

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Buana Marques dos Prazeres
brasileiro(a), estado civil solteira, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 708.543.689-76 e portador da cédula de identidade
nº 9072639 residente e domiciliado(a) na
Rua Hygia Vieira da Cunha
nº 345, bairro de Barro Preto
CEP 55840.000 na cidade de PE
Carapina

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciários, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife, 31 de 07 de 201 3

Buana Marques dos Prazeres
Outorgante



SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE n° 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **AMANDA KARLA SOARES DA SILVA**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE n° 33664, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por **LUANA MARQUES DOS PRAZERES**, através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 05 de agosto 2019.



Ana Cristina Santos
OAB/PE 28697



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.072.639 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/08/2010

NOME << LUANA MARQUES DOS PRAZERES >>

FILIAÇÃO << >>
<< MARIA DE LOURDES MARQUES DOS PRAZERES >>

NATURALIDADE CARPINA - PE DATA DE NASCIMENTO 14/08/1992

DOC. ORIGEM << CN.11102 LIA10 F.193V CART. TRACUNHAÉM-PE 15.10.1992 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-40 92.912 - 423







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **708.513.684-76**

Nome: **LUANA MARQUES DOS PRAZERES**

Data de Nascimento: **14/08/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **23/04/2014**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:12:06** do dia **06/08/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4671.61A2.3183.70BA**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Luana Marques dos Prazeres,
brasileiro(a), estado civil solteira,
profissão autônoma Inscrito no CPF/MF sob o
nº 708 513 684 76, e portador da cédula de
identidade nº 9 072 639, residente e
domiciliado(a) 708 513 684 76 Rua Eugênia da Cunha
nº 315, bairro Bairro Novo,
CEP 55840-000 na cidade de
Carapina / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita,
que não tenho condições de arcar com as custas e despesas
processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo
com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 31 de 07, de 2019

NOME: X Luana Marques dos Prazeres





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 201907104781408

Escritório: CARPINA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

JOSENILDO MARQUES DOS PRAZERES
R LYGIA VIEIRA DA CUNHA, N. 00315 - CASA-A - BAIRRO NOVO CARPINA PE 55810-000
INSCRIÇÃO: 040.115.415.0105.000

MATRÍCULA:

10478140.8

07/2019-3

GRUPO: 1

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 10478140.8

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO A12U045134	DATA LEIT. ANTERIOR 21/06/2019	DATA LEIT. ATUAL 23/07/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL /		
ÁGUA LEIT. ANT.: 1142 LEIT. ATUAL: 1154 LEIT. FAT.: 1154	CONSUMO: 12	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0		
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
06/2019	14/	A E	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
05/2019	15/	A E	TURBIDEZ	60	43
04/2019	11/	A E	COR APARENTE	60	34
03/2019	23/	A E	COLORO RESIDUAL	60	60
02/2019	19/	A E	COLIFORMES TOTAIS	60	57
01/2019	16/	A E	E. Coli	60	60
MÉDIA	16/ 0	A E	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

10 M3 41,30
2 M3 9,48

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	50,78	1,65	0,84
COFINS	50,78	7,60	3,86

VENCIMENTO: 05/08/2019

TOTAL A PAGAR: 50,78

PREZADO CLIENTE, SE VOCE E CORRENTISTA FAÇA O CADASTRO DE ADESAO AO DEBITO AUTOMATICO. E FACIL, PRATICO E SEGURO

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 01/08/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

10478140.8

07/2019-3

VENCIMENTO: 05/08/2019

TOTAL A PAGAR: 50,78

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82810000000-3 50780018040-1 10478140801-5 07201930003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº da Ocorrência

07C-5553261

1. Hora da chamada: 03:34	2. Chegada ao local: 03:45	3. Saída do local: 03:52	4. Hora da conclusão: 06:30	5. Saída do hospital: 06:30
6. Motivo/Solicitação: Remoção do U.M.C. P1 H6V				7. Data: 36/01/18
8. Tipo de recurso: ☐ 1. USA ☐ 2. USB ☐ 3. VIR ☐ 4. Helicóptero ☐ 5. Moto				
9. Origem do socorro: ☐ 1. Domicílio ☐ 2. Via Pública ☒ 3. Unidade de Saúde U.M.C. ☐ 4. SAD				
10. Médico regulador: Dr. Lais		11. Rádio operador: Rudson		
12. Paciente: Luciana Marques dos Prazeres		13. Solícitante: Dr. Victor		
14. Data de nascimento: 19/08/1971		15. Idade: 46a		16. Sexo: ☐ 1. Masculino ☒ 2. Feminino

