



TAMARA FARIAS
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Anderson Medeiros da Silva

ESTADO CIVIL: _____ **PROFISSÃO:** _____

RG: _____ **CPF:** _____

ENDEREÇO: _____

BAIRRO: _____ **CIDADE:** _____

CEP: _____ **TELEFONE:** _____

Pelo presente instrumento de procuração, NOMEIA e constitui sua bastante procuradora a Bela. TAMARA DANTAS FARIAS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 43.321, titular do e-mail tamaradfarias.adv@gmail.com, com escritório sito à com escritório sito a Rua Dr. José Mariano, 132, Garanhuns – PE, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com a cláusula *ad judicia et extra*, e especificamente para propor ação judicial, e promover quaisquer medidas judiciais e administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reservas de poderes, ainda, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sob o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

CONTRATO: Fica acertado entre as partes acima, o pagamento de honorários contratuais a base de 30% dos benefícios econômicos auferidos brutos, em caso de êxito na ação.

O contratante autoriza desde já a retenção dos honorário em favor do contratado, por ocasião do pagamento judicial.

Garanhuns - PE, __, de _____ de ____.

Anderson Medeiros da Silva

OUTORGANTE

TESTEMUNHA 1: _____ CPF: _____

TESTEMUNHA 2: _____ CPF: _____

tamaradfarias.adv@gmail.com
87 9 99180650/87 9 81670487



TAMARA FARIAS
ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

SUBSTABELECIMENTO

Pelo presente instrumento, e por ser a melhor forma de direito, eu, TAMARA DANTAS FARIAS, advogada devidamente inscrita nos quadros da OAB/PE sob o no 43.321, substabeleço com reservas de poderes, os mesmos a mim outorgados por ANDERSON MEDEIROS DA SILVA, CPF no. 123.198.264-08, à pessoa de JOSÉ LUCAS SANTOS SILVA, inscrito na OAB/PE 46.336.

Garanhuns – PE, 17 de junho de 2019



TAMARA DANTAS FARIAS
OAB/PE 43.321

Pç. Tiradentes, Santo Antonio – Garanhuns - PE
tamaradfarias.adv@gmail.com

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

CPF da Vítima

123.198.264-08

Data do Acidente

08/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

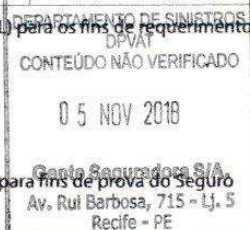
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Jupi, 26 de outubro de 2018

Local e Data

Anderson Medeiros da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Imprimir Segunda Via de Conta

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

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



www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| DADOS DO CLIENTE QUITERIA LIMA DE MEDEIROS CPF: 009.977.934-06 NIS: 16185175445 | DATA DE VENCIMENTO 19/10/2018 | DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 11/10/2018 | CONTA CONTRATO 007022024846 |
| | TOTAL A PAGAR (R\$) 31,37 | DATA DA APRESENTAÇÃO 11/10/2018 | Nº DO CLIENTE 2014675685 |
| ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI BOI MORTO 950 SÍTIO BOI MORTO/JUPI RURAL 55395-000 JUPI PE | CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico | | |
| As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br | RESERVADO AO FISCO F74F.9777.057C.D4A7.1EC5.B0CB.A8DF.DBFC | | |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE | PREÇO | VALOR (R\$) |
|--|------------|------------|--------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30,00 | 0,18292021 | 5,48 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 70,00 | 0,31357750 | 21,95 |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 2,71 |
| Multa por atraso-NF 031267098 - 11/09/18 | | | 0,69 |
| Juros por atraso-NF 031267098 - 11/09/18 | | | 0,19 |
| Atualização IGPM-NF 031267098 - 11/09/18 | | | 0,35 |
| TOTAL DA FATURA | | | 31,37 |

| INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | |
|-------------------------|------------------|
| ICMS | PIS |
| BASE DE CÁLCULO | VALOR DO IMPOSTO |
| 0,00 | 0,00 |
| 30,14 | 0,64 |
| 0,19 | 30,14 |
| 2,98 | 0,89 |

| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | |
|-----------------------|--------|
| R\$ | % |
| 0,17629850 | 0,56 |
| 0,38222500 | 1,22 |
| 2,71 | 8,64 |
| 0,69 | 2,20 |
| 0,19 | 0,61 |
| 0,35 | 1,12 |
| 31,37 | 100,00 |

| HISTÓRICO DO CONSUMO | |
|----------------------|---------------|
| MÊS | CONSUMO (kWh) |
| OUT 18 | 100 |
| SET 18 | 107 |
| AGO 18 | 89 |
| JUL 18 | 88 |
| JUN 18 | 95 |
| MAI 18 | 90 |
| ABR 18 | 98 |
| MAR 18 | 104 |
| FEV 18 | 80 |
| JAN 18 | 97 |
| DEZ 17 | 89 |
| NOV 17 | 85 |
| OUT 17 | 81 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|--|----------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|--------|---------------|--|--|
| NÚMERO DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) | | |
| 00000000091778521 | CAT | 11/09/2018 7.886,00 | 11/10/2018 7.986,00 | 30 | 1.000,00 | 100,00 | 100,00 | | |
| DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 12/11/2018 | | | | | | | | | |

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | | | | |
|---|----------|---------------|-------------|------------|------------|
| DESCRIÇÃO | CONJUNTO | VALOR APURADO | META MENSAL | META TRIM. | META ANUAL |
| ago/2018 | | | | | |
| DIC-No.de horas sem Energia | 0,00 | 11,94 | 23,89 | 47,79 | |
| FIC-No.de vezes sem Energia | 0,00 | 7,74 | 15,49 | 30,98 | |
| DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua | 0,00 | 6,59 | 0,00 | 0,00 | |
| Limite DICRI: 16,59 | | | | | |
| EUUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,51 | | | | | |
| Não Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo. | | | | | |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES | | NÍVEIS DE TENSÃO | | | | | | | |
|--|-----------------------|---|--|-------------------|-----------------------|--|---------------|-----|---------|
| <p>Pague no ponto mais perto de você! rodrgues calçados e utilidade: rua napoleao teixeira lima no 131 centro / rodrgues varleades: rua napoleao teixeira lima 131 centroLista completa em www.celpe.com.br.</p> <p>Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.</p> <p>O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.</p> <p>Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.</p> <p>Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2, do RICMS-PE.</p> <p>Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 29,15.</p> <p>O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.</p> | | <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th> </tr> <tr> <td></td> <td>MÍNIMO MÁXIMO</td> </tr> <tr> <td>220</td> <td>202 231</td> </tr> </table> | | TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | | MÍNIMO MÁXIMO | 220 | 202 231 |
| TENSÃO NOMINAL(V) | LIMITE DE VARIAÇÃO(V) | | | | | | | | |
| | MÍNIMO MÁXIMO | | | | | | | | |
| 220 | 202 231 | | | | | | | | |
| AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | AUTENTICAÇÃO MECÂNICA | | | | | | | |

