

Instrumento Procuratório

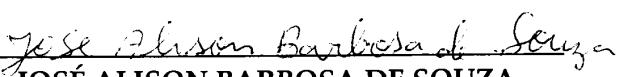


Outorgante: **JOSÉ ALISON BARBOSA DE SOUZA**, brasileiro, inscrito no CPF sob o nº 104.059.074-86 e no RG sob o nº 3.865.023 SDS/PB, residente e domiciliado na Rua Arcinio Saraiva da Silva, nº 49, Centro, Ibiranga, Itambé/PE.

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 judicia 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
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



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 09/07/2019 10:04:52
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910045204800000046828086>
Número do documento: 19070910045204800000046828086

Num. 47554100 - Pág. 1



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 Arcinio 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 parcós rendimentos.//////////

Timbaúba/PE, 25 de junho de 2019.

José Alison Barbosa de Souza
JOSE 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



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 09/07/2019 10:04:52
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910045213000000046828088>
Número do documento: 19070910045213000000046828088

Num. 47554102 - Pág. 1



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 09/07/2019 10:04:52
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910045221400000046828089>
Número do documento: 19070910045221400000046828089

Num. 47554103 - Pág. 1

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DATA DE
GERAL 3.865.023 EXPEDIÇÃO 09/06/2010

NOME JOSE ALISON BARBOSA DE SOUZA

FILIAÇÃO LUIZ RODRIGUES SOUZA
MARIA DA CONCEIÇÃO BARBOSA DE SOUZA

NATURALIDADE

ITAMBÉ-PE

DATA DE NASCIMENTO

30/10/1989

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

CARTORIO ITAMBÉ-PE

CPF

João Pessoa - PB

Maria de Souza

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

CAIXA DA MÍDIA DO BRASIL

Scanned by CamScanner



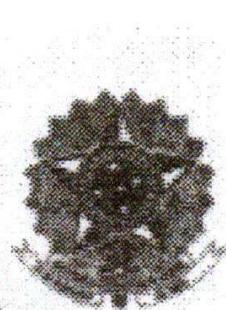
Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 09/07/2019 10:04:52
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910045221400000046828089>
Número do documento: 19070910045221400000046828089

Num. 47554103 - Pág. 2

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



Assinado eletronicamente por: GILBERTO CORREIA DA SILVA FILHO - 09/07/2019 10:04:52
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910045221400000046828089>
Número do documento: 19070910045221400000046828089

Num. 47554103 - Pág. 3

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Alison Barbosa de Souza,
RG nº 3865023, data de expedição 09/06/10, Órgão SSP-PB,
CPF nº 124.059.074-86, 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>acirino Saravia da Silva</u>
Número	<u>99</u>
Apto / Complemento	<u>cas</u>
Bairro	<u>Irinanga</u>
Cidade	<u>Stanle</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: Stanle, 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. JOSÉ 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-

Ligaçāo Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligaçāo 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

CONTA CONTRATO

2262809024

ENDEREÇO

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

TOTAL A PAGAR

R\$ 13,07

DATA DA APRESENTAÇÃO

22/02/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

052091266

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

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

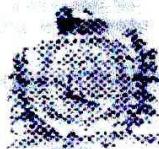


838000000009 130700110028 262809024104 137389871139



2017-5-19

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ - DP49ºCIRC DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0139000479

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumador) que aconteceu no dia 09/03/2017
as 17:30

Localizado no endereço: MUNICÍPIO DE ITAMBÉ, 1, AO LADO DA MADEIREIRA MADREBRAZ, IBERANGA -
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 (VITIMA)

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: MasculinoNaturalde: MARIA DA CONCEIÇÃO
BARBOSA DE SOUZA Filho: LUIZ RODRIGUES SOUZA Data de Nascimento: 30/10/1980 Naturalde: ITAMBÉ / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 3865023/85PPB (RG), 10405907486 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO
Telefones Celulares:
- 83998699482

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE ITAMBÉ, 49, RUA ARSINIO SARAIVA DA SILVA, IBERANGA - CEP: 56000-000 - Bairro:
CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

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

JOAO FABIO CORDEIRO GUEDES (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoNaturalde: 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: NQH1136 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: 9G2ND0910BR006771

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 DEPÓL 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 PRÓXIMO A
MADEIREIRA MADREBRAZ EM IBERANGA UM VEÍCULO RANGER CONDUZIDO POR JANILSON COLIDIU NA LATERAL DA

Rev/RC /Atende/Policial/2017-11-05/23/xml/BOEPrelim.html



Boletim de Ocorrência

ACLETA QUE ESTAVA CONDUZINDO, QUE EM VIRTUDE DA COLISAO CAIU NA VIA PÚBLICA, QUE FOI
CORRIDO PELO SAMU CONFORME OCORRÊNCIA DE N° 1627480.

