

Complemento / Observação

SEGUNDO O QUEIXOSO, ELE VINHA TRAFEGANDO COM SUA MOTO MARCA WUYANG WY48Q-2, PLACA PBT5952-PE NAS EMEIDIAÇÕES DA LOJA AMERICANAS PERDEU O CONTRÔLE DA CITADA MOTO E CAIU NA PISTA SOFRENDO ESCORIAÇÕES E QUEBRANDO A TÍBIA.

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

Eliezer Joaquim dos Santos

ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS
(VITIMA)

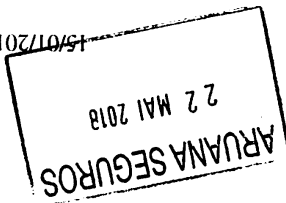
B.O. registrado por: **FLORISVALDO JOSÉ DE MORAIS VASCONCELOS** - Matrícula: 3848868

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia civil/infopol/xml/BOEPReview.html



15/01/2018, 16:05



Placa: PDT5952 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q-2 Objeto apreendido: Não

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS, que estava em posse do(a) Sr(a):

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

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

Endereço Residencial: RUA TORBENITA VERDE, 110 - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO / BRASIL

- 984163439

PORTEIRO Telefones Celulares:

SANTOS Data de Nascimento: 26/11/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4539189/SDS/PE (RG), 02355331499 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão:

ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELIZABETE HELENA DOS

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS (VITIMA)

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA GETULIO VARGAS, 01 - Bairro: BAIRRO NOVO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 21/9/2017 às 16:00

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/01/2018 às 16:18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0116000152

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

file:///C:/Users/Policia civil/infopol/xml/BO

Boletim de Ocorrência





OSPITAL-METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
IV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
omprovente da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: EDSONRM.
Em: 02/10/2017 13:36

Atendimento: 396576
Dt Atendimento: 22/09/2017 - 22:23
Paciente: 107529
ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Convenio: 1 SUS - INTERNACAO
Plano: 1 GERAL
Usuário: EDSONRM

Leito: 180 CG1F-408-LEITO 004
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

CID:

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

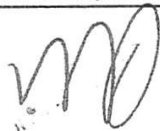
Observação de Alta

EDSON RODRIGUES DE MOURA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

ARUANA SEGUROS
22 MAI 2018

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



PROGRAMA APÓS ALTA:
AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

① Controle Diária
② Metabolismo com exames em 15 dias
③ Retorno Ambulatório em 15 dias

ORIENTAÇÃO:

KATI

TRATAMENTO REALIZADO:

NOME: ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS REG: 107529
IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 22/9/2017 DATA DA ALTA 02/10/17
DIAGNÓSTICO: Ex. Foto Tórax e

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

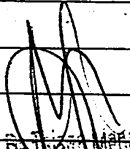
MIGUEL ARRAES



Envolvimento da família

NOME: Glizzen Vazpin dos Santos
CLÍNICA: _____ FINGER-MAGNUM

REG: 107 054
LETO:

DATA/HORA	
30/09/17	#505# AD: J - Fratura de fêmur de nível (F) Paciente admitido no hospital com fratura de fêmur EAB, Aciomático, Amielórico, normotensas U: - Aguarda realização de cirurgia para defeito  Dr. J. J. Mendes Ferreira ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRMPE 24.728
01/10/17	#505# AD: J - Fratura de fêmur de nível (F) Paciente admitido no hospital com fratura de fêmur EAB, Aciomático, Amielórico, normotensas U: - Aguarda realização de cirurgia para defeito

24/11/24



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Eli ezer Joaquim dos Santos REG: 107529
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	#SOT#
24/09/17	14: Fratura de platô tibial esquerda. Pcte estável e sem novas queixas. Ex bem, eupneico, consciente, orientado.
	cd: em programação cirúrgica p/ sexta.
	Dr. Pedro Cunha Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 30.359
28/09/17	14: Fratura de platô tibial esquerda. Pcte clinicamente estável e sem novas queixas.
	Ex bem, eupneico, consciente, orientado.
	cd: Mapa cirúrgico de amanhã.
	Dr. Pedro Cunha Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 30.359
29/09/17	#ortopedia#
08:00	14: Fratura de platô tibial esquerda. Paciente segue estável, sem novas queixas.
	cd exam: Ex bem, consciente, orientado, normoconado, hidratado, eupneico, apnéico.
	cds: ① aguardando cirurgia ② solicitar reserva de sangue

dda: Camilla Reis

ARIANA SEGUROS
Dr. Pedro Cunha
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 30.359 2 MAI 2018