DESTAQUE AQUI

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | TOTAL A PAGAR(R\$) | VENCIMENTO | TALÃO DE PAGAMENTO |
|----------------|---------|--------------------|------------|---|
| 007022024846 | 10/2018 | 31,37 | 19/10/2018 | Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica. |

838000000009 313700110071 022024846105 129978131830



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.853.516 25/06/2018

<< JOÃO FRANCISCO DE OLIVEIRA >>

<< ODILON FRANCISCO DE OLIVEIRA >>

<< TERESA MARIA DE OLIVEIRA >>

SÃO BENTO DO UNA - PE 16/06/1958

<< 077313 01 55 1976 1 00002 146 0001028 80 SÃO BENTO DO UNA PE >>

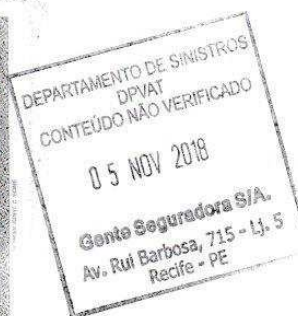
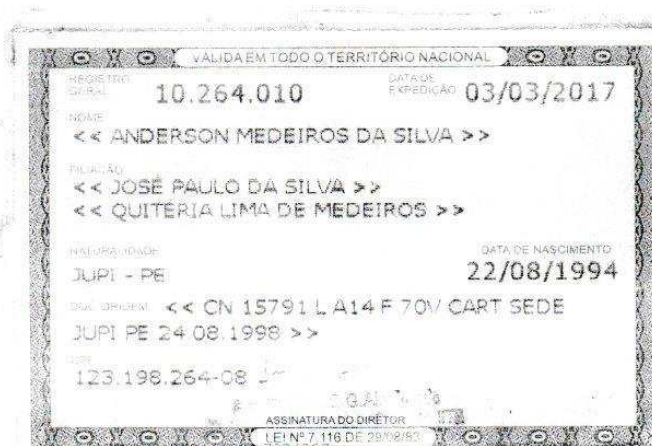
333.815.344-91

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116-DE 29/08/83

1418010990507071500.8163231 F-80 98.596 - 4322

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 NOV 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 232074020 RNTRO 2018
NOME JOAO FRANCISCO DE OLIVEIRA
JUPI-PE
CPF/CNPJ 333.815.344-91 PLACA ANT/UF 333.815.344-91 PLACA RXW5002
CHASSI 902RC1610AR052933
ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA
MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX KS
CAP/POT/CIL 2P/149CL
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE VERMELHA
VENC/COTAS 1º 2º 3º
IPVA 2018 QUITADO
FAIXA IPVA 1
PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 10F (R\$) 10F (R\$)
SEGURO FAGO
SEM RESERVA
OBSERVAÇÕES

DETRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 232074020 RNTRO 2018
NOME JOAO FRANCISCO DE OLIVEIRA
JUPI-PE
CPF/CNPJ 333.815.344-91 PLACA ANT/UF 333.815.344-91 PLACA RXW5002
CHASSI 902RC1610AR052933
ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA
MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX KS
CAP/POT/CIL 2P/149CL
CATEGORIA PARTIC
COR PREDOMINANTE VERMELHA
VENC/COTAS 1º 2º 3º
IPVA 2018 QUITADO
FAIXA IPVA 1
PREMIO TARIFARIO (R\$) 10F (R\$) 10F (R\$) 10F (R\$)
SEGURO FAGO
SEM RESERVA
OBSERVAÇÕES

DETRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013934302407 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOAO FRANCISCO DE OLIVEIRA
CASA JUPI-PE
55395-000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 333.815.344-91 EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 24/02/18
RENAVAM 232074020 PLACA RXW5002
HONDA/CG150 TITAN MIX KS
902RC1610AR052933
ANOFAB 2010
PREMIO TARIFARIO
FNS (R\$) 10F (R\$) 10F (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$)
SEGURO FAGO
COTA UNICA
PAGAMENTO PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO
CUSTO DO SEGURO (R\$)
TOTAL SERVIÇO/REGISTRO (R\$)

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GARANTIA O BILHETE DPVAT QUE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO

VÍTIMA ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ANDERSON MEDEIROS DA SILVA


CPF/CNPJ: 12319826408

Posição em 05-12-2018 12:09:26

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 |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 16/11/2018 | R\$ 4.657,50 | R\$ 0,00 | R\$ 4.657,50 |

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
|---------------|-------------------|---|
| 08/11/2018 | Aviso de Sinistro |  |

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: **123.198.264-08** Nome completo da vítima: **ANDERSON MEDEIROS DA SILVA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | | |
|---------------|-----------------------------------|--------|----------------------|-----------------------|-------------------|-------------------------|
| Nome completo | ANDERSON MEDEIROS DA SILVA | | CPF titular da conta | 123.198.264-08 | Profissão | AGRICULTOR |
| Endereço | SÍTIO BOI MORTO | | Número | 950 | Complemento | |
| Bairro | ZONA RURAL | Cidade | JUPI | Estado | PE | CEP |
| | | | | | 55.395-000 | |
| Email | fernique_xmalo@hotmail.com | | | | Telefone (DDD) | (87) 9 8149-5486 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **2170** D/V ☐ CONTA NRO. **40659** D/V **0**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

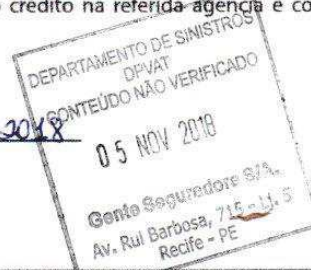
BANCO Nome _____ NRO _____
 AGÊNCIA NRO. _____ D/V ☐ CONTA NRO. _____ D/V ☐
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