17. Logradouro: Av. Assis Chateaubriand		18. Nº:	
19. Bairro: São João		20. Município: Carpião	
21. Zona: ☒ 1. Urbana ☐ 2. Rural		22. Referência: dentro da Unidade M.C. de Carpião	
23. Local de ocorrência: ☐ 1. Via Pública ☒ 2. Domicílio		24. Ocorrência relacionada ao trabalho: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não	
25. Tipo de atendimento: ☐ 1. Clínico ☒ 2. Causa externa ☐ 3. Oculotóraco ☐ 4. Pediátrico ☒ 5. Psiquiátrico ☒ 6. Remoção/Senha: /Unid. Solicitante:			

26. Tipo de vítima: ☐ 1. Pedestre ☐ 2. Condutor ☒ 3. Passageiro ☐ 4. Pessoa conduzida em local inadequado		27. Meio de locomoção da vítima: ☐ 1. Automóvel ☒ 2. Moto ☐ 3. A pé ☐ 4. Bicicleta ☐ 5. Outro		28. Mecanismo do trauma: ☐ 1. Capotamento ☐ 2. Ejeção ☐ 3. Impacto frontal ☐ 4. Impacto lateral ☐ 5. Impacto traseiro	
29. Natureza do acidente: ☐ 1. Colisão/Abaloamento ☐ 2. Tombamento ou Capotamento ☐ 3. Choque com objeto fixo ☐ 9. Ignorado ☒ 4. Arropamento ☒ 5. Queda em/ou veículo ☐ 8. Outro					

30. Uso de capacete pela vítima: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não ☐ 88. Não se aplica		31. Uso de cinto pela vítima: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não se aplica		32. Uso da bebida alcoólica pela vítima: ☒ 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 88. Não se aplica	
--	--	--	--	--	--

33. Intoxicação Exógena: ☐ 1. Alcool ☐ 2. Drogas ilícitas ☐ 3. Medicamentos ☐ 4. Animais peçonhentos		34. Queda: ☐ 1. Própria altura ☐ 2. Outra altura/aproximadamente: m	
--	--	---	--

35. Agressão: ☐ 1. Arma de fogo ☐ 2. Arma branca ☐ 3. Agressão física ☐ 4. Abuso sexual ☐ 5. Outros		36. Queimadura: ☐ 1. Fogo ☐ 2. Fumaça ☐ 3. Térmica (exceto fogo) ☐ 4. Substância química ☐ 5. Choque elétrico	
--	--	--	--

37. Tentativa de suicídio: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		38. Outros acidentes: ☐ 1. Afogamento ☐ 2. Sofocamento ☐ 3. Não sei ☐ 4. Outros	
---	--	---	--

39. Vias aéreas: ☒ 1. Livre ☐ 2. Obstruída		40. Respiração: ☐ 1. Normal ☐ 2. Traqueopleia ☐ 3. Bradipneia ☐ 4. Apneia ☐ 5. Tórax com deformidades ou lesões		41. Circulação/pulso: ☐ 1. Ausente ☐ 2. Presente ☐ 3. Chelo ☐ 4. Fino	
---	--	--	--	---	--

42. Perforação peritórax: ☐ 1. > 2 cm/punhos ☐ 2. < 2 cm/punhos		43. Escala de CINCINATI: ☐ 1. Defeito motor ☐ 2. Desvio do tônus postural ☐ 3. Dificuldade de fala	
---	--	---	--

44. Escala de CINCINATI: ☒ 1. Normal ☐ 2. Sonolência ☐ 3. Agitação ☐ 4. Coma ☐ 5. Convulsão		45. Coloração da pele: ☒ 1. Normal ☐ 2. Pálido ☐ 3. Cianose ☐ 4. Hipermia ☐ 5. Ictérico		46. Pupilas: ☐ 1. Míopes ☐ 2. Midríase ☐ 3. Reagente ☐ 4. Não reagente ☐ 5. Isocóricas ☐ 6. Anisocóricas	
---	--	---	--	--	--

47. Alergia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		48. Usa medicamento: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não		49. Alguma patologia: ☐ 1. Sim ☒ 2. Não	
---	--	---	--	--	--

50. Abertura ocular (AO): ☒ 1. Espontânea (4) ☐ 2. À voz (3) ☐ 3. À dor (2) ☐ 4. Nenhuma (1)		51. Resposta verbal: ☒ 1. Orientada (5) ☐ 2. Confusa (4) ☐ 3. Palavras inapropriadas (3) ☐ 4. Palavras incompletas (2) ☐ 5. Nenhuma (1)		52. Resposta Motora: ☒ 1. Obedece a comandos (5) ☐ 2. Localiza dor (4) ☐ 3. Movimento de retirada (3) ☐ 4. Flexão anormal (2) ☐ 5. Extensão anormal (1) ☐ 6. Nenhuma (1)	
TOTAL: 15		SCORE1:		SCORE2:	