24/09/17

SOT

AD: As mesmas

Pct estável, si queixas

Elab: consciente, orientado, eupneico, corado regular

ME: urtativo ocular com tala gessada MD

CD: Ag. manuseio cirúrgica

Dra. Ianele Braga

Médec

CRM-PE 23.959

SOT

25/09/17

AD: Fratura de platô tibial (E).

Pct estável si novas queixas.

Elaborn, consciente, orientado, eupneico.

CD: Programação cirúrgica pl quinta.

Retirar tala e avaliar local da lesão.

Dr. Pedro Cunha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23.959

26/09/17 # SOT #

AD: As mesmas

Paciente em quarto de observação.

UF: BuG, euvásico, consciente e orientado.

CD: (1) Ag. Eimmer

(2) Notar Tala Amarela.

Dr. Pedro Cunha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23.959



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS REG: 107529

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
22/9/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE COM QUEIXA DE DOR EM JOELHO E HÁ + - 10 HORAS APÓS QUEDA DE MOTO, NEGA VOMITOS E DESMAI NO LOCAL DO ACIDENTE. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES.
	EF: EGR, LOTE, AAA, EUPNEICO, HIDRATADO, NORMOC
	MIE: DEFORMIDADE + LIMITAÇÃO FUNCIONAL
	NV PRESERVADO
	HD: FRATURA DE PLATO TIBIAL E
	CD: INTERNAMENTO + PRE OP
23/09/17	# SOCIA
	AD - (1) Pto físico - (2)
	Presença de alterações no exame.
	No exame: EGS, HEMOG, UREA, SODIUM, AFBIL
	CD - (1) Monitora programação cirúrgica

Dr. Renato Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 25.345

Daniel Cabral
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.031

ARUANA SEGUROS
22 MAI 2018



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 30/09/2017

Hora.....: 17:48

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 45435	Sala : 0003	SALA 03	Atendimento : 396576
Paciente : 107529	ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS		Carteira :
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO		Idade : 41 Anos 4 Dias 17 Horas
Leito : 747	VERD2-48		
Dt. Início : 30/09/2017 15:54	Dt. Fim : 30/09/2017 17:24		
Cid Pré-Operatório : S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA		
Cid Pós-Operatório : S821	FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA		

Procedimentos

Procedimento: 0408050551	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05	RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO	19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
-----------	---

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO
INTERVENÇÃO: REDUCAO ABERTA + FIXACAO INTERNA COM PARAFUSO DE TRAÇÃO + PLACAS DE SUPORTE
OPERADOR: ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIAR: HYGINO MARINHO
2º AUXILIAR: PEDRO CUNHA MR1
3º AUXILIAR:
INSTRUMENTADOR: CLAUDIA
ANESTESISTA: CLAYTON CHIVERS
ANESTESIA: RAQUI + SEDACAO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM REGIAO POSTERIOR DO JOELHO PELA VIA DE FENG-LUO
5. AFASTAMENTO LATERAL DE MUSCULATURA POSTERIOR DA PERNA
6. VISUALIZACAO DE FRAGMENTO POSTERO MEDIAL SEM DESVIO
7. FIXACAO DO FRAGMENTO POSTERO MEDIAL COM PLACA DE SUPORTE 1/3 CANO 5 FUROS COM 02 PARAFUSOS CORTICAIS + 01 PARAFUSO CORTICAL 3,5MM DE TRACAO PELA PLACA
8. OBSERVADO FRATURA COMINUTA DA PAREDE POSTERIOR DO FRAGMENTO POSTEROLATERAL COM AFUNDAMENTO IMPORTANTE DO FRAGMENTO.
9. REALIZADO REDUCAO DO FRAGMENTO AFUNDADO + REDUCAO DA PAREDE POSTERIOR E FIXACAO COM PLACA DE SUPORTE 1/3 CANO 04 FUROS COM 02 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM + 01 PARAFUSO DE TRACAO 3,5MM PELA PLACA
10. VERIFICADA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS SATISFATORIAMENTE
11. LAVAGEM COM SF 0,9% 4.000ML
12. COLOCADO DRENO ASPIRATIVO NUMERO 3.2
13. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL 1 E DA PELE COM NYLON 3-0
14. CURATIVO
15. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA

Achados Cirúrgicos:Dr. Antonio de Albuquerque Queiroz
CRM: 19797**Descrição Complementar**FATURADO
23/10/17
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

ARUANA SEGUROS
22 MAI 2018

EXAME REUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

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

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

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

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Okuk. 21/05/19
Local e data

João Marilton V. Costa
Traumatologia-Ortopedia
CRM-PE 5980
Médico Assistente



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()		SENHA <u>826/033</u> <u>11 m 2</u>
IDENTIFICAÇÃO Nome do Paciente: <u>ELTEZEN JOSE GOMES DOS SANTOS</u> Idade: <u>41</u> Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____ Endereço Residencial: <u>rua de Irmãos de</u> Bairro: <u>Aldeia Preta</u> Cidade: _____		
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/MOLÊNCIA) Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta () Atropelamento: Pedestre () Ciclista () Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N () Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N () Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento () Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____ Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico () Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____ Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____ Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento		
CAUSAS CLÍNICAS História Clínica Atual: <u>5 anos</u> Hipótese Diagnóstica: <u>8 anos</u>		
AVALIAÇÃO CLÍNICA Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N () Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N () Distúrbio Fala/Choro: S () N () Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N () Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas () Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino () Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose () Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()		
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30		FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100

ARUANA SEGUROS
22 MAI 2018

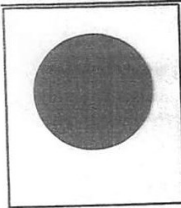


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/09/2017 20:18



Nome Paciente: ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS
Cód. Paciente: 107529
Data de Nascimento: 26/01/1976
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0035
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 396423
SAME: 95236

Ortop

Período: 21/09/2017 21:20 - 21/09/2017 21:26

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**
Cor: **VERDE**

Queixa Principal: REFERE DOR EM JOELHO (PATELA) MIE O MESMO C/ BOA PERFUSÃO PERIFERICA
Observação: PROCEDENTE DE OLINDA C/ SEMHA 5261033/NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / ASMA / CARDIOPATIA
Programa sintoma: TRAUMA
Determinador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFURANTE
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 3
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 69.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- GLICOSE: 94.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 150.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.50 °C

**REVISADO
NEPI-HMA**

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/09/2017 21:26

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

ARUANA SEGUROS

22 Página 1 de 1



DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS**

Idade: 41a 8m 5d

Sexo: M

Estado Civil: CASADO

Prontuário: 107529

Data de Nascimento: 26/1/1976

Profissão:

R.G.: 4539189

C.P.F.:

Endereço: PRIM TRAV TOMELITA VERDE

Escolaridade:

Telefone:

CEP 53250550

- OLINDA

- PE

Dados da Internação

Data e Hora da Internação: 22/9/2017 22:23

Plano: GERAL

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Convênio: SUS - INTERNACAO

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-48

Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

Endereço:

fone:

Cidade:

R.G.:

- Numero:

Estado civil:

C.P.F.:

FATURADO
23/10/17
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: ____/____/____

Hora da Alta: ____:____

Motivo:

☒ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Evasão

Condições de Alta: melhorado

Diagnóstico Principal.....: Fratura de fêmur tíbia esquerda

Diagnóstico Secundário01.: -

Diagnóstico Secundário02.: -

Procedimento.....: Descompressão da medula de 5º e 6º + Purgativo de Int. S

REVISADO
CCIH-HMA

Carlo Francisco de A. Cavalcanti
Médico
CRM-PE 27686
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em ____ de ____ de ____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