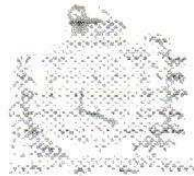
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jupi, 26 de outubro de 2018
 Local e Data

Anderson Medeiros da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Anderson Medeiros da Silva
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





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

DELEGACIA DE POLICIA DA 147ª CIRCUNSCRIÇÃO - JUPI - DP147ªCIRC
DINTER1/18ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0237000206

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/08/2018 às
10:47

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 NOV 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

**ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu
no dia 8/7/2018 às 15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JUPI, 01, SÍTIO BOI MORTO -
Bairro: CENTRO - JUPI/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOÃO FRANCISCO DE OLIVEIRA (OUTRO)
REINALDO FERREIRA DA SILVA (TESTEMUNHA)
ANDERSON MEDEIROS DA SILVA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
ANDERSON MEDEIROS DA SILVA.**



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

**ANDERSON MEDEIROS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
QUITERIA LIMA DE MEDEIROS Pai: JOSÉ PAULO DA SILVA Data de Nascimento: 22/6/1984
Naturalidade: JUPI / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 19264910/HTE/PE (RG)
12319826408 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 81965248329**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE JUPI, 01, SÍTIO BOI MORTO - CEP: 55006-000 -
Bairro: CENTRO - JUPI/PERNAMBUCO/BRASIL**

**REINALDO FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
CREUSA MARIA VALENÇA DA SILVA Pai: GILDO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento:
15/10/1982 Naturalidade: JUPI / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8962773/HTE/PE (RG)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Telefones Celulares:
- 87881547873**

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE JUPI, SÍTIO BOI MORTO - CEP: - Bairro: -

JUPI/PERNAMBUCO/BRASIL

JOÃO FRANCISCO DE OLIVEIRA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mês:
TERESA MARIA DE OLIVEIRA Pai: ODILON FRANCISCO DE OLIVEIRA Data de Nascimento:
16/6/1958 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
10853516/ITB/PE (RG), 33381534401 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 87988167637

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JUPI, 01, SÍTIO BOI MORTO - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - JUPI/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO HONDA CG150 TITAN MIX KS - PLACA NXW 5002 (VEICULO) de propriedade
do(a) Sr(a): JOÃO FRANCISCO DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a):
ANDERSON MEDEIROS DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 NOV 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Complemento / Observação

O SENHOR ANDERSON MEDEIROS DA SILVA INFORMOU A ESTA 147 CIRC. POLICIAL
DELEGACIA DE JUPI, QUE NO DIA 08/07/2018, POR VOLTA DAS 15 HORAS, SOFREU
UM ACIDENTE DE MOTO NO SÍTIO BOI MORTO. ALEGA QUE ESTAVA CONDUZINDO A
MOTO HONDA CG 150 TITAN VERMELHA - PLACA NXW5002, NO SÍTIO MORTO,
QUANDO VEIO UM CARRO EM SUA DIREÇÃO, VINDO A SE DESEQUILIBRAR E CAIR. FOI
SOCORRIDO PELO SAMU QUE O CONDUZIU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO
RECIFE.

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

ANDERSON MEDEIROS DA SILVA
(VITIMA)

Anderson Medeiros da Silva

REINALDO FERREIRA DA SILVA
(TESTEMUNHA)

Reinaldo Ferreira da Silva

B.O. registrado por: TARCIANA PAULA DE SOUZA AQUINO ARAUJO - Matrícula:
3877493

Tarciana Araújo
Mat. 38.7749-3



23/08/2018 10:46

Declaração do proprietário do Veículo

Eu, JOÃO FRANCISCO DE OLIVEIRA, portador do RG de nº. 10.853.516 SDS/PE e cpf. 333.815.344-91, com domicílio no município de Jupi- PERNAMBUCO, onde resido no Sítio Boi Morto, s/nº Zona Rural. Declaro sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado (era) e é de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima, ANDERSON MEDEIROS DA SILVA, cujo condutor era, ANDERSON MEDEIROS DA SILVA.

Veículo: **PAS/ MOTOCICLETA**

Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN MIX KS**

Placa: **NXW 5002**

Ano: **2010**

Chassi: **9C2KC1610AR052933**

Data do acidente: **08/07/2018**

Local e Data: Jupi - PE, 22.08.2018

Assinatura do Declarante



João Francisco de Oliveira



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro).





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SOLICITAÇÃO DO SAME

☐ FICHA DE ESCLARECIMENTO

☐ OUTROS

Fone: 3181 - 5451

Atendimento:
Segunda a Sexta
08:00 ao 12:00

OBS: Informamos que a solicitação de cópia de prontuário só deverá ser liberada quando solicitada por juiz, pelo ministério público ou pelo próprio paciente com a solicitação médica. Para os demais órgãos (EX: SEGURADORAS) será emitida Ficha de Esclarecimento Médico.

Justificativas: cópia de prontuário

PACIENTE: Comissão Especial de Saúde

IDENTIDADE: _____

ADM: 08.04.18

ALTA/ÓBITO: 03.03.18

REGISTRO: 996144 CÓDIGO: 9639920

RESIDÊNCIA: Recife

FILIAÇÃO: Quefuch me

ATENDIMENTO NA EMERGÊNCIA: _____

INTERNADO NO HR: L

SOLICITANTE: _____

GRAU DE PARENTESCO: Procurador

IDENTIDADE: _____

Recife 03 de Setembro 2018

Alcides Augusto de Sá
ASSINATURA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**
GOVERNO DO ESTADO

Paciente:

Anderson Mariano de Silva

Registro:

Clinica:

1639920

Box/Leito/Enfermaria:

Traumatologia

*Paciente apresentando
fratura oss. do punho.
tratamento fixador
interno.
Necessitando 90 (noventa)
dias de afastamento
das atividades.*

R
Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.235

Data: *14/03/13*

Ass. Carimbo/Médico

Eduardo Roscano

Coordenador de Ortopedia e Traumatologia
do Hospital da Restauração - HR

COD. 0340

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração - HR

Paciente: Anderson Mendeiros da Silva

Registro: 1639920

Laudó Médico

O paciente Sr(a) Anderson MENDREROS da Silva

vitima de acidente moto ciclistico

_____, ocorrido em 2018

sendo atendido nesse serviço.

Apresentou diagnóstico de Fratura de tíbia consolidada;

submetido a tratamento pela ortopedia/traumatologia:

No momento, apresenta-se de alta médica ambulatorial,
com retornos apenas se necessário em eventuais
crises.