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

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

Rafaela Lima Florencio

B.O. registrado por: RAFAELA LIMA FLORENCIO Matrikula: 273603-9

Assinatura



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 JURIPIRANGA

SECRETARIA DE SAÚDE

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192



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

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data 09.03.17	Ocorrência nº. 1627480	Paciente/usuário JOSE JUSSOU BARBOSA DE SOUZA	Idade 27	Sexo () Masc. () Fem.
Local da ocorrência R. NOVA RONDÔNIA	Bairro Centro	Médico regulador REGINAUD		
Apóio no local: () PM () Resgate/ Bombeiros () Resgate/ PRF () CPTTRAN () SITRANS () Outro: () Socorrido por terceiros () Recusou atendimento () Socorrido pelos Bombeiros () Local não encontrado () outro:				

TIPO DE AGRADO

<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 Infeccio - 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)

~~UMA DE COUSAS CARROS MOTO, ABORDADA SEM CAPACETE CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONDEU, DORMILHÃO, RELATO DE DOR EM NITE, PRESENÇA DE ESCORTADORES, 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 () Expectorado () Hemoptise () Hálito etílico () Outro: _____

3 - CIRCULAÇÃO

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

EDEMA

() Ausente () Palpebral () Membros Inferiores () Anasarca

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 Rrigidez Midriase

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 Déficit cardíaco diminuído Desobstrução ineficaz de vias aéreas Disreflexia autônoma Dor aguda Hipertermia Hipotermia Integridade da pele prejudicada Integridade tissular prejudicada Medo Intolerância à atividade Mucos oral prejudicada Padrão respiratório ineficaz Perfusion tissular corporal ineficaz Perfusion tissular cardiopulmonar ineficaz Perfusion tissular gastrintestinal ineficaz Perfusion tissular renal ineficaz Termoregulação ineficaz Troca de gases prejudicada Ventilação espontânea prejudicada Volume de líquidos deficientes Volume excessivo de líquidos Náuseas Retenção urinária Percepção sensorial perturbada Interção social prejudicada Incontinência intestinal Eliminação urinária prejudicada Constipação Outros: _____

PROCEDIMENTOS

Desobstrução vias aéreas Intubação鼻/o/orofaringea 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 Coja cervical Tais / tração Outros: _____

INTERVENÇÕES:

- VERIFICADO SSUJ.

- REALIZADO PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO;

EGLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS:

VISIT DE COUSAS CARRO X MOTO, SEU CAPACETE, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPONSIVO, EUPNÉICO, NORMOCORÁDO, TORAX, ABDOMEN, NUSS, CRÂNIO PRESERVADOS, PRESENÇA DE LEVES ESCORIACOES E QUEIXA DE DOR EN NIE. REALIZADO PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO. ENCHUINHADO AO HRI.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**ENCAMINHAMENTO**

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

POSIÇÕES DE TRANSPORTE

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

SERVIÇO DE SAÚDE**RECUSO**

Nome: _____ RG: _____
Assinatura: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: <u>Leidjalce Castro</u>	CRM: _____	MAT: _____
Enfermeiro (a): <u>Leidjalce Castro</u>	COREN: _____	MAT: _____
Téc. de Enfermagem: <u>Castro</u>	COREN: _____	MAT: _____
Condutor: <u>Castro</u>	MAT.: _____	





CERTIDÃO

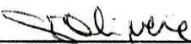
Nº. 1536/2017

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, data 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 Ficha Nr: 12299 Atd: Nao Regul
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 10/03/2017
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 01:16:59
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepctionista: GABRIELA DA COSTA SE
FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE ALISON BARBOSA DE SOUSA 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: JURIPIRANGA 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

Presidencia: 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		

Sintoma Principal

Observacao

PACIENTE NELAS ONDE O DE MOTO COM FRACO E
NIE MECA TEI BOLAS E CARROS, VOMO E OUTROS

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PCB fraco tei 8AMQ2, le, co
TAHT EM MIN TIR.

Diagnostico

ANAMPS RDA/0 GRANDE PERDIDA TENSÃO B3P

esiane Pereira da S
Enfermeira
Carlo Belchior
CRM-PB 350136

Prescricao

| Horario da medicacao

IND: Fracar ossos da perna
co. estero p/tra coxim

A.B.Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 0248

Dr. Cirio
Dr. Turcato



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IMI.

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME José Alisson Barbosa de Souza				PRONTUÁRIO N° 2014.03.1531	
IDADE 27	SEXO M	COR B	CLÍNICA Drs. Jp.	ENF. HV 15	LEITO 652
DATA DE ADMISSÃO 10/03/14		DATA DE ALTA 28/03/14		TEMPO DE PERMANÊNCIA 12 dias	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura ossos da perna (E)					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					

PROCEDIMENTO REALIZADO:
**Fezendo na perna de cinturado.
Fratura do tíbia com desvio, trat. Conservador**

TERAPÉUTICA 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, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Optado por trat. conservador. Fez-se a perna cinturada, trat. com bom resultado e gesso inguinal-podálico.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **Líquida**

REPOUSO: Relativo em casa por **90** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ 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 V.O. 5gr.**

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos
Ao Ambulatório do **Dr. Drs. Jp.** em 30 dias para revisão.

28/03/14

DATA

Dr. Rodrigo Castro da Mota
Ortopedista e Traumatologista
CRM-BR 10447 / TEOT 8331
ASS. MÉDICO / CRM

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

