

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Davi José do Amaral
RG 5.664.152 CPF 043.383.514-69 PROFISSÃO pedreiro
ESTADOCIVIL Brasileiro ENDEREÇO Rua Nova do
lacheo N° 63 Guerina Bartolao dos Guerinares
EMAIL elieathallymonmanuel@outlook.com

OUTORGADOS: DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO, inscrita na OAB/PE sob o nº 29.143,
CAMILA ALMEIDA LOPES TAVARES, OAB PE - 32.262 todos com endereço
profissional na Rua Bartolomeu de Medeiros, nº104, Guadalupe, Olinda - PE
CEP:53240-540

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "*ad judicia*", para defender os interesses e direitos do outorgante, e mações e processos de qualquer natureza, até o final da decisão como autor, réu, assistente ou oponente, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartições, órgãos ou autarquias Federais, estaduais e Municipais, contra qualquer pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, em defesa dos legítimos interesses do outorgante, conferindo-lhe poderes ainda para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, desistir renunciar e assinar, interpor recursos necessários, tomar vistas em processos, representar em audiência ou judicialmente, contestar qualquer ação, receber notificação e intimação, incluindo também os poderes da procura "*ad negotia*", a fim de requerer e fazer levantamento de valores creditados em favor do outorgante, através de alvará judicial, RPV ou Precatório, junto às instituições financeiras (CEF, Banco do Brasil S/A e outros), que façam referência aos depósitos judiciais que os outorgados atuaram como patrocinador da ação, podendo ainda pedir retenção de honorários advocatícios combinados de acordo com contrato de honorários, ou seja, 30% (trinta por cento) do proveito econômico, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, enfim requerer, assinar e praticar tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito desempenho do mandato em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes que lhe são outorgados.

Recife, 15 de abril de 2019.
Local e Data

Davi José do Amaral
Outorgante

Rua Bartolomeu de Medeiros, nº104, Guadalupe, Olinda - PE CEP:53240-540
Fones: 3241.4001 / 8876.5452





DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Davi José do Amaral, brasileiro(a) portador do RG: 5.664.152 e CPF: 041.383.914-69, DECLARO, nos termos das Leis nº 7.115/1983 e 1060/50, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Ribeirão Preto, 11 de abril de 2019

Local e Data

Davi José do Amaral

DECLARANTE

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 27/06/2019 15:28:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062715281798500000046401062>
Número do documento: 19062715281798500000046401062

Num. 47120235 - Pág. 2



JABOATÃO

JABOATÃO

JABOATÃO

JABOATÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0110000064

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/01/2019** às **15:47**Complementado pelo BO Número: **19E0110000554**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 01** - Bairro: **CAVALEIRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TERCEIRO (AUTOR \ AGENTE)
CLEVERTON PIRES DO AMARAL (OUTRO)
DAVI JOSE DO AMARAL (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TERCEIRO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DAVI JOSE DO AMARAL

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

DAVI JOSE DO AMARAL (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUIZA DA SILVA** Pai: **ABINER JOSE DO AMARAL** Data de Nascimento: **22/5/1980** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5664152/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 983096972**

Endereço Residencial: **RUA NOVA DO PACHECO, 63 - CEP: 55000-000** - Bairro: **PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

CLEVERTON PIRES DO AMARAL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAVI JOSE DO AMARAL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI JOSE DO AMARAL**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

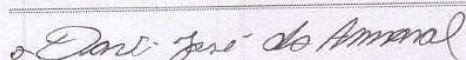


Placa: **KJE4733** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**MOTOCICLETA 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA QUANDO OUTRA MOTOCICLETA O ATINGIU E A VITIMA FOI AO CHAO. ALEGA QUE FOI SOCORRIDO POR UM TAXISTA E LEVADO A UPA DO CURADO E LOGO APOS AO HOSPITAL DON HELDER COM FRATURA DO DEDO DO PE ESQUERDO.

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

**DAVI JOSE DO AMARAL**
(VITIMA)B.O. registrado por: **ANTONIO ALBERTO BORGES BIVAR** - Matrícula: **221047-9****Policia Civil de Pernambuco**
Delegacia de Polícia da 20ª Circunsc.

Jaboatão

3/11/2019, 9:54 AM

2 of 2



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 27/06/2019 15:28:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062715281805600000046401063>
Número do documento: 19062715281805600000046401063

Num. 47120236 - Pág. 2

 **Policia Civil de Pernambuco**
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

 **Policia Civil de Pernambuco**
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0110000554

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/02/2019** às **12:06**

Complementa o BO Número: **19E0110000064**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 1** - Bairro:
CAVALEIRO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TERCEIRO (AUTOR \ AGENTE)
CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL (OUTRO)
DAVI JOSE DO AMARAL (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI JOSE DO AMARAL**

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

DAVI JOSE DO AMARAL (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUIZA DA SILVA** Pai: **ABINER JOSE DO AMARAL** Data de Nascimento: **22/5/1980** Naturalidade: **JABOATAO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5664152/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 983096972**

Endereço Residencial: **RUA NOVA DO PACHECO, 63 - CEP: 55000-000 - Bairro: PACHECO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI JOSE DO AMARAL**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KJE4733** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA /CG 150TITAN, PRETA, PLACA KJE 4733-PE, A MESMA PERENCE A DAVI JOSE DO AMARAL , A MESMA ESTAR EM NOME DE CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL.**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA QUANDO OUTRA MOTOCICLETA O ATINGIU E A VITIMA FOI AO CHAO. ALEGA QUE FOI SOCORRIDO POR UM TAXISTA E LEVADO A UPA DO CURADO E LOGO APÓS AO HOSPITAL DON HELDER COM FRATURA DO DEDO DO PE ESQUERDO.