CID: 582.

Recife, 15 de abril de 2019.

Atenciosamente

Eduardo Toscano
Coordenador da Ortopedia e Traumatologia
do Hospital da Restauração - RR
CRM 18662

Amor Alencar

Dr. Eduardo Toscano Siebra de Brito. CRM 16692
Coordenador da Clínica de Ortopedia e Traumatologia.

Supervisão Médica da Clínica de Ortopedia e Traumatologia do Hospital da Restauração
Av. Agamenon Magalhães, S/N, Derby, Recife – PE, CEP 52.010-040
Telefone: 81-3181-5534
E-mail: traumatoortopedia.hr@gmail.com

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Hospital da Restauração

HR

ATESTADO MEDICO

ATESTO que o segurado Rondson Medeiros de

Silva portador da carteira profissional nº —

Série — necessita de 90 (noventa)

Por extenso

Dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID X: S. 82

Recife 14/03/18
Localidade e data

Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.235

Ass. Do Médico – CRM nº

NOTA – Este atestado é válido para as finalidades previstas no
Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº. 60.501 de 14/03/67
E será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



DECLARAÇÃO SAMU

Declaramos para os devidos fins a pedido do senhor Anderson Medeiros da Silva, portador do CPF – 123.198.264-08 e RG – 10.264.010, que consta no registro de ocorrência nº 0434 do Samu de Jupi, atendimento realizado por esse serviço que o mesmo, no dia 08/07/2018, no sitio boi morto, sentido Jupi- PE. Com queixa de queda de moto sendo encontrada inconsciente, tendo sido enviado a UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, avaliando assim todos os seus sinais vitais e prestando os seus devidos cuidados pela equipe socorrista. Foi transferida para o Hospital Claudina Teixeira.

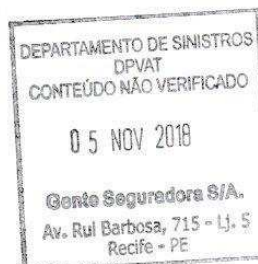
De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Jupi – PE, 08 de Agosto de 2018

Ana Cristina S. de Lima
Enfermeira
COREN-PE 574164

Enfa coordenadora Ana Cristina S. de Lima

Anderson Medeiros da Silva
Anderson Medeiros da Silva



Recebi esta declaração do Samu de Jupi em 08/08/18

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE



Removido para o HR. Juntos para Melhorar!

RUA NAPOLEÃO TEIXEIRA LIMA, 144 - CENTRO / JUPI-PE | CEP: 55.395-000 | FONE/FAX: (87) 3779-1464

FICHA DE EMERGÊNCIA

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------|----------------------|------------|
| NOME: Anderson medeiros da Silva | | | |
| DATA: 08/07/18 | HORA DE ADMISSÃO: 16:45 | | HORA ALTA: |
| SEXO: M(x) F() | IDADE: 23 | EST. CIVIL: Solteiro | |
| FILIAÇÃO: Veteira bima de medeiros | | | |
| ENDEREÇO: St. bai morto | | BAIRRO: Jupi | |
| TELEFONE: | | CARTÃO SUS: | |

| | | | | |
|------------------|--------|-------|------|--|
| PRESSÃO ART.: | TEMP.: | PESO: | HGT: | PULSO: |
| MÉDICO: Danilo | | | | DEPARTAMENTO DE SUS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 05 NOV 2018 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5 Recife - PE |
| TÉC. ENFERMAGEM: | | | | |

HISTÓRIA ATUAL DA DOENÇA: Paciente virou a cabeça de
novo, Alcoolismo, Suicídio recente, Apresentando
Apuramento e arisco, e febre, febre capsa e para o
do crime GSC 15
por vício de drogas

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: 1. TCC leve
2. febre capsa para o crime

CONDUTA: 1. Estabilização arisco
2. Transferência p/ H12 - Recife

PROCED.:

ESPEC.:

TIPO:

ATEND:

DATA:

Prefeitura Municipal de Jupi - PE
Secretaria Municipal de Saúde
LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

SENIA 5464774

| | | | | |
|---|--|--------------------------------|-------------------------|---------------|
| Unidade de Saúde HOSPITAL M. CHAUANA FERREIRA | | Município Jupi | Região de Saúde | |
| Nome do Paciente ANDERSON MOURA DA SILVA | | | | |
| Quadro Clínico Paciente portadora de pólio com 2 anos (Tubo leve + fratura exposta) | | | | |
| Diagnóstico Fratura exposta de pé da esquerda com TUBO LEVE | | | | |
| 1ª Remoção | Destino HOSPITAL M. FERREIRA | Município Recife | H. de saída | H. de chegada |
| | Motivo (Registro detalhado) Paciente vítima de acidente de trânsito com lesão no tornozelo direito com fratura exposta de pé da esquerda com TUBO LEVE + fratura exposta de pé da esquerda com TUBO LEVE | | | |
| | Assinatura do Responsável <i>[Assinatura]</i> | Nº do C. R. M. 26958 | Data 08/01/18 | |
| 2ª Remoção | Destino | Município | H. de saída | H. de chegada |
| | Motivo (Registro detalhado) | | | |
| | Assinatura do Responsável | Nº do C. R. M. | Data / / | |
| 3ª Remoção | Destino | Município | H. de saída | H. de chegada |
| | Motivo (Registro detalhado) | | | |
| | Assinatura do Responsável | Nº do C. R. M. | Data / / | |
| 4ª Remoção | Destino | Município | H. de saída | H. de chegada |
| | Motivo (Registro detalhado) | | | |
| | Assinatura do Responsável | Nº do C. R. M. | Data / / | |
| Unidade prestadora do atendimento | | Município | | |
| Especificação do atendimento prestado | | | | |
| Assinatura do responsável | | Nº do C. R. M. | Data / / | |





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

| | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA | PRONTUÁRIO: 1639920 | ATENDIMENTO: 00996394 |
| DATA DE NASCIMENTO: 22/08/1994 | FOI ATENDIDO EM: 08/07/2018 Às | |
| | DATA DA ALTA: 02/08/2018 ÀS 13:20 | |

Diagnóstico Provável:

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FX DE OSSOS DA PERNA E
+ FRATURA DE 5MTC D