53. Sinais Vitais - BSVV		Membro Superior		Membro Inferior	
HORA: 03:45		Esquerda		Direita	
PA: 120x80		Pulso		Pulso	
FC: 89		Temperatura		Temperatura	
FR: 22		Pressão		Pressão	
TEMP: 35,6°C		Reflexo		Reflexo	
HGT: 114		Sinais		Sinais	
SpO2%: 98%ac		Sinais		Sinais	

54. Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	Membro Superior	Membro Inferior
Amputação									
Contusão									
Escoriação									
Ematoma									
Perfurante									
Contusão									
Fratura fechada									
Fratura aberta									
Lesão									

65. Conduta

☒ 1. Imobil. Coluna cervical ☒ 2. Utilização de prancha

☒ 3. Imobil. Membros ☐ 4. KED

☐ 5. Oxigenoterapia

Paciente segurado na prancha e na maca do SAMU Longa...

66. Unidade de destino: H6-V

67. Médico que recebeu:

68. Equipe

Médico assistente:

Enfermeiro:

Técnico de enfermagem: Eliana

Condutor/Piloto: Jhon

Responsável pelo encaminhamento: Eliana Menezes

Solicitou apoio da U11 ☐ 1. Sim ☒ 2. Não

Observações:

OBS: Sem médicos Ortopedista no setor há mais 6 horas e há falta de Repare Lente que a Central nos mandou dizer a Paciente aguardando com filha e acompanhante.

Redirecionamento ☐ 1. Sim ☒ 2. Não

Causa:

Destino:

Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.

Centragem de Retorno a local e impressão até por ordem de Dr. Alicia da Cunha.

69. Cancelamento da ocorrência

☐ 1. Pelo médico regulador ☐ 2. Pelo solicitante

☐ 3. Por frotas ☐ 4. Por cenário de risco para a equipe

70. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.

Testemunha:

Assinatura:

RG:

Data:

71. Múltiplas vítimas: ☐ 1. Sim ☐ 2. Não

Nº de vítimas:

Cenário:

sem Risco de Possível futura fratura de fêmur.

62. Outras descrições:

Paciente vítima de queda de moto e com sinais de hemorragia para H6V557579 e hemorragia. O enfermeiro, verificando, foi socorrido para U11-C pelo Bombeiro com possível futura fratura de fêmur no U11-C com edema na região da coxa indicada com traçador + 100SE6 por 09:55VU Satélite com o DTCF chegando bem e não demora para intervenções e sem hemorragias na cabeça, incansável mas a H6V do chegar no H6V onde foi acolhido com ficha p. Ortopedia no setor não encontraram o médico Ortopedista desde as 23:00h da morte de Oton e falta do setor e contato Liza Fernanda onde não tem retorno no local tem pouco tempo de ambulância de outro município aguardando desde 00:01 e há relatos que se na troca de plantão os médicos de outros setores não pode atender, foi contato com a Central falando com Dr. Alicia e me ouve que durante a noite com ficha e com acompanhante Liza Fernanda médico e reformar a paz, pois o mesmo município municipal fica distante portanto tempo, comunico também a Liza Repare que encontra-se montado a seguir Paciente os cuidados de enfermagem.

Juice





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CARPINA
UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEUBRIAND
Ficha de Atendimento de Emergência

H- 03:10

OF

Data: 16-11-18 Registro: 160 826 Cor: _____ cns: _____

Nome: Maria Marques dos Prazeres

Data de nasc.: 14/08/98 Idade: 26 sexo: Fem naturalidade: _____

Filiação: Maria de Lourdes dos Prazeres

Estado civil: Solteira Telefone: _____

Endereço: Sítio Paudinhos

Nº S/N Bairro: Zona rural Cep: Carpina

Responsável: _____

Dados Clínicos: PA: 110x80 Mmhg, Temp. _____ Cº, R: _____ P: _____

HISTÓRICO: Hgt = 114

Int. rotina do sistema motorizado, apresentando deformidade
apresenta em forma (E). Sem sinais de TCE. ECB = 15.
Nega vomitos ou perda de consciência. Toxax e bônus
brincos. Não dispõe de documentação com exames.
Conduta e Avaliação: Int. realizada pelos Bombeiros.