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

DAVI JOSE DO AMARAL
DAVI JOSE DO AMARAL
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARIO PEREIRA DA SILVA** - Matrícula: **1200844**

 **Folha Civil de Pernambuco**
Delegacia de Pernambuco - Gravatá





Policia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição



Policia Civil de Pernambuco
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0110000554

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/02/2019** às **12:06**

Complementa o BO Número: **19E0110000064**
Complementado pelo BO Número: **19E0110000693**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 1** - Bairro: **CAVALEIRO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

TERCEIRO (AUTOR \ AGENTE)
CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL (OUTRO)
DAVI JOSE DO AMARAL (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI JOSE DO AMARAL**

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

DAVI JOSE DO AMARAL (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUIZA DA SILVA** Pai: **ABINER JOSE DO AMARAL** Data de Nascimento: **22/5/1980** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5664152/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: **- 983096972**

Endereço Residencial: **RUA NOVA DO PACHECO, 63 - CEP: 55000-000 - Bairro: PACHECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAVI JOSE DO AMARAL**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KJE4733** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA /CG 150TITAN, PRETA, PLACA KJE 4733-PE, A MESMA PERENCE A DAVI JOSE DO AMARAL , A MESMA ESTAR EM NOME DE CLEVERTON HUGO PIRES DO AMARAL.**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **TERCEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **TERCEIRO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA QUANDO OUTRA MOTOCICLETA O ATINGIU E A VITIMA FOI AO CHAO. ALEGA QUE FOI SOCORRIDO POR UM TAXISTA E LEVADO A UPA DO CURADO E LOGO APOS AO HOSPITAL DON HELDER COM FRATURA DO DEDO DO PE ESQUERDO.

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

DAVI JOSE DO AMARAL
DAVI JOSE DO AMARAL
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARIO PEREIRA DA SILVA** - Matrícula: **1200844**

 **Policia Civil de Pernambuco**
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição
Jaboatão



SINISTRO 3190159315 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA DAVI JOSE DO AMARAL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR
DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO DAVI JOSE DO AMARAL

CPF/CNPJ: 04138351469

Posição em 11-04-2019 14:59:28

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
29/03/2019	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00





Nome: DAVI JOSE DO AMARAL
Dt. Nasc.: 22/05/80 - 38 ano (s)
Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA Fone: 81983096952
Endereço: RUA NOVA DO PACHECO, nº 63, SUCUPIRA, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE
Data/hora: 12/12/2018 - 18:26
Nº pág.: 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM PE ESQ

EXAME FÍSICO:

Peso: _____ Altura: _____ IMC: () Temperatura: °
PA: x mmHg HGT: mg/dL

CONDUTA:

TRANSFERÊNCIA PARA CIRURGIA DE URGENCIA

Exames Complementares/Resultados:
 FRATUR 5PDE EXPOSTA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S92 - Fratura do pé (exceto do tornozelo) | Nota

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: HOSP. DOM HELDER

Motivo: Tratamento Cirúrgico

Senha: 5575466

Especialidade: ORTOPEDIA

Prioridade de Remoção:

André Palitot
Traumatologista
CRM: 16457

Dr. ANDRÉ ALENCAR BARBOSA PALITOT
CRM : 16457

Rua Leonardo da Vinci, nº 68, Curado II
CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ANDRÉ ALENCAR BARBOSA PALITOT. CRM: 16457. Data e Hora: 12/12/2018 18:27:25.

Rua Leonardo da Vinci, nº 68, Curado II CEP: 54220-000 - Jaboatão dos Guararapes/PE
Contato: (81) 3184-4465

Rua Leonardo da



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 472970

Data e Hora do Atendimento: 13/12/2018 15:45

Usuário do Ateridimento: DAYENESS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: DAVI JOSE DO AMARAL

Prontuário: 111833

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Nome do Pai: ABINER JOSE DO AMARAL

Data do Nascimento: 22/05/1980

Idade: 38 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

RG: 5664152

SDS PE Data Emissão:

CPF: 04138351469

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A COMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: PEDREIRO

Endereço: RUA NOVA DO PACHECO

63

SUCUPIRA

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

PE

CEP: 54280675

Fone: 988023357

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA CURADO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: ~~403~~ 403-01

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 13/12/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Facilizar Expulsão - 5º Andar

Diagnóstico:

Fracatura expulsiva - F10.2

Procedimento:

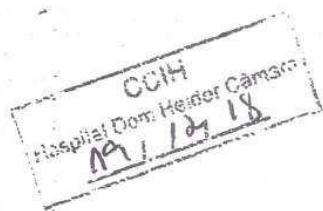
Alta em: 14/12/18 Hora: 21:00

Médico e C.R.M:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G:

*D. Bruno Góis
Ortopedia/ Traumatologia
CRMPE 16692*



*Hospital Dom Helder Camara
Médico: Góis
Assistente: Sá
Data: 14/12/18
Faturamento: 51112
19 DEZ. 2019*





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 472961

Senha da Classificação:

035

Data e Hora: 13/12/2018 15:34

Paciente: 111833 DAVI JOSE DO AMARAL

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 22/05/1980 Idade: 38 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA

Nome do Pai: ABINER JOSE DO AMARAL

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: REINALDO MENDES DE CARVALHO

CRM: 14861

Endereço: RUA NOVA DO PACHECO

Bairro: SUCUPIRA

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: SANDRACA

RG (Identidade): 5664152

SDS PE

Data de Emissão:

Fone: 988023357

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 04138351469

Data de Emissão CRN/CH - Hospital Dom Helder Câmara

Cartão SUS:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dois com os braços com ferida exposta em perna AD DE

Exame Físico

*29h do exame
Frax: Hora para o DS Revol.*

Impresão Diagnóstica

Frax com 5i PDE.

Conduta Terapêutica

ao Bloco

Prescrição Médica

0 Cefalosporina 30 AD 00

*CRM/PE 2620
Dr. Bruno Lira
Ortopedista
Cirurgião-Médico*

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

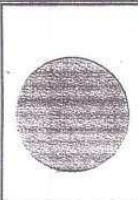


HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/12/2018 15:16

	Nome Paciente: DAVI JOSE DO AMARAL
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	22/05/1980
Sexo:	Masculino
Idade:	38
Senha:	0035
Convênio:	-
Atendimento:	SAME:

Período: 13/12/2018 15:25 - 13/12/2018 15:30

IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	BRIGADEIRO/ALARME
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	PCT PROVENIENTE DA UPA DO CURADO II. SENHA: 5575466. COM RELATO DE DOR EM PE ESQ. APOS COLISAO MOTO X MOTO. HD: FRAT. EM 5 PDE EXPOSTA
Observação:	NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA
luxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- PAD: 70.00 MMHG - PAS: 110.00 MMHG

Acolhido(a) por: IONEIDE CANDIDO DE ALENCAR - COREN: 398356 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/12/2018 15:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 27/06/2019 15:28:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062715281821100000046401731>
Número do documento: 19062715281821100000046401731

Num. 47120254 - Pág. 4

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Davi José da Amor Registro: _____ Nº Atendimento: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração:

Pf em 20 dias
com dores em MTE

História da Doença Atual:

Pf com 20 dias com
dores em MTE após acidente
de moto dia 11/06

Interrogatório Sintomatológico:

Do o timor

HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
HOSPITAL DOM HÉLDER CÂMERA

ADMISSÃO
DATA: 13/11/18 HORA: 19:30

**HISTÓRICO****1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Dra. Ana C. Amor
Enfermaria: 403 Leito: 1

Registro: 111833 Clínica: 403
Diagnóstico: F5 - PDC

2. QUEIXAS PRINCIPAIS**3. ANTECEDENTES PESSOAIS**

() Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Cirurgias Anteriores Quais: _____

EXAME FÍSICO**4. ESTADO GERAL**

ESTADO GERAL: () Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

() Normocorado () Hipocorado () Acianótico () Cianótico () Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MMSS () IMMII () Anasarca
() LESÃO POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: () Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: () Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midriase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: () Cooperativo () Choroso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITais

() Afebril () Fiebre T. AXILAR= _____ °C FR= _____ IPM Sat O2= _____ () Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Intubado
RUMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitantes FC= _____ bpm
PA: _____ mmHg PULSO: () Filiforme () Chelo () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Periférico Local: _____
() Central Local: _____

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: () VO () SNG () SNE () GTT ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia N.º evacuações _____ Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Melena () Odor fétido () Odor característico () ÊMESE Aspecto: () Hematémase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: () Presente Aspecto: _____ () Ausente () Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematuria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: () Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local: _____
() AMPUTAÇÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ () TALA GESSADA Local: _____
Outros: _____

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
SNG- Sonda Nasogastrica

MMSS- Membros Superiores
VO- Via Oral
SNE- Sonda Nasoenteral

MMII- Membros inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
VAS- Via Aérea Superior

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
GTT- Gastrostomia



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 13/12/2018
Hora.....: 18:48

Aviso de Cirurgia : 39121
Paciente : 111833
Convênio Atend. : 1
Leito : 619
Dt. Início : 13/12/2018 18:20

Sala : 0004
DAVI JOSE DO AMARAL
SUS - INTERNACAO
LEITO 18

SALA 04

Atendimento : 472970
Carteira :
Idade : 38 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050470 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS PODODACTILOS (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 42 LOCAL

CIRURGIAO

13526 HOMERO RODRIGUES SILVA NETO

Descrição Cirúrgica :

HD: FRATURA EXPOSTA DE 5 PDE
CD: LIMPEZA CIRURGICO + PASSAGEM FIO KIRSCHNER.