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA
RETORNO AMBULATORIAL AGENDADO
ANTIBIOTICOTERAPIA + ANALGESIA
CURATIVO CONFORME PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÃO
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES POR 30 DIAS
RETORNO À EMERGÊNCIA EM CASO DE INTERCORRÊNCIA RELACIONADAS AO PRESENTE INTERNAMENTO

Encaminhado para:

AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA COM DR EDUARDO TOSCANO EM 30 DIAS

Thales Carvalho de Lacerda
2º TEN. MÉDICO
CRM-PB 10054
IDT: 070514727-0

JOSE DIAS DE OLIVEIRA NETO - CRM: Nº.10676



Recife, 01, AGOSTO ,2018

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 996147

Nome: Anderson Medeiros da Silva

Foi atendido às 19:50 hs. do dia 08/07/18

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de colisão com motociclista, cursando com fratura um C20 (C), fratura e fratura Test I e D: 502.8

Alimentação de 30 dias de repouso domiciliar

Tratamento Realizado: 1º Bando + BNF = 10/07/18
2º Tratamento conservador
pl. C20 e fratura
3º BNF para reeducação
músculo de fratura fratura

Observação: Retornar ao ambulatório BNF
(Dr. Carlos) terça-feira às 07:00hs, 30
dias após alta hospitalar

Cópia de: Alta BNF 15/07/18

Princípio do tratamento
conservador
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 NOV 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Cód. 0157

ETIQUETA

Ficha de Atendimento

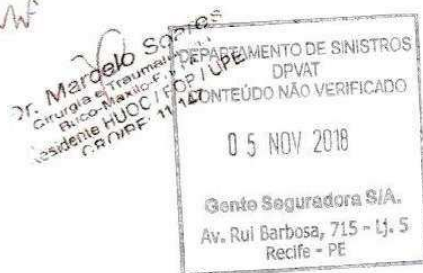
Numero do Registro

| | | |
|---|--|---|
| 996147 | Data e Hora de Atendimento: 08/07/2018 19:50 | Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL |
| Cod. Paciente: 1639920 | Paciente: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA | Atendimento Manual: |
| Data de nascimento: 22/08/1994 | Idade: 23a 10m 16d | Sexo: MASCULINO |
| Estado Civil: SOLTEIRO | Profissão: | Acompanhante: DANIEL MELO ARAUJO |
| DOC ID / Data expedição 10264010 / 03-Mar-17 | Mãe: QUITERIA LIMA DE MEDEIROS Pai: JOSE PAULO DA SILVA | Cartão SUS: |
| Endereço: SITIO BOI MORTO Bairro: ZONA RURAL Cidade: JUPI | UF: PE | Departamento de Sinistros DPVAT Número 1 Complemento: Telefone: 999214555 Data de emissão: 05 NOV 2018 |
| Ocorrências: | Notificado 12/07/18 Vigilância Epidemiológica Hospitalar VEH-HRISES - NEPI | |
| Motivo do atendimento: ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGIAO | Procedência: OUTRO HOSPITAL | Gente Seguradora S/A. Av. Duque de Caxias, 715 - J. B. Recife - PE |
| Informações do Serviço Social: | Confirmação de nome: | Fones: |
| Assistente Social | Confirmação de endereço: | |
| Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> | Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Público <input type="checkbox"/> | Outros <input type="checkbox"/> |
| Observação: | Assistente Social | |
| História Clínica: | <p>Vítima de colisão moto x carro. Sem uso de cinto de segurança; trajeto por campo de solomitos cheio e movimentado. Estava com o veículo em movimento, não havia a possibilidade de freio. Ao cair, ficou exposta ao pé da moto. Lesões: fratura exposta de fêmur direito e lesão de cabeça frontal.</p> | |
| Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> | Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> | Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> |
| Identificação de trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Tipo: | Transporte realizado Por: |
| Imobilização Cervical: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Altura: |
| Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | Por Quê? | |
| Exame Físico: | | |
| A. Geral | Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> | O paciente fala: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| B. Respiratório | | |
| C. Circulatório | PA: 120 X 80 mm | Pulso: 80 bpm |

CTBW
08/07/18
21:30

Paciente vítima de acidente motor com impacto com trauma em face. No momento presente, acordado, alto nível de consciência, não responde, nível de consciência, nível de consciência. Ao exame físico paciente apresenta ferimento em face: (E), lesão de pele tipo A.P. de 3cm (E), acidade mal o nível de consciência, nível de consciência em nível, nível de consciência. Te de face tipo facial do facial: (E), CN, 20 (E), le pt I de nível.

co @ Af. nível
② Hc. nível de nível.
③ Hc. nível de nível.



TRAUMATOLOGIA # 08107/18 221146

Paciente vítima de acidente motor com trauma em nível

① = nível. Relatando dor local.

Ao exame: lesão certo-contorno em 5º QDD com exposição osso de pelange (fratura). NVC preservada. Sem limitação de movimento. - nível externo e grave em nível E com fratura de nível e exposição osso. Pi esquerda nível externo. NVC preservada. Diplasia de nível - extensão de nível (E).



EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

| | | |
|----------------------------|--------|--------|
| ANDERSON MEDEIROS DA SILVA | 996147 | 600/02 |
|----------------------------|--------|--------|

DATA: 10/07/2018 09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA SUTURA EM REGIÃO FRONTAL MANTID, EDEMA E EQUIMOSE PERI-ORBITÁRIA (E), SEM QUEIXA VISUAL, ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPNA SEM MOBILIDADE, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, MAXILA MÓVEL À PALPAÇÃO, MÁ OCLUSÃO, SUTURA EM LÁBIO INFERIOR MANTIDA.

TC DE FACE: FRATURA EM CZO (E), FRONTAL E LE FORT I

CD:

SOLICITO EXAME LAB

INSTALO BARRA DE ERICH + BMM

SOLICITO PARECER CARDIOLOGICO



21/07/2018
10h15min
Dr. Anderson Medeiros da Silva
CRM 12723



EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL

| | | |
|----------------------------|--------|--------|
| ANDERSON MEDEIROS DA SILVA | 996147 | 600/02 |
|----------------------------|--------|--------|

DATA: 11/07/2018 09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA SUTURA EM REGIÃO FRONTAL MANTID, EDEMA E EQUIMOSE PERI-ORBITÁRIA (E), SEM QUEIXA VISUAL, ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPNA SEM MOBILIDADE, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, MAXILA MÓVEL À PALPAÇÃO, MÁ OCLUSÃO, SUTURA EM LÁBIO INFERIOR MANTIDA.