ARUANA SEGUROS

22 MAI 2018





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		6431569	

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - Nome do Paciente			6 - Nº Prontuário
ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS			107529
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
700002490921309	26/01/1976	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe			10.1 - Etnia
ELIZABETH HELENA DOS SANTOS			0000 - Não Se Aplica
12 - Telefone de Contato			8199736040
13 - Nome Responsável			14 - Telefone de Contato
JOANA			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
PRIM TRAV TOMELITA VERDE, 103 - FRAGOSO			
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
OLINDA	260960	PE	53250550

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
ANTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA + - 6 HORAS APOS QUEDA DE MOTO, NEGA VOMITOS E DESMAIO NO LOCAL DO ACIDENTE			
21 - Condições que justificam a Internação			
TRATAMENTO CIRURGICO			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE + EX FISICO + EX IMAGEM			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	S821	W199 V29.9	04.08.05.0551
27 - Descrição do Procedimento Solicitado			
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA			28 - Código do Procedimento
			0415020069
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	1	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
SORMANE DE CARVALHO BRITTO		22/09/2017	Dr. Renato Holanda Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 25.345 16339
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			
AUTORIZAÇÃO			
46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
		E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
() CNS () CPF			
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		
	Dr. Guilherme Nogueira Cirurgia Digestiva Videocirurgia CRM-PE: 1957		

AIH
26171009196957
ARUANA SEGUROS
22 MAI 2018

Código do Laudo: 396423



[Faint, mostly illegible text from the main body of the document]

Em tempo

*Dr. Renato Holanda
CRM 25.345
Fisioterapia*

*At: Fratura platibimal ⑤
Pct. si nervos, guelxas.
Eubem, amascent, orientado
At: Aguardo TAC de galho ⑤*

SOT

22/9/14

22 MAI 2018

ARUANA SEGUROS

() Encaminhado ao setor de internação

() Transferido Para

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha:

Assinatura e Carimbo Médico

Dr. Gustavo D. Costa
CRM: 22.318/10-0

Prescrição Médica
- Anal. cl. + fac. glic. (F)
- Make local. 300
- Rg. + 40, cv, 6/14
- Cefepime 180mg - 01 FA + 100 ml
- 57.5% / 1. cv
- 00820 Análise
- 00820 Análise

Hipótese Diagnóstica

TX GUT + 1312 (F)

Exame Físico

Adome + 14 + Sem fístula
Novo vacante montado

Queixa Principal

Queixa de dor no L. 069, operando da
região com dor pontual, sem
trauma recente.

RESUMO DE TRATAMENTO

Hora:

Temperatura:

Altura:

Peso:

Observação:

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEFFL

Bairro: FRAGOSO

103

Endereço: PRIM TRAV TOMELITA VERDE --

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Nome do Pai: CICERO JOAQUIM DOS SANTOS

Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome Social: Paciente: 107529

ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Atendimento: 396423

Data e Hora: 21/09/2017 20:22

Senha da Classificação:

0035

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



UPA 24 HORAS - OLINDA

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

Data e hora retirada da senha: 21/09/2017 17:19

ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS

Nome Paciente:

Cód. Paciente:

Data de Nascimento: 25/01/1976

Masculino

Idade: 41

Senha: 0252

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 21/09/2017 17:20 - 21/09/2017 17:23
WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

URGÊNCIA - AMARELO

Prioridade: Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO PELO BOMBEIRO, ACIDENTE DE MOTO, REFERE TRAUMA MIE

Observação: HAS- DM-

NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

criminator(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 69.00 BPM
- P.A. DIASTOLICA: 90.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

Acólido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/09/2017 17:23

ARUANA SEGUROS
22 MAI 2018

Atendimento: 1195158

Data e Hora: 21/09/2017 17:23

Senha da Classificação:

0252

Paciente: 448936 **ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS** Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 26/01/1976 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: ELIZABETH HELENA DOS SANTOS Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: TOBERNITA VERDE - 110 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53060560 Usuário Atendimento: ALESSANDRACS
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone:
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*crampo no tornozelo direito e pernas
esquerda*

Exame Físico

Do - sem o dor no joelho

Hipótese Diagnóstica

*Insuficiência arterial distal das pernas
com 0303050200*

Conduta Terapêutica

pe joelho. Curativo e

Prescrição Médica

*Crp joelho Im.
pe joelho
V no joelho para joelho*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido: *H.M.A* *Crp joelho Im*