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA MSD
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. DESBRIDAMENTO DE FERIDA
5. LAVAGEM COPIOSA COM SF 0,9 % + PASSAGEM DE FIO K 1.5
- SUTURA
- CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Luciano L. Cunha Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM/PR 25.808

DR(A) : HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
CRM : 13526

13526
HOMERO RODRIGUES SILVA NETO
CRM : 13526
FONTE: BLOCO
ESTABELECIMENTO: HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



		Nome: <i>Dari Jose do Amaral</i>	Registro: <i>111883</i>	Leito:
		Procedimento Cirúrgico: <i>POJ HO. envio final 5º</i>	Data: <i>13/11/18</i>	Hora:
DIAGNÓSTICO		PDE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS	
1. Ansiedade		<input type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz		
2. Ventilação prejudicada ()		<input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).		
3. Padrão de eliminação urinária		<input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Diminuído () Aumentado <input type="checkbox"/> Registrar-se: () Dor ao urinár () Abaúlameto em região suprapubica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros		
4. Dor <i>✓</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ____ / ____ h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ____ h <input type="checkbox"/> Outros		
5. Integridade tissular prejudicada <i>✓</i>		<input type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Pincar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tacionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <input type="checkbox"/> Outros		
6. Sangramento ()				
Local: _____				
() Leve () Moderado () Severo				
7. Imobilidade no leito prejudicada ()				



IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL

1. Identificação

Nome: <u>Davi José do Amaral</u>	Data: <u>13/12/18</u>	Registro: <u>111.833</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Leito: <u>403-01</u>	Hora: <u>17:30</u>

2. Equipe médica:

Cirurgião: <u>Dr. G. Menor</u>	1º auxiliar: <u>Dr. Luciane</u>
Anestesista: <u>Dr. G. Menor</u>	Instrumentador: <u>Rafaela</u>
Circulante: <u>Willigia</u>	

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
<i>Mapa</i>	<i>blue → black 11/02/19 13:03</i>	<i>blue → black 11/12/18 17:30</i>
<i>Esposete</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30 11/12/18 08:30</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30</i>
<i>Bx. Menor ortopedia</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30 11/12/18 08:30</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30</i>
<i>Faixa crepe</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30 11/12/18 08:30</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30</i>
<i>Ricardinho</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30 11/12/18 08:30</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30</i>
<i>Fio K - 1,5 mm</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30 11/12/18 08:30</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30</i>
<i>Motor Broca</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30 11/12/18 08:30</i>	<i>blue → black 13/12/18 08:30</i>
	MOTOR BROCA C/C UNIFESTER LOTE: 03.000.528 EST: 10/12/2018 VAL: 10/12/2019 78947627 PLASMA P.H	
	RESP. TÉCNICO RICARDO LEITE CÓREN: 342.739	



PACIENTE:	Danielle do Amaral			DATA:	18/12/18			
CIRURGÃO:	Dr. Giovanni			RG:	111.833			
ANESTESISTA:	Dr. Omero			ANESTESIA:	Alveolar			
CIRURGIA:	Técn. Mat. Esporta do 5º PDE			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Ruana			
ESTRUMENTADOR:	Rafaella			COREN:				
CIRCULANTE:	Silvana			HORARIO INICIAL:	18:20			
ENFERMEIRA:	Rafaela			HORARIO FINAL:	18:35			
DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 04								
AGULHAS								
13X4,5	25X7	25XB	40X12					
CARDIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27					
ATADURAS								
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM					
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM						
CANULAS								
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5					
TRAQUEOST 9,0								
CATETER								
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16					
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18					
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24						
LIMPADORES								
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400					
CURATIVOS								
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX					
EQUIPOS								
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO					
EXTENSORES								
20CM	40CM	60CM	120CM					
LAMINAS								
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20					
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6						
LUVAS								
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5					
SERINGAS								
1ML	3ML	5ML	10ML					
20ML	60ML	60ML CATETER						
AVENTAL CIRUR B5. COLOSTOMIA COMPRESSAS CAPA P/ VIDEO								
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXAO 4VIAS					
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN					
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA					
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO					
FIOS CIRÚRGICOS								
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDÍACA					
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0					
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0					
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0					
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0					
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0					
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2					
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0					
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0					
VICRYL 4-0	CERA P/OSO	MARCAPASSO	VALVEKIT					
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0					
SURGIGEL 5X75	ACO 1	ACO 4	AÇO 6					

CÓD. 38407



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES
Registro: 111833
Nome: DAVI JOSE DO AMARAL
Mãe: MARIA LUIZA DA SILVA
End.: RUA NOVA DO PACHECO
Enferm.: LEITO 18

Atendimento: 472970

Leito: 619

Dt.Cad: 13/12/2018
Dt. Nasc: 22/05/1980
Bairro: SUCUPIRA
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES
CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente
 • Identificação do paciente
 • Local da cirurgia a ser feita
 • Procedimento a ser realizado
 • Consentimento informado realizado
- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
 Checagem do equipamento anestésico
 Oxímetro de pulso instalado e funcionando
- O paciente tem alguma alergia?
 Não
 Sim _____

- Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
 Não
 Sim e há equipamento disponível
- Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?
 Não
 Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
 O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 • Identificação do paciente
 • Local da cirurgia a ser feita
 • Procedimento a ser realizado
- Antecipação de eventos críticos:
 Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? *Não*
 Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *± 1h*
 Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *Não*
 Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *Sim*

- O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
 Sim
 Não se aplica
- Exames de imagem estão disponíveis?
 Sim *Rx*
 Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

- A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:
Ho. enferm. frat. Se PDE
- Nome do procedimento realizado
 A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) *sim*
 Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *N/A*
 Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *Não*
 O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica *sim*

19 DEZ 2018
 H. - Hospital Dom Helder
 Salas de LVA
 Faturamento / SAÚDE
Flávia
 Flávia Marques
 Enfermeira





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Daci Nogueira de Amorim Registro: 111833

Clinica: Otakasde Enfermaria: _____ Leito: _____

Enfermaria: _____ **Leito:** _____

Leito: _____

Data/Hora	Atividade
13/10/10	PF segue ao Bloco
19/10/10	PF faz o沉积
1:00	PF faz o沉积 e manda o fito Hospital em ambulância para Belo Horizonte
	E64 faz o fito e leva para



Resumo de Alta Hospitalar

403-8

PACIENTE:DAVI JOSE DO AMARAL

REGISTRO: 111833 | IDADE:[Status] | DATA ADMISSÃO: 13/11/2018 | DATA ALTA: 14/12/2018

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA EXPOSTA EM 5 PDE

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSINTESE COM FIO K

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

2) RETORNO AO HOSPITAL DEPOIS QUE ENTRAMOS EM CONTATO

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 03/01/2019
Não () Hora: 05:07:00

Assinatura do Médico e Carimbo

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA CLÍNICA
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE

(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

Dr. Bruno Daltro
Ortopedia / Traumatologia
C.M.P. 11665/3



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 27/06/2019 15:28:18
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1906271528184080000046401733>
Número do documento: 1906271528184080000046401733

Num. 47120256 - Pág. 1



Atestado Médico

Fisioterapia

Paciente: **DAVI JOSE DO AMARAL**

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 13/11/2018.

Necessitando de 15 (quinze) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

CID 10

FRATURA EXPOSTA EM 5 PDE

*Dr. Bruno Daltro
Ortopediatra
Clínique 2600*

A Resolução nº 1.558/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º estabelece:

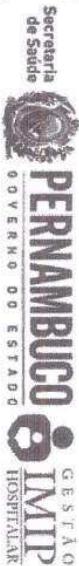
"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado."

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas

Cabo de Santo Agostinho, 14 de dezembro de 2018

*Dr. Bruno Daltro
Ortopediatra
Clínique 2600*

**RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL****IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo: LUCIANO LEITE DA CUNHA JR
CRM. UF: PE N° 25608
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE
Fone: (81) 3183.0000
14/12/2018

Paciente: **DAVI JOSE DO AMARAL**
Endereço:

Prescrição:

1) LISADOR DIP..... 01g – 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.
2) CEFALEXINA 500MG 01 CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 7 DIAS

Opcional para dor muito forte:

3) NOVOTRAM..... (50mg) – 01 caixa
Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

1ª VIA FARMÁCIA**2ª VIA PACIENTE**

Nome Completo: LUCIANO LEITE DA CUNHA JR
CRM. UF: PE N° 25608
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE
Fone: (81) 3183.0000
14/12/2018

Paciente: **DAVI JOSE DO AMARAL**
Endereço:

Prescrição:

1) LISADOR DIP..... 01g – 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.
2) CEFALEXINA 500MG 01 CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 7 DIAS

Opcional para dor muito forte:

3) NOVOTRAM (50mg)..... – 01 caixa
Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

1ª VIA FARMÁCIA**2ª VIA PACIENTE**

Nome.....
Ident..... Órg. Emissor.....
End.....
Cidade..... UF.....
Telefone.....

Nome Completo: LUCIANO LEITE DA CUNHA JR
CRM. UF: PE N° 25608
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE
Fone: (81) 3183.0000
14/12/2018

Paciente: **DAVI JOSE DO AMARAL**
Endereço:

Prescrição:

1) LISADOR DIP..... 01g – 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.
2) CEFALEXINA 500MG 01 CX

TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 7 DIAS

Opcional para dor muito forte:

3) NOVOTRAM (50mg)..... – 01 caixa
Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

1ª VIA FARMÁCIA**2ª VIA PACIENTE**

Nome.....
Ident..... Órg. Emissor.....
End.....
Cidade..... UF.....
Telefone.....

Nome.....
Ident..... Órg. Emissor.....
End.....
Cidade..... UF.....
Telefone.....





LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 03/01/19

Nº PRONTUÁRIO: 111833

NOME DO PACIENTE: David José do Amaral

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Blum handbuch des PPE

CID

392

OBS.:

Nº DIAS:

AFASTAMENTO DO TRABALHO

atura do Me



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
8. Desidratação ()	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada <u>2 h</u> <input type="checkbox"/> Avaliar e registrar umidade de mucosas <input type="checkbox"/> Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária <input type="checkbox"/> Registrar turgor e elasticidade da pele <input type="checkbox"/> Outros	
9. Êmese () Náusea ()	<input type="checkbox"/> Registrar aspecto e quantidade de episódios <input type="checkbox"/> Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada <input type="checkbox"/> Verificar posicionamento da SNG/SNE <input type="checkbox"/> Outros	
10. Temperatura Corporal	<input type="checkbox"/> Aferir temperatura de <u>100</u> h / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C <input type="checkbox"/> Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica <input type="checkbox"/> Em caso de hipertermia retirar cobertor e avaliar a temperatura do ambiente <input type="checkbox"/> Outros	
11. Choque hipovolêmico ()	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir sinais vitais a cada <u>2/6</u> h. <input type="checkbox"/> Avaliar coloração e umidade da pele <input type="checkbox"/> Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso irregular; () Pele fria; () Perda de consciência. <input type="checkbox"/> Outros	
12. Risco para infecção ()	<input type="checkbox"/> Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização <input checked="" type="checkbox"/> Registrar e anotar sinais flogísticos Local: <u>AVP</u> <input type="checkbox"/> Examinar F.O e registrar alterações () dor; () calor; () rubor; () edema. <input type="checkbox"/> Outros	
13.	<input type="checkbox"/> Outros	

SNG - Sonda Nasogástrica

PA - Pressão Arterial

FC: Frequência Cardíaca

SNE - Sonda Naso enteral

HGT - Hemoglicoteste

AVP - Acesso Venoso Periférico

 Enfermeiro(a) CREF/PE 346.127	ENFERMEIRO(A) - D -	ENFERMEIRO(A) - N -	TEC. EM ENFERMAGEM - D -	TEC. EM ENFERMAGEM - N -
ASSINATURA E CARIMBO	ASSINATURA E CARIMBO			ASSINATURA E CARIMBO



ESCALA DE BRADEN - Avaliação de Risco para Lesões					Resultado
Descrição	1	2	3	4	
PERCEPÇÃO SENSORIAL	Totalmente Limitado	Muito Limitado	Levemente Limitado	Nenhuma Limitação	() Sem Risco
UMIDADE	Completamente Molhado	Muito Molhado	Ocasionalmente Molhado	Raramente Molhado	18-20 pontos
ATIVIDADE	Acamado	Confinado a cadeira	Anda Ocasionalmente	Anda Frequentemente	() Risco
MOBILIDADE	Totalmente Imóvel	Bastante Limitado	Levemente Limitado	Não apresenta Limitações	Moderado 12-17 pontos
NUTRIÇÃO	Muito pobre	Provavelmente Inadequado	Adequado	Excelente	() Alto Risco
FRICÇÃO CISSALHAMENTO	Problema	Problema em Potencial	Nenhum Problema		6-11 pontos

Escala de Morse para Prevenção de Quedas			
	CATEGORIA	SIM/NÃO	SCORE
1	Histórico de queda (há no Máximo 3 meses)	Não	0
		Sim	25
2	Diagnóstico Secundário	Não	0
		Sim	15
3	Auxílio para Deambular		
	Sem auxílio/acamado/auxílio de enfermagem	Sim	0
	Muletas/Bengala/Andador	Sim	15
	Deambula segurando nos móveis	Sim	30
4	Acesso Venoso	Não	0
		Sim	20
5	Movimentação do Paciente / transferência		
	Normal/Reposo no leito	Sim	0
	Debilitado	Sim	10
	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20
6	Estado Mental		
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	0
	Superestima/esquece as próprias capacidades	Sim	15
Pontuação Total:			
Nível de Risco	SCORE	Ações	
Sem Risco	0 - 24	Intervenções de Prevenção Universal de Queda	
Baixo Risco	25 - 50	Intervenções para Queda	
Alto Risco	> 51	Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda	

Mayra de Melo Santos
Enfermeira
CREF/PE: 440.595-73

Exame Físico:

exa/issal hcl. hoy

ACMILDA AMARAL

Antecedentes Pessoais:

Medicações em Uso

Antecedentes Familiares:

Hipótese Diagnóstica Principal:

fractura em 5 PDE

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

do bloco

Cabo de Santo Agostinho,

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 27/06/2019 15:28:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062715281840800000046401733>
Número do documento: 19062715281840800000046401733