ECB Reg, cont. rotina, exame
ALV - RCR em 2 + BWF 513
ALV - MVD em RUT, 513A

Hipótese Diagnóstica: _____ CID: _____

Prescrição Médica: HCV - Carapina

5557574

- ① SF 99% - 500ml IV
- ② Transf 100% - OIR A + 100ml SF 0,5% IV bolus
- ③ Ruvor SVD

Dr. Vitor Arruda
Médico
CRM-PE 20392

03:45

Evolução e cuidados de Enfermagem: SVD SIFMU

em 03:50 Ruvor SVD com pressão

Nazady Albertina Simão
Coreia PE 448.446-ENF

Assinatura do médico e carimbo





LUANA MARQUES DOS PRAZERES		01103488	706204721680
653568	FEMININO	26a 3m 15d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico:

HDA: - PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA EVOLUINDO COM DOR E DEFORMIDADE EM COXA ESQUERDA
HD: FRATURA DIAFISARIA FECHADA DE FEMUR ESQUERDO

Tratamento:

16/11/2018: TRACÃO TRANSESQUELETICA TRANSTIBIAL ESQUERDA
26/11/2018: RETIRADA DE TRACÃO + REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSINTHESE COM PLACA + PARAFUSOS

OBS:

- 1) ALTA HOSPITALAR ORIENTADA POR DR ALEXANDRE 2) RETORNO EM 14 DIAS PARA AMBULATORIO DR ARTHUR
- 3) ORIENTADO CARGA ZERO 4) ALTA EM USO DE CEFALÉXINA 500MG + ANALGESIA
- 5) ORIENTADO TROCA DIARIA DO CURATIVO

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADA

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
16/11/2018	29/11/2018

Recife, 29 DE NOVEMBRO DE 2018

ANDREY FREITAS DUARTE - CRM: Nº.26721

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600





HOSPITAL
Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordelro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente **LUANA MARQUES DOS PRAZERES** esteve internado no setor de Traumatismo-Ortopedia deste serviço de 16/11/18 ao dia 29/11/18, para tratamento médico-hospitalar.

Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais, para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S72.3

Recife, 29/11/18

Dr. André Felipe Dias
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 26721



HOSPITAL
Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordelro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **LUANA MARQUES DOS PRAZERES** esteve internado no setor de Traumatismo-Ortopedia desta unidade hospitalar de 16/11/18 ao dia 29/11/18 para tratamento médico-hospitalar (CID 10: S 72.3).

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 29/11/18

Dr. André Felipe Dias
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 26721

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 653668

Prontuário: 1103488

Nome: LUANA MARQUES DOS PRAZERES

Data Nasco: 14/05/1992

Idade: 26

Sexo: FEMININO

Cor:

CNS: 706204721680270

GPE:

RG:

Nº: 0

Endereço: SÍTIO ACUGUINHO

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: TRACUNHAEM

Estado: PE

CEP: 55805000

Fone: 89801273

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DOS PRAZERES

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência:

Clinica: CIRURGIA ORTOPEDICA

Ocorrência:

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 16/11/2018 HORA: 09:35 Tr. Médico:

Queixa Principal / HDA: *Lesão traumática da articulação coxo-femoral evoluindo com deformidade em coxa (E)*

História do Trauma

Perda da consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☒ Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Vítima de Fermento: Sim ☒ Não ☐ Tipo:

Transporte Realizado por:

Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por:

Por que:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações:

Exame Físico

A. Geral: Via aérea está pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: C°

B. Respiratório

C. Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D. Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

E. Abdômen

Diagnóstico Inicial

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento

Tratamento / Procedimentos:

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo

Detalhamento do Caso:

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

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Providências

Alta ☐

Transferência ☐

Estudo de Caso ☐

Exames Externos ☐

Assist. Social

Assist. Social

Observações

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico

CRM/CRO

Data

Hora

Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente autorizo a realização de tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e com os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Responsabilidade de Alta a Pedido

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 22/05/2019 18:58 h MARIAUS

Impressão: 22/05/2019 18:53 h MARIAJS

Médico

	Sistema	Ministério		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
	União	da		
	de Saúde	Saúde		

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	CNES
HOSPITAL ESTÁDIO MANGABE	6908268
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	CNES
HOSPITAL ESTÁDIO MANGABE	6908268

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE	Nº Prontuário
AMANDA KARLA SOARES DA SILVA	1103468
DATA DE NASCIMENTO	Sexo
14/08/1992 02:00:00	FEMININO
CPF	Telefone
558189801273	55805000
CEP	
55805000	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Paciente submetida a exames de rotina, rotina de exames de rotina.	
Paciente submetida a exames de rotina, rotina de exames de rotina.	

CID-10 S82.1 S82.3	CID-10 S82.1 S82.3
--------------------------	--------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
Código do Procedimento S82.1 S82.3	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIAS)	
ACIDENTE DE TRÂNSITO ACIDENTE DE TRABALHO ACIDENTE DE TRABALHO ACIDENTE DE TRABