

Instrumento Procuratório

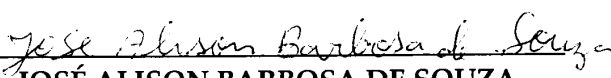


Outorgante: **JOSÉ ALISON BARBOSA DE SOUZA**, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 104.059.074-86 e no RG sob o nº 3.865.023 SDS/PB, residente e domiciliado na Rua Arcinio Saraiva da Silva, nº 49, Centro, Ibiranga, Itambé/PE.

Outorgado: **GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o n. 34.570, com endereço profissional na Rua Marçal Emiliano Sobrinho, nº 87, 1º andar, Centro, Timbaúba/PE - CEP – 55870-000.

Poderes: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula “*ad judicium Et Extra*”, a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência, concordata e recuperação judicial, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, inclusive Ação de Divórcio, defender-me (nos) nas que (me) (nos) forem propostas, cíveis, penais, tributárias, previdenciárias, trabalhistas, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, requerer assistência judiciária gratuita, reter honorários advocatícios no importe de 30%, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromissos de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor (es) ou reclamante (s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s) bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso.

Timbaúba/PE, dia 25 de junho de 2019.


JOSÉ ALISON BARBOSA DE SOUZA

GILBERTO CORREIA
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Rua Marçal Emiliano Sobrinho, N 87, 1º andar
Centro, Timbaúba/PE – Fone: **81 3631.3992**
gilbertocorreia.advocacia@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA



JOSÉ ALISON BARBOSA DE SOUZA, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 104.059.074-86 e no RG sob o nº 3.865.023 SDS/PB, residente e domiciliado na Rua Arcínio Saraiva da Silva, nº 49, Centro, Ibiranga, Itambé/PE. **DECLARA**, para os devidos fins de direito e quem possa interessar, com fundamento no art. 5º, inciso LXXVII da Carta Magna, e ainda com fulcro na Lei nº 1.060, de 05 de fevereiro de 1950, que estabelece as normas para a concessão de assistências judiciária aos necessitados, combinada com a legislação nº 7.115/83, e artigo 1º, parágrafo 2º do diploma legal nº 5.478/1968, que é pobre na forma da lei e não tem condições de arcar com as despesas e custas que advêm de um processo judicial, sem comprometer seus parcos rendimentos.//

Timbaúba/PE, 25 de junho de 2019.


JOSÉ ALISON BARBOSA DE SOUZA


ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

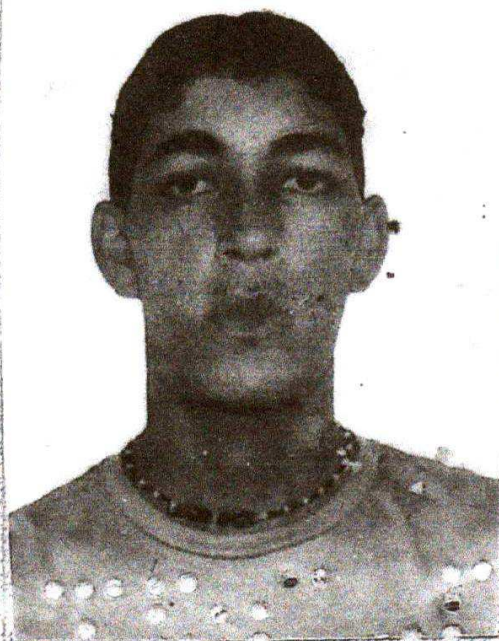
Rua Marçal Emiliano Sobrinho, N 87, 1º andar
Centro, Timbaúba/PE – Fone: 81 3631.3992
gilbertocorreia.advocacia@hotmail.com



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Jose Alisson Barbosa da Souza
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MOEDA DO BRASIL

Scanned by CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.865.023

DATA DE
EXPEDIÇÃO

09/06/2010

NOME JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA

FILIAÇÃO LUIZ RODRIGUES SOUZA

MARIA DA CONCEIÇÃO BARBOSA DE SOUZA

NATURALIDADE

ITAMBE-PE

DATA DE NASCIMENTO

30/10/1989

DOC ORIGEM NASC.N.8594 FLS.274V LIV.A-9

CARTORIO ITAMBÉ-PE

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CASA DA MOEDA DO BRASIL

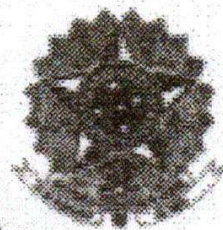
Scanned by CamScanner





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

104.059.074-86

Nome

JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA

Nascimento

30/10/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose alison Barbosa de Souza

RG nº 3865023, data de expedição 09/06/10, Órgão SSP-PB

CPF nº 104.059.07486, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>arcimio Saraiva da Silva</u>
Número	<u>49</u>
Apto / Complemento	<u>caso</u>
Bairro	<u>Ilhanga</u>
Cidade	<u>Itambé</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55920-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)98807-8066</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itambé, 15-03-2019

Assinatura do Declarante: Jose Alison Barbosa de Souza



15/03/2019

::Via para Pagamento de Conta de Energia

Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1382779149

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 0800 0810120 PRONTIDÃO 0800 0810196
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE!
MARLENE INACIA DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO
01/03/2019

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/02/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

22/02/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

052091266

CONTA CONTRATO
2262809024

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO
RUA ARCINIO SARAIVA DA SILVA 49 -
CENTRO/IBIRANGA -55920-000
ITAMBE PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 13,07

PERÍODO CONSUMO
25/01/2019 a 22/02/2019

CONSUMO
18

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO

2262809024

MÊS/ANO

02/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 13,07

VENCIMENTO

01/03/2019

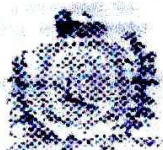
TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000009 130700110028 262809024104 137389871139





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 49ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ - DP49/CIRC DINTER/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0139000479



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/05/2017 às 10:51

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 9/3/2017 às 17:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ITAMBÉ, 1, AO LADO DA MADEIREIRA MADREBRAS, IBIRANGA -**
Bairro: **CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JANILSON (AUTOR/AGENTE)
JOAO FABIO CORDEIRO GUEDES (OUTRO)
JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JANILSON

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

JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DA CONCEIÇÃO BARBOSA DE SOUZA Pai: LUIZ RODRIGUES SOUZA Data de Nascimento: 30/10/1989 Naturalidade: ITAMBÉ / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3865023/SSPPB (RG), 10405987486 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Telefones Celulares:
- 83988699482

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE ITAMBÉ, 49, RUA ARSÍNIO SARAIVA DA SILVA, IBIRANGA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOAO FABIO CORDEIRO GUEDES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA XRE 300 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOAO FABIO CORDEIRO GUEDES, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **NUE1136** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2ND0910BR006771**

FORD RANGER (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JANILSON, que estava em posse do(a) Sr(a): JANILSON
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FORD/RANGER** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPÓI A PESSOA DE JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA RELATANDO: QUE NO DIA 09/03/2017 POR VOLTA DAS 17:30 ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA QUANDO AO PASSAR PROXIMO A MADEIREIRA MADREBRAS EM IBIRANGA UM VEICULO RANGER CONDUZIDO POR JANILSON COLIDIU NA LATERAL DA

Novo Arquivo Publicar%20o%20relatorio%20BOEPresencial.html



Boletim de Ocorrência

...CILETA QUE ESTAVA CONDUZINDO, QUE EM VIRTUDE DA COLISAO CAIU NA VIA PUBLICA, QUE FOI
CORRIDO PELO SAMU CONFORME OCORRENCIA DE N° 1627480.

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

JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA
JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA
(VITIMA)

Rafael Lima Florencio

B.O. registrado por: RAFAEL LIMA FLORENCIO Matrícula: 273603-9



Imagem de uma página de um documento digitalizada por uma câmera de uma máquina fotográfica.



SINISTRO 3180002982 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA**CPF/CNPJ:** 10405907486**Posição em 25-06-2019 10:01:25**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/04/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





PREFEITURA MUNICIPAL DE JURUPIRANGA
SECRETARIA DE SAÚDE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR - USB: 55

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente/usuário	Idade	Sexo (X) Masc. () Fem.
09.03.17	1627480	JOSE ALISSON BARBOSA DE SOUZA	27	
Local da ocorrência	Bairro	Médico regulador		
R. LOUA RONDÔNIA	CENTRO	REGINALDO		
Apoio no local: () PM () Resgate/ Bombeiros () Resgate/ PRF () CPTRAN () STTRANS () Outro:				
() Socorrido por terceiros () Recebido atendimento () Socorrido pelos Bombeiros () Local não encontrado () outro:				

TIPO DE AGRAVO

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	() Pediátrico
() Agressão Física	() Psiquiátrico
() Desabamento / soterramento	() Caso clínico
() Eletrocussão	() Quase afogamento/ afogamento
() F.A.B.	() Queda metros
() F.A.F. (P.A.F.)	() Queimaduras
() Gineco - obstétrico	() Outros:
() Lesões térmicas	

ANTECEDENTES

() AIDS	() Doença mental
() Alcoolismo	() Doença renal
() AVE	() Drogas
() Cirurgias Realizadas	() Hipertensão arterial
() Convulsão	() Internamentos Anteriores
() Diabetes	() Medicamentos
() Doença Cardíaca	() Problemas respiratórios
() Doença Infecto - contagiosa	() Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: Responsável:

MOTIVO DO TRANSPORTE

() Apoio Diagnóstico () Serviço de maior complexidade () transferência simples () outro:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: Responsável: Função:

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

ÚLTIMA DE COUSA CARROX-MOTO, ABORDADA SEM CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONDENDO, NORMOCÓRICO, RELATO DE QUESA DE DOR EM UTE, PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES

() agitação () alergia () Ausência de pulso (central) () Cianose () Convulsão () Diarreia () Dificuldade respiratória () dor local () febre () Inconsciente/ desmaio () Palidez () Sangramento () Vômito () outros:

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica 130 PA diastólica 80 Pulso: FC: 86 FR: 20 TEMP: °C Glicemia: 94 SPO₂: 99 Glasgow 15

2. VIA AÉREA

() Livre () Obstruída parcialmente () Obstruída totalmente () Corpo Estranho () Bronco aspiração () Edema de glote () Obs.:

VENTILAÇÃO

() Espontânea () Parada respiratória () Assistida () Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

() Normal () Superficial () Regular () Irregular

ACHADOS

() Crepitação () Enfisema subcutâneo () Expectoração () Hemoptise () Hálito fético () Outro:

3- CIRCULAÇÃO

() Cianose () Fria () Úmida () Normal () Palidez () Quente () Seca () Outros:

EDEMA

() Ausente () Palpebral () Membros inferiores () Anasarcas

PERFUSÃO

() Normal () Retardada (> 2 seg) () Ausente

PULSO

() Regular () Irregular () Fino () Cheio () Ausente

ECG

() Normal () Alterado () Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

() Agitação () Sonolência () Coma () Convulsão () Otorragia () Rigidez () Midríase

5 - EXAME GINECO - OBSTÉTRICO

Abortamento () Hemorragia vaginal () Normal _____ Semana () Trabalho de parto () outros: _____

6 - DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

() Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal Prejudicada () Confusão aguda () Deambulação prejudicada () Débito cardíaco diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autônoma () Dor aguda () Hipertermia () Hipotermia () Integridade da pele prejudicada () Integridade tissular prejudicada () Medo () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Perfusão tissular cerebral ineficaz () Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz () Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz () Perfusão tissular renal ineficaz () Termorregulação ineficaz () Troca de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume excessivo de líquidos () Náuseas () Retenção urinária () Percepção sensorial perturbada () Interação social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros: _____

PROCEDIMENTOS

() Desobstrução vias aéreas () Intubação naso/orotraqueal () Cânula Orofaringea () Ventilação mecânica (manual AMBU) () Respirador () Inalação de oxigênio (O₂) () Drenagem torácica () Massagem cardíaca externa () Desfibrilação/ cardioversão () Controle de hemorragia () Curativo () Punção venosa () Sonda gástrica () Sonda vesical () Sedação () Imobilização de membros () Colar cervical () Talas / tração () Outros: _____

INTERVENÇÕES:

- VERIFICADO SSUJ.
- REALIZADO PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO;

EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS:

VITIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, SEM CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONSIVO, EUPNEICO, NORMOCORADO, TORAX, ABDOMEIM, NUSS, CRANIO PRESERVADOS, PRESENÇA DE LEVES ESCORIAÇÕES E QUEIXA DE DOR EM NIE. REALIZADO PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO. ENCALINHADO AO HRT.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

ENCAMENHAMENTO

() Liberdade após atendimento () Recusa o atendimento () Óbito no local () Óbito durante o atendimento () Óbito durante o transporte

POSICÃO DE TRANSPORTE

() Decúbito dorsal () Decúbito lateral () Decúbito ventral () Sentado () Elevação de cabeceira (cabeça)

SERVIÇO DE SAÚDE

RECUSO

Nome: _____ R.G. _____
Assinatura: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: _____ CRM: _____ MAT: _____
Enfermeiro (a): LEONARDE CASTRO COREN: _____ MAT: _____
Téc. de Enfermagem: _____ COREN: _____ MAT: _____
Condução: CASTRO MAT: _____





CERTIDÃO

Nº. 1536/2017

Atendendo solicitação de **JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº12299 e Prontuário Nº 2017.03.001531 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 10/03/2017 às 01H16min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda sem desvio. Realizado tratamento conservador com alta médica dia 28/03/2017.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de outubro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 12299 Atd: Não Regul
Data: 10/03/2017
Hora: 01:16:59
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SE
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ALISON BARBOSA DE SOUSA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.03.001531

CNS: 702600793108344 Sexo: M IDENTIDADE: 3865023 Fone: 988143170

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 30/10/1989 Id: 27 ano(s)

End.: RUA SAO GONCALO, 00

Bairro: CENTRO Cidade: JURUPIRANGA UF: PB

Mae: MARIA DA CONCEICAO BARBOSA DE SOUZA

Pai: LUIZ RODRIGUES SOUZA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SOLDADOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: IRMAO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL ITABAIANA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE NELA QUEDA DE MOTO COM FRATURA
NA TIBIA E NA FIBULA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E OTUSÃO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PCE TENDÃO TGLI SMM 02, LAC, COM
TALA EM MIM ETC.

Diagnostico

FRATURA DO TIBIA E FIBULA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Prescrição

Horario da medicacao

MD: Prescrever analgésico da perna
com efeito para o controle da dor

A.B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM 0748

Dr. Sérgio
Dr. Tarlton

Estiane Pereira da S
Enfermeira
CRM-PB 350136
Carla Batista
CRM-PB 350136



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Jose Alisson Barbosa de Souza</u>				PRONTUÁRIO Nº: <u>2014.03.1531</u>	
IDADE: <u>24</u>	SEXO: <u>M.</u>	COR: <u>B.</u>	CLÍNICA: <u>Ortop.</u>	ENF: <u>HN 15</u>	LEITO: <u>152</u>
DATA DE ADMISSÃO: <u>10/03/14</u>		DATA DE ALTA: <u>28/03/14</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>19 dias</u>	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura ossos da perna (E)</u>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>O mesmo</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES					

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Feito na perna de circunferência.
Fratura da tíbia sem desvio, trat. conservador

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÕES DE ALTA ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Optado por trat. conservador. Feito na
perna esquerda, trat. com bom alinhamento
ossos longos-podolinos.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: líquida

REPOUSO: Relativo em casa por 90 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 90 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 150 dias e com esforço maior em 150 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Dipirona 1.0. S.R.

RETORNO Ao posto de saúde em 28/03/14 para retirada de pontos
Ao Ambulatório do Ortopedia em 30 dias para revisão.

28/03/14

DATA

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Dr. Rodrigo Castro de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
C.R.M. 4847 / TEOT 8331
ASS. MÉDICO / CRM