Num. 47120256 - Pág. 7

MEDICAMENTOS DA SALA CIRÚRGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BIDESTILADA C/10ML	1	METRONIDAZOL 5MG/100ML	
ÁGUA BIDESTILADA C/500ML		MÍDAZOLAM 5MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILRINONA 1MG/20ML (PRIMACOR)	
ATRACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,2MG/1ML	
ATROPINA 0,25 MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/10ML		MORFINA 1MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		NALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAINA C/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + BÁCITRACINA POMADA	
BUPIVACAINA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTIGMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAINA PESADA 0,5% C/4ML		NIPRIDE 25MG/2ML	
BUPIVACAINA S/ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFAZOLINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDASETRONA 8MG/4ML	
CEFTRIAXONA 1G IV		PANCURONIO 2MG/2ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
CIPROFLOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROPOFOL 10MG/20ML	
CLONIDINA 150MCG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		REMIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER C/LACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCÚRONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIOPLEGICA C/10ML	
DEXAMETAZONA 4MG/2,5ML		SULFATO DE MAGNESIO 50% C/10ML	
DEXTROCETAMINA 10ML (CETAMINA S+)		SULFENTANIL CITRATO 5MCG/2ML	
DIAZEPAM 10MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIFENIDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGUICERÍDEOS CADEIA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 6% C/500ML	
EPINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
IPSILON 4G C/20ML			
LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAINA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 5MG/5ML (SELOKEN)			

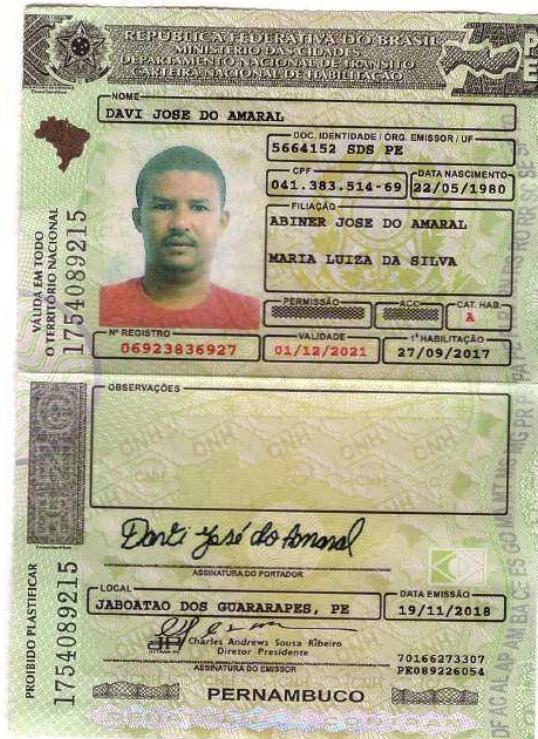
CDP-SANTO



Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 27/06/2019 15:28:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062715281852900000046401065>
Número do documento: 19062715281852900000046401065

Num. 47120238 - Pág. 1





Assinado eletronicamente por: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES - 27/06/2019 15:28:18
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062715281866800000046401718>
Número do documento: 19062715281866800000046401718

Num. 47120241 - Pág. 1

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Pelo Presente Instrumento Particular: <i>Davi José do Amaral</i>		
Nacionalidade: <i>brasileira</i>	Estado Civil: <i>casado</i>	
RG: <i>5664.152</i>	CPF: <i>041.383.514-69</i>	Nasc.: <i>22/05/1980</i>
Profissão: <i>pedreiro</i>		
Endereço: <i>Rua Nova do Pacheco N°63</i>		
Bairro: <i>Guarapina</i>	CEP: <i>54280-675</i>	
Município: <i>Jaboatão</i>	Estado: <i>PE</i>	

CONTRATADO: ESCRITÓRIO SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS, INSCRITO NO CNPJ 19.454.173/0001-08, juntamente com a Bela. CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, advogada, solteira, inscrita na OAB/PE 32.262, Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviço, ficando desde já aceito, pelas cláusulas abaixo descritas.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula Primeira: O presente contrato tem como OBJETO a prestação de serviços pelos **CONTRATADOS** para promover em nome do **CONTRATANTE** todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho do seu mandato do contrato.

Parágrafo único: estes serviços poderão ser feitos administrativamente ou por vias judiciais, caso necessário.

DA FASE JUDICIAL

Cláusula Segunda: caso necessário A intervenção judicial para o desempenho do seu mandato do contrato, pela procuração outorgada, os **CONTRATADOS**, constituirão, em nome do contratante, profissionais especializados para tais fins. A opção do **CONTRATANTE** em propor demanda judicial é expressa por sua concordância nos termos do presente contrato.

Parágrafo único: as despesas referentes ao trâmite judicial serão, a princípio, suportadas pelos **CONTRATADOS** e não se constituem em honorários profissionais objeto deste instrumento, ficando o **CONTRATANTE**, no ato do recebimento do seguro, obrigado a resarcir-las.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Cláusula Terceira: A **CONTRATANTE** obriga-se pela veracidade e exatidão das informações prestadas aos **CONTRATADOS**, fornecendo-lhe procuração e aos seus sócios com fins específicos para agir em seu nome, além de todos os documentos pessoais e demais documentos indispensáveis que lhe forem solicitados etc. devendo pagar a importância equivalente a **30% (trinta por cento)** do proveito econômico auferido na fase judicial do presente instrumento, caso se faça necessário.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Cláusula quarta: é obrigação dos **CONTRATADOS** realizar a prestação de contas nos moldes do presente contrato.