Para: *H.M.A* Senha: *5261073*

Carimbo
Marilene V. Costa
Ortopedia
CRM-PE 5991

IMOBILIZAÇÃO



1195158

ARUANA SEGUROS

22 MAI 2018



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 401638 Prontuário: 107529 SAME: 95236 Hora Atend: 10:38 Data Atend: 31/10/2017
Paciente..... : ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS Idade: 41 a
Endereço..... : PRIM TRAV TOMELITA VERDE
Bairro..... : FRAGOSO UF.: PE CEP: 53250550
Cidade..... : OLINDA Plano.: PLANO UNICO
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : EVASAO Hora Saída : 11:01
Data Saída..... : 31/10/2017

Prestador da Evolução Médica:

PLANTONISTA CLINICO

DIAGNOSTICO

PLANTONISTA CLINICO / 12345
CLINICA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

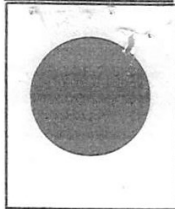


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 31/10/2017 10:36



Nome Paciente: ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS
Cód. Paciente: 107529
Data de Nascimento: 26/01/1976
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0013
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 401638
SAME: 95236

Handwritten signature: Rafael

Período: 31/10/2017 10:45 - 31/10/2017 10:47

IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**
Cor: VERDE
Alergia(s): - ANTIBIOTICOS1 - CEFAZOLINA 1G 8/8H D1:30/09 D3:02/10 PROF RB
Queixa Principal: PACIENTE COM MAL ESTAR E EPISODIO DE DESMAIO
Observação: HAS-DM-ALERGIAS-
Fluxograma sintoma: ALTERAÇÕES DO ESTADO NEUROLÓGICO
L discriminador(es): - TONTEIRA NÃO ROTATÓRIA
- SSVV NORMAIS
Especialidade: CLINICA GERAL
Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 68.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- ANTIBIOTICOS1	- CEFAZOLINA 1G 8/8H D1:30/09 D3:02/10 PROF RB

REVISADO
NEPI-HMA

FATURADO
03/11/17
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: IRYS FELIPE DA SILVA - COREN: 310841 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 31/10/2017 10:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





(1)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para emissão do parecer final e o prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180236984 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 02355331499

Posição em 29-01-2019 15:38:54

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique aqui (<https://www.seguradoralider.com.br/consultas/sinistro>) do seu pedido de indenização.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
05/06/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/gQIRVw__q+FdCHHLYruOdqCapi_key=WC0KGkK1kCRZvGalEW+KKXzk8hi5WRW__PBj6dlxSnOw=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



Disponível na

App Store

<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>

DISPONÍVEL NO

Google Play

<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true

1/2



INSTRUMENTO DE MANDATO**OUTORGANTE:**

ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS, brasileiro (a), casado, serviços gerais, portador (a) da cédula de identidade de nº 4 539 189 SDS/PE, inscrito (a) no CPF de nº 023 553 314-99, residente e domiciliado a Rua do Progresso, nº 40, Jardim atlântico Olinda/PE.

OUTORGADO:

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

PODERES:

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

Olinda/PE, 18 de Outubro de 2018.


ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS

Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS, brasileiro (a), casado, serviços gerais, portador (a) da cédula de identidade de nº 4 539 189 SDS/PE, inscrito (a) no CPF de nº 023 553 314-99, residente e domiciliado a Rua do Progresso, nº 40, Jardim atlântico Olinda/PE. De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Olinda/PE, 18 de Outubro de 2018.


ELIEZER JOAQUIM DOS SANTOS





ARUANA SEGUROS
22 MAI 2018





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

2ª VIA

Número 14043 Série 00116

Diego José Amador
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Eliezer Joaquim dos Santos
 Loc. Nasc. S. Luiz de Britânia Al. Data 26.04.76
 Filiação Eliezer Joaquim dos Santos
e Elizabeth Helena dos Santos
 Doc. Nº RG. 4.539.189 SDS-PE EXP. 06-09-04.

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 11.09.12 SRTE PE

Rep. Aldo R. Dantas
 Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)

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



SUBSTABELECIMENTO

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

Recife, 17 de maio de 2019.


Raquel Maria Mangabeira dos Santos
OAB/PE 39.442