TC DE FACE: FRATURA EM CZO (E), FRONTAL E LE FORT I

CD:

SOLICITO EXAME LAB

AG REGRESSÃO DE EDEMA

AG PARECER CARDIOLOGICO

Ruan Viana
Cirurgia e Traumatologia
Bucco - Maxilo - Facial
CRO-PE 12759





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 11/07/2018 07:59

ATENDIMENTO: 996394

Leito: 600-L02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 11/07/2018

Hora: 07:54

#TRAUMATOLOGIA#

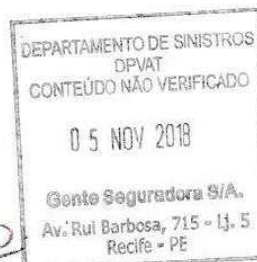
HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA. FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

D: SUPORTE CLÍNICO + ATB

Thales Carvalho de Lacerda
*TEN. MÉDICO
CRM-PB 10084
RDE 078514727-C

11-07-18
CURATIVO
Thales



CURATIVO
13/07/2018
Márcia B. Mendonça
rec. enfermagem
COREN 287008

12/07/18
curativo
Rita



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 13/07/2018 12:29

ATENDIMENTO: 996394

Leito 600-L02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 13/07/2018

Hora: 07:54

#TRAUMATOLOGIA#

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA. FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD: SUPORTE CLÍNICO + ATB

-AOS CUIDADOS DOS CURATIVOS ESPECIAIS





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDRE FELIPE BARBOSA DE MOURA

PRONTUÁRIO: 1635425

SEXO: Masculino

DATA NASC: 08/05/1994

DATA/HORA: 13/07/2018 21:40

ATENDIMENTO: 980537

Leito 600-L12

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 14/_7/2018

Hora: 08:00

#TRAUMATOLOGIA

HD:

- 1) FRATURA DE FEMUR ESQUERDO (CID: S72.3)
- 2) FRATURA DE TIBIA ESQUERDA (CID: S82.3)
- 3) FRATURA DE BACIA (CID: S32)
- 4) LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO?

HDA:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM POLITRAUMA GRAVE, PROVENIENTE DA UTI. APRESENTA AO RAO X EVIDENCIANDO FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR E TIBIA, ALEM DE FRATURA DE BACIA. REALIZADA FIXAÇÃO EXTERNA TUBO A TUBO DE BACIA E MIE NA EMERGENCIA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO EM PERNA ESQUERDA POR DR TIAGO MOURA E ALEXANDRE ANDRADE. CIRURGIA EM FEMUR ESQUERDO REALIZADA DIA 21/06 POR DR REINALDO MENDES. PACIENTE REALIZA ARTERIOGRAFIA SOLICITADA EM ESTADIA EM UTI, NO DIA 25/06.

EF:

RÉG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EPNEICO, AFEBRIL, CORADO
VASCULAR PRESERVADO

NEUROLOGICO COM DISCRETO DEFICIT DE DORSOFLEXÃO DE PÉ ESQUERDO, ALEM DE PLEGIA E PARESTESIA EM MSE.
REALIZADO DESBRIDAMENTO DE ÚLCERA SACRAL EM ACOMPANHAMENTO COM CURATIVISTA

CD:

- 1) SUPORTE CLINICO + ATB(VANCO+ MERONEM)
- 2) RETIRAR FIXADOR EXTERNO DE BACIA
- 3) FISIOTERAPIA MOTORA
- 4) CURATIVO DIÁRIO

M
Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PE 26.235





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 13/07/2018 21:35

ATENDIMENTO: 996394

Leito 600-L02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 14/_7/2018

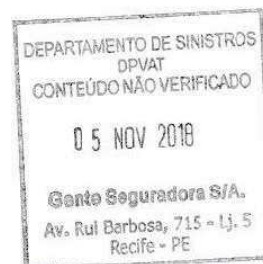
Hora: 21:34

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA. FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD: SUPORTE CLÍNICO + ATB
-AOS CUIDADOS DOS CURATIVOS ESPECIAIS

Dr. Rafael Vieira
Médico
CRM-PF 28 235





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 15/07/2018 10:54

ATENDIMENTO: 996394

Leito: 600-L02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 15/07/2018

Hora: 21:34

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA. FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD: SUPORTE CLÍNICO + ATB

-AOS CUIDADOS DOS CURATIVOS ESPECIAIS

15.07.18
CURATIVO
[Signature]

Thales Carvalho de Lacerda
2º TEN. MÉDICO
CRM-PE 10084
ID: 010514721-0

CURATIVO





EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

| | | |
|----------------------------|--------|--------|
| ANDERSON MEDEIROS DA SILVA | 996147 | 600/02 |
|----------------------------|--------|--------|

DATA: 15/07/2018 09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA SUTURA EM REGIÃO FRONTAL MANTID, EDEMA E EQUIMOSE PERI-ORBITÁRIA (E), SEM QUEIXA VISUAL, ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPNA SEM MOBILIDADE, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, MAXILA MÓVEL À PALPAÇÃO, MÁ OCLUSÃO, SUTURA EM LÁBIO INFERIOR MANTIDA.

TC DE FACE: FRATURA EM CZO (E), FRONTAL E LE FORT I

CD:

ALTA BMF

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Prisão em Pronto Socorro
Cirurgia Maxilo-Facial
05/07/2018
CN 127-0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
05 NOV 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 16/07/2018 09:06

ATENDIMENTO: 996394

Leito 600-L02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 16/07/2018

Hora: 21:34

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA. FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD: SUPORTE CLÍNICO + ATB

-AOS CUIDADOS DOS CURATIVOS ESPECIAIS

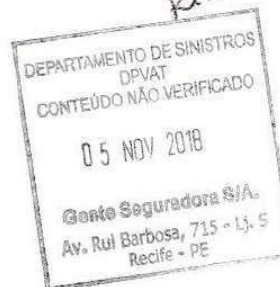
CURATIVO
16/07/2018
Márcia B. Mendonça
Téc. Enfermagem
COREN 287008

17/07/18
CURATIVO
Rita

19/07/2018
CURATIVO
Márcia B. Mendonça
Téc. Enfermagem
COREN 287008

18/07/18
CURATIVO
Rita

20/07/18
curativo de aptico + carbão.
Rita





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 25/07/2018 10:14

ATENDIMENTO: 996394

Leito 600-L02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 25/07/2018

Hora: 07:08

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA. FO COM MELHORA DO ASPECTO.