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452

& Davi José do Amaral



Cláusula quinta: a partir da entrega da documentação, os **CONTRATADOS** serão responsáveis pela sua guarda e utilização devida.

DO RECEBIMENTO

Cláusula sexta: Os **CONTRATADOS** estão autorizados a praticar todo e qualquer ato que julgue necessário para um bom resultado. Poderá, portanto, receber, passar recibos, endossar cheques, depositar os cheques em sua conta corrente, dar quitação dos valores por si recebidos.

Cláusula sétima: Os **CONTRATADOS** estão autorizados a promover a abertura de conta corrente e poupança para recebimento do seguro DPVAT nas instituições bancárias credenciadas em nome da **CONTRATANTE**.

Cláusula oitava: Não há prazo determinado para o término do procedimento.

Cláusula nona: Os comprovantes, cópias e documentos serão mantidos nos arquivos dos **CONTRATADOS** por 12 (doze) meses após o fim do processo. Após esse período, os **CONTRATADOS** estão autorizados a dar o encaminhamento devido aos documentos relativos aos serviços prestados à **CONTRATANTE**.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Cláusula décima: A **CONTRATADA** se compromete a prestar toda e qualquer informação que a **CONTRATANTE** julgue necessária sobre a prestação de seus serviços. Tanto na fase administrativa como na judicial, se necessária.

Cláusula décima primeira: A **CONTRATANTE** pagará aos **CONTRATADOS 30% (trinta por cento)**, do proveito econômico que for auferido, a título de remuneração pelos serviços prestados.

Cláusula décima segunda: A **CONTRATANTE** aceita e autoriza os **CONTRATADOS** a proceder os descontos de seus honorários em percentual acima descrito e demais despesas administrativas como cartório, sedex, eventuais consultas médicas, serviços despachante, perícias, etc; tudo que envolva o fiel cumprimento deste mandado, tais como a do parágrafo único da Cláusula Segunda, entre outras, no ato de prestação de contas e repasse da importância recebida, que deverá ser feito através de débito, saque ou transferência em conta que houver o recebimento do seguro DPVAT.

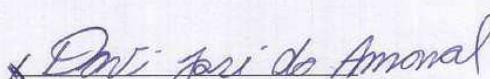
DA RESCISÃO

Cláusula décima terceira: Em havendo desistência, distrato, revogação do presente instrumento ou prática de qualquer ato violador destes termos, reputar-se-á vencido e exigível o total da remuneração dos serviços contratados, bem como as despesas descritas na Cláusula Décima Segunda, constituindo o presente contrato em título executivo extrajudicial, nos termos do Código de Processo Civil.

DO FORO

Cláusula décima quarta: Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do **CONTRATO**, as partes elegem o foro da comarca de Recife/Pernambuco.

Recife, 11 de *abril* de 2019.



CONTRATANTE

SENA E PAPARIELLO ADVOCACIA & ASSOCIADOS
CNPJ 19.454.173/0001-08

CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES
OAB-PE 32.262

Testemunha

Testemunha

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452



Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o c...
no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para
evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesqui-
sada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico
idóquo. Não deixe que "enredados" e "curiosos" con-
corrão para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de
eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de
um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve res-
peitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de
seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde vo-
cê trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes
pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos carta-
zes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fa-
zem parte do seu uniforme de trabalho!

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos
devidos lugares.

Parce a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-
la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use
equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de
combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você
pode ter necessidade de usá-los algum dia.



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome *Daniel José do Amaral*

Loc. Nasc. *Florianópolis* Est. *SC* Data *22/05/80*
 Filiação *Alcione José do Amaral e Silveira*
20/8/70 Fis. *22* RG. *florianópolis*

Doc. n.º *960398* DRT *florianópolis - SC*

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. n.º
 Exp. em Estado
 Obs.
 Data Emissão *Mat. 6081-0*

*Asassinato do Funcionário
M.º César de S. L. Aschoff*

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com referência nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Doc.
 Est. Civil
 Nome
 Doc.
 Doc.
 Est. Civil
 Nome
 Nascimento



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **09.175.628/0001-00**

Insc Est 037.17887-3

CGC/MF Polimetalica Estruturas Projetadas Ltda

Rua R. Humberto de França e Silva, 3100

Município Lote 10, Distrito Industrial

Esp. do estabelecimento Caruaru-PE

Cargo Pedreiro

CBO nº 415210

Data admissão 13 de dezembro de 2011

Registro nº 482 Fls/Ficha

Remuneração especificada R\$ 904,62

(Novecentos e quatro reais, sessenta e dois centavos)

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Data saída 10 de dezembro de 2012

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador

CGC/MF

Rua N°

Município Est.

Esp. do estabelecimento

Cargo

CBO nº

Data admissão de de 19

Registro nº Fls/Ficha

Remuneração especificada

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

