: 600' F.O ok · boa perfusão digital

Diagnóstico Principal.....: fract. exp. 2º P DE + falso tend. ext.  
do 2º PDD.

Diagnóstico Secundário01.: REI ISAD  
COTH - HMF

Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_

Medimento.....: Redução + fixação c/ fio K + tenacafe  
dl extensor

Dra. Luisa Correia  
CRM: 022706

**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, anestesias, 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 \_\_\_\_\_

Samuel Soares de Lima  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



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

Página.: 0001  
Data.....: 13/07/2016  
Hora.....: 18:40

### Ficha de Cirurgia Descritiva

7452 Sala : 0005 SALA 05  
92668 SAMUEL SOARES DE LIMA Atendimento :336735  
1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
686 VERD2-11 Idade :25 Anos 18 Horas  
Dt. Fim :  
: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

### Procedimentos

nto: 0408050470 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL)  
ânia: 001 SUS - INTERNACAO  
esia: 05 RAQUI ANESTESIA

### Equipe Médica

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

### Descrição

#### do Cirúrgica :

ÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE 2º PDE + LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR DE 2º PDE  
GIA: OSTEOSÍNTESE COM FIO DE K + RAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DE 2º PDE  
GÃO: DR HYGINO  
LIO: DRA LUISA  
ESISTA: DR JULIO  
ESIA: RAQUI

IENTE EM DDH SOB ANESTESIA;  
EPSIA E ANTISSEPSIA;  
SIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;  
SERVADA FRATURA EXPOSTA DE 2º PDE + LESÃO DE EXTENSOR  
AÇÃO COM FIO DE K + RAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DE 2º PDE  
TURA DA PELE COM NYLON 3.0  
SERVADO BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA  
URATIVO  
SOLICITADO RX DE CONTROLE

#### Descrição Complementar

dos Cirúrgicos:

Dr. Bernardo Sampaio  
Ortopedista Traumatocirurgião  
CRM-PE 23.950

DR(A) : HYGINO JOSE PINTO MARINHO  
CRM : 14859

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 23/05/2019 12:25:52  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052312255223100000044896881>  
Número do documento: 19052312255223100000044896881

Num. 45587995 - Pág. 5

Itemento: 336735

Itemento: 13/07/2016 - 16:26

Dt Alta: 14/07/2016 - 09:40

Paciente: 92668 SAMUEL SOARES DE LIMA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 686 VERD2-11 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: JOSAFAXA

CID: S626 FRATURA DE OUTROS DEDOS

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

Ação de Alta

JOSAFAT XAVIER ARAUJO

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



IMIP

for me and Al. Meets at 100  
Kingsbury Street, Boston.

## **EVOLUÇÃO CLÍNICA**

NOME: SAMUEL SOANOS

REG: 92668

**RUMI.**  
**CLÍNICA:**

ENFERMAGEM

REG.



Atendimento: 336725  
Data e Hora: 13/07/2016 14:51

Senha da Classificação:

**0010**

Paciente: 92668 SAMUEL SOARES DE LIMA Sexo: MASCULINO  
Data do Nascimento: 13/05/1991 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Nome da Mãe:: SANDRA SOARES DE LIMA Nome do Pai: DUVANIL TEOTONIO DE LIMA  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346  
Endereço: RUA CARNAUBA -- Bairro: OURO PRETO  
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: MONICABSL

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

so: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 16:00

**Queixa Principal**

*PACIENTE VÍTM DA COLISÃO DO MOTO, APRESENTANDO  
LUXO DE FÍBROS MOLÉS EM DORSO DO PÉ (E) + DOFORMIMOS  
E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 2º PDE*

**Exame Físico**

*EGB, HIDATIDES, DEPRESSO, AFIBRIL  
MIE: LUXO DO TÍFICO + 4MM + DOFORMIMOS DO 2º PDE  
N/ PRATICAVI*

**Hipótese Diagnóstica**

*① EX EXPOSITA 2º PDE*

**Prescrição Médica**

*Ao Bloco*

*Luiz Teixeira Neto  
Ortopedista/traumatologista  
CRM/PE 27195*

**Assinatura e Carimbo/Médico**

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha: \_\_\_\_\_

() Transferido: Para \_\_\_\_\_

() Encaminhado ao setor de internação



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/07/2016 14:47



**Nome Paciente:** SAMUEL SOARES DE LIMA  
**Cód. Paciente:** 92668  
**Data de Nascimento:** 13/05/1991  
**Sexo:** Masculino  
**Idade:** 25  
**Senha:** 0010  
**Convênio:** 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
**Atendimento:** 336725   
**SAME:** 82431

Período: 13/07/2016 15:02 - 13/07/2016 15:03

THAIS DA SILVA TAVARES - COREN: 420622 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA OLINDA COM SENHA 4959684 COM HISTÓRIA DE FRATURA EXPOSTA DE 2ºDDE

Observação: NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Excluidor(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS  
- SEM PERDA DA FUNÇÃO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO  
NEPI - HMA

Acolhido(a) por: THAIS DA SILVA TAVARES - COREN: 420622 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 13/07/2016 15:03

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 23/05/2019 12:25:52  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052312255235700000044896883>

Número do documento: 19052312255235700000044896883

Num. 45587997 - Pág. 3

**RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**

**DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)**

DATA DO ACIDENTE:	13/7/2016	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	13/7/2016
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	SAMUEL SCARES DE LIMA		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	<p>Fratura exposta de 2º Pododáctilo Pé esquerdo          + lesão de tendão extensor do 2º DEDO Pé esquerdo</p>		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):	<p>Palante submetido a CIRURGIA (osteosynthes cl          fia de KIRSCHNER + TENCRRATIA Pé esquerdo          (Tendão extensor</p>		
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		

**GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)**

SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO	
1º	Palante cl dor Crônica + Clavoplastia +
2º	Fratura exposta de 2º dedo Pé esquerdo, Cirurgia
3º	Defeito de força, Sequela funcional 50% Pé esquerdo
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE	7/12/2018	E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.
Local	7/12/2018	Assinatura e Carimbo



22/1/83 14/1/83

AM: 3 10 2000 2000-17XMA

if  $\text{C}(T) \neq \emptyset$  then  $\text{C}(T)$  is a simple connected component of  $T$ .

new work)  $\Rightarrow$   $\text{d}V(\lambda) \rightarrow$   $\text{d}V(\lambda)$   $\rightarrow$   $\text{d}V(\lambda)$

X

X

the first time I have seen a specimen of this species.

卷之三

卷之三



**SINISTRO 3180546702 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA SAMUEL SOARES DE LIMA**  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO**  
**CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME**  
**BENEFICIÁRIO SAMUEL SOARES DE LIMA**  
**CPF/CNPJ:** 10216870496

**Posição em 22-02-2019 14:56:15**

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

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/11/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
23/11/2018	Aviso de Sinistro	





Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 23/05/2019 12:25:52  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052312255247300000044896886>  
Número do documento: 19052312255247300000044896886

Num. 45588000 - Pág. 2

## INSTRUMENTO DE MANDATO

### OUTORGANTE:

**SAMUEL SOARES DE LIMA**, brasileiro, portadora da cédula de identidade de nº 04482700065 MT/PE e inscrito no CPF de nº 102.168.704-96 , residente e domiciliado na Rua Vinicius de Moraes, nº 158, Ouro Preto , Olinda/PE.

### OUTORGADO:

**RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrita regularmente na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

### PODERES:

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados.

Olinda, 17 de Janeiro de 2019.

  
SAMUEL SOARES DE LIMA

Av. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.  
Email: -  
Fone: 81 98201-1003/ 99950-6436/ 98626-0126/ 3012-0189.



Assinado eletronicamente por: ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO - 23/05/2019 12:25:52  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19052312255254600000044896888>  
Número do documento: 19052312255254600000044896888

Num. 45588002 - Pág. 1

## DECLARAÇÃO

**SAMUEL SOARES DE LIMA**, brasileiro, portadora da cédula de identidade de nº 04482700065 MT/PE e inscrito no CPF de nº 102.168.704-96 , residente e domiciliado na Rua Vinicius de Moraes, nº 158, Ouro Preto , Olinda/PE. Declaro que, sob as Penas da Lei e para quaisquer fins de direito, que não requeri a tutela jurisdicional para recebimento do Seguro DPVAT ora pleiteado, em nenhum juízo no Estado de Pernambuco, bem como, em outro estado da federação.

Olinda, 17 de Janeiro de 2019.



Samuel Soares de Lima  
SAMUEL SOARES DE LIMA



## **SUBSTABELECIMENTO**

**Dra. RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS**, Brasileira, Solteira, Advogada, com escritório situado na Avenida Fagundes Varela, 365 - sala 9, Jardim Atlântico – Olinda/PE, inscrito(a) na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 39.442, através de Instrumento Particular de mandato nos autos do Processo, conferidos por SAMUEL SOARES DE LIMA, que move em face da Companhia Excelsior de Seguros, nesta Comarca, SUBSTABELECE SEM RESERVA DE PODERES a pessoa de **Dra. ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO**, Brasileira, Solteira, Advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 22.077, com escritório profissional situado à Avenida Agamenom Magalhães, nº 4318, Sala: 1510, Empresarial Renato Dias, CEP: 50070-200, Recife-PE.

Recife, 17 de maio de 2019.



Raquel Maria Mangabeira dos Santos  
OAB/PE 39.442