CD: SUPORTE CLÍNICO + ATB
-AOS CUIDADOS DOS CURATIVOS ESPECIAIS

25.07.18
CURATIVO
Guilherme





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 26/07/2018 13:36

ATENDIMENTO: 996394

Leito 600-L02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 26/07/2018

Hora: 07:08

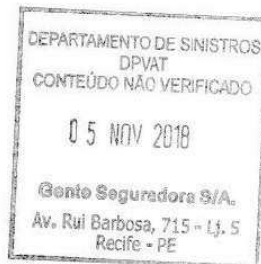
HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA. FO COM MELHORA DO ASPECTO.

CD: SUPORTE CLÍNICO + ATB

-AOS CUIDADOS DOS CURATIVOS ESPECIAIS

Thales Carvalho de Lacerda
CRM-PE 10084
IDT: 070514777-E





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

ortomédica 600-2 cópia ok

CONTAS MÉD
TIPO CIRÚRG.

DATA:

Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Anderson Medeiros da Silva

Nº do Registro: 1639920

Clínica: Traumatologia

Nº do Leito:

Operador: Dr. Marcantonio + Dr. Jani Dias

1º Assistente: Dr. Marcos Rodolfo

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista:

Anestesia: Raquiocetomina + Bloqueio de Plexo

Duração:

Data da Operação: 09/07/18

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura exposta diafisária da tíbia (E) + Fratura exposta da plange média da 5ª QDD + Fratura fechada da 5ª metatarsal (D).

Diagnóstico Pós-Operatório: 0 mesmo

Operação Proposta: Tratamento cirúrgico dos diagnósticos referidos

Operação Realizada: 0 mesmo



DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em DDH sob raquiocetomina + bloqueio de plexo braquial
- 2) Rotina cirúrgica + abertura da campos estéril
- 3) Visualizada lesão da parte malar + fratura grossa com expansão em região diafisária da tíbia (E)
- 4) Irrigação exaustiva com SF0,9% + redução cruenta da fratura + colocação do fixador externo linear tubo e tubo + revinco da hemostase + sutura por planos + curativo antisept.
- 5) Observado lesão da parte malar + fratura exposta da plange média da 5ª QDD
- 6) Irrigação exaustiva com SF0,9% + redução cruenta da fratura + redução da fratura com fio de Kirschner 2,5 sob escopia + revinco da hemostase + sutura por planos
- 7) Realizado ainda redução cruenta da fratura da 5ª MTT (D) + redução da



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Enfermaria/Leito

Registro

Anderson Medeiros de Silva

1639920

EVOLUÇÃO CLÍNICA

TRAUMATOLOGIA

Continuação:

CD: - Cefalotina 2g + AD EV agora 12/35

- SAT & VAT

- Ao BC

- Em acompanhamento com Dr. DMS.

+ Marcantonio

Realizado o exame

JPPA

04/10/18

Paciente PGP, com antecedente de trauma de abdome por acidente automobilístico, com J.O. submetido a T.O. cirúrgica de abdome + laparotomia exploratória, de abdome, com J.O. em acompanhamento com Dr. DMS, agora de volta ao enfermario.



Carla Couto Rodrigues Marques
Enfermeira
COREN: 98320



600 – 2

ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO , APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO

CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR.

REG, LOTE, AAA, EUP, HIDRAT, HIPOCORADO (+/+4)

NEUROVASCULAR PRESERVADO.

FERIDA COM SAIDA DE SECREÇÃO MODERADA QUANTIDADE FETIDA COR ESVERDEADA

RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA.

CD:

AGUARDANDO MELHORA DAS PARTES MOLES

SUPORTE CLÍNICO COM ATB

AOS CUIDADOS DOS CURATIVOS ESPECIAIS




Dr. Thiago A. Ferraz
Ortopedia e Traumatologia
Especialista em 24/24h



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 15/07/2018 10:54

ATENDIMENTO: 996394

Leito 600-L02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 15/07/2018

Hora: 21:34

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA. FO SEM SINAIS DE INFECÇÃO.

CD: SUPORTE CLÍNICO + ATB

-AOS CUIDADOS DOS CURATIVOS ESPECIAIS

15-07-18
CURATIVO
[Assinatura]

Thales Carvalho de Lacerda
2º TEN. MÉDICO
CRM-PB 10064
IDT: 070514727-C

CURATIVO





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

Paciente

Anderson Medeiros da Silva

Enfermaria/Leito

Registro

1639920

EVOLUÇÃO CLÍNICA

TRAUMATOLOGIA # 09/07/18 04:30h

Paciente vítima de acidente motorciclístico com fratura exposta do diafrase da tíbia (E) + Fratura fechada do 5º MTT (D) + Fratura exposta da falange média do 5º QDD. Submetido a tratamento cirúrgico em intercorrências.

1º: 1ª SR

2º: Vici preguiça

3º: 6º andar após alta da SR



09/07/18 & SRPAx

06:30

Admito paciente no POS de tratamento cirúrgico de fratura exposta diafrase de tíbia (E) + fratura exposta de falange média do 5º QDD + Fratura fechada do 5º Metatarsiano D.

Paciente consciente, orientado, acamado, anictérico, normotensor, não refere dor.

ACU = RCR e HT, BNF, SIS

AR = MV (4) HT, SIRA

PA = 130 x 80

ABD = Sem glóbulos, deprimível, S14MG
Fixador MIE.

CRPA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 21/07/2018 07:09

ATENDIMENTO: 996394

Leito 600-102

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 21/07/2018

Hora: 07:08

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA. FO SEM SINAIS DE INFECCÃO.

CD: SUPORTE CLÍNICO + ATB

-AOS CUIDADOS DOS CURATIVOS ESPECIAIS

Luan Antunes Martins Macedo
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26469

21/07/18
CURATIVO
Jucelma

22/07/2018
CURATIVO

Márcia B. Mendonça
Téc. Enfermagem
COREN 287008

23/07/18
CURATIVO
Jucelma

23/07/2018
CURATIVO

Márcia B. Mendonça
Téc. Enfermagem
COREN 287008



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

08/07/2018 19:45



Nome Paciente: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: U0040
Convênio:
Atendimento:

08/07/2018 19:45 - ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO/CARRO HA CERCA DE 3 H E MEIA
AAPAARESENTA FRATURA EXPOSTA EM QUIRODACTIOLO DA MAO D E MIE MAIS
AFUNDAMENTO EM CRANIO

Observação:

SENHA 5464774

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 14
- REGUA DE DOR: 0



08/07/18

21H15

CG

R-X TÓRAX → SEM EFUSÃO PLEURAL OU FRATURAS
R-X PÉLVIS → SEM FRATURAS
R-X MIE → FRATURA TÍBIA/FÍBULA

ASSO PLÁCIDO, IRRADIADO, S/ PONTA DE

US:

ACTA CG

AV. TRAUMATO

Dr. Rafael Fernandes Coelho
Cirurgia Geral
CRM-PE 21.902

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO

Data: 08/07/2018 19:45



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 01/08/2018 09:05

ATENDIMENTO: 996394

Leito 600-L02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 01/08/2018

Hora: 10H

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

PACIENTE EVOLUI SATISFATORIAMENTE E SEM INTECORRÊNCIAS.

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA.

FO COM MELHORA DO ASPECTO.

CD: SUPORTE CLÍNICO.
-PARECER DA CIR. PLÁSTICA

- Físio Terapeuta Motor

Thales Carvalho da Lacerda
FISIOLOGO
CRM 10094
R. 070514727-0



01/08/2018 - Fisioterapia Motora
Paciente orientado, colaborativo e queixando-se de dor
no joelho E, pois estava há 3 semanas sem flexionar
ADM em extensão de joelho E incompleta, FM gran
de flexor e extensores de joelho e quadril D, FM gran
de flexor-plantar e dorsiflexor de tornozelo E.
ADM de tornozelo bem reduzida em flexão-plantar e dorsiflexão.
Apresenta extensor firme em perna anterior de
perna D. Edema em pé E e refer dor no extensor
e flexor do joelho E em perna medial de joelho E
indutor: Mobilização e exercícios ativos em quadril, neta
ões e tornozelo de MIE.
- Exercícios ativos de flexo-extensão de joelho e quadril E.
medial em FTD.



EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL

| | | |
|----------------------------|--------|--------|
| ANDERSON MEDEIROS DA SILVA | 996147 | 600/02 |
|----------------------------|--------|--------|

DATA: 14/07/2018 09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA SUTURA EM REGIÃO FRONTAL MANTIDA, EDEMA E EQUIMOSE PERI-ORBITÁRIA (E), SEM QUEIXA VISUAL, ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPNA SEM MOBILIDADE, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, MAXILA MÓVEL À PALPAÇÃO, MÁ OCLUSÃO, SUTURA EM LÁBIO INFERIOR MANTIDA.

TC DE FACE: FRATURA EM CZO (E), FRONTAL E LE FORT I

CD:

ORIENTO HO E HP

AG CIRURGIA





EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL

| | | |
|----------------------------|--------|--------|
| ANDERSON MEDEIROS DA SILVA | 996147 | 600/02 |
|----------------------------|--------|--------|

DATA: 12/07/2018 09H57MIN

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTOXCARRO

VISTO CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, EG REG.

AO EXAME FÍSICO BMF APRESENTA SUTURA EM REGIÃO FRONTAL MANTID, EDEMA E EQUIMOSE PERI-ORBITÁRIA (E), SEM QUEIXA VISUAL, ACUIDADE VISUAL E MOTRICIDADE OCULAR PRESERVADOS, OPNA SEM MOBILIDADE, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, MAXILA MÓVEL À PALPAÇÃO, MÁ OCLUSÃO, SUTURA EM LÁBIO INFERIOR MANTIDA.

TC DE FACE: FRATURA EM CZO (E), FRONTAL E LE FORT I

CD:

SOLICITO EXAME LAB

AG REGRESSÃO DE EDEMA

ORIENTO HO E HP

[Handwritten signature]





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



NOME: ANDERSON MEDEIROS DA SILVA

PRONTUÁRIO: 1639920

SEXO: Masculino

DATA NASC: 22/08/1994

DATA/HORA: 02/08/2018 08:59

ATENDIMENTO: 996394

Leito 600-L02

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Data: 02/08/2018

Hora: 10H

HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E + FX EXPOSTA DE 5 MTC D

PACIENTE EVOLUI SATISFATORIAMENTE E SEM INTECORRÊNCIAS.

HD: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA E E FRATURA DE 5 MTC D. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PELA URGÊNCIA COM FIXAÇÃO EXTERNA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR. RX DE CONTROLE DEMONSTRA FRATURA BEM REDUZIDA.

FO COM MELHORA DO ASPECTO.

CD: SUPORTE CLÍNICO.

-PARECER DA CIR. PLÁSTICA



02/08/18
CURATIVO

02/08/2018 - Fisioterapia Motora Rita
Paciente orientado, colaborativo e sem queixas. Paciente obtém ganho em extensão de joelho E, agora está completa. Relata também melhora de dor em joelho E.
Conduta: - Mobilização de pedaleto, pretato e tornozelo E
- Exercícios ativos-passivos de tornozelo e flexão-extensão de joelho e quadril E.
- Ponte unipodal MTD.

BEATRIZ XAVIER
Fisioterapeuta
CREFITO 114798-F

| | | |
|--------------------------|---|--|
| Exame Neurológico | Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/> | Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> |
| Glasgow: Abertura Ocular | Glasgow: Resposta Verbal | Glasgow: Resposta Motora |
| Score: _____ | Score: _____ | Score: _____ |

ECG = JS

Exposição/Abdômen: Flácido, mudo, insensível a palpitações

Diagnóstico Inicial: Poliomielose

Cod. Procedimento

Indicação: Cálculo do líquido cefalorraquidiano
2) Rx do Tórax, RNM e MTE

Ass. Médico

3) Avaliação da CG

4) Avaliação do NER, Tumorato e GNF

Solução de Enfermagem:

Ass. Enfermagem

Finalização do Caso:

Condição de Alta:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Admissionado na Clínica:

Transferido para:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:

Declaro estar ciente das normas existentes neste hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínico ou cirúrgico inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.

Assinatura: _____ Nome completo legível: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho conhecimento absoluto das consequências que deste ato possam advir.

Assinatura: _____ Nome completo legível: _____

Assinatura: _____

Data e Hora Impressão: 08-Jul-18

08-07-18

21h00

Paciente admitido, JWL, mudo, insensível a palpitações

Rafael Baptista da Assis
Neurologista
CRM-PE 24209

em pdf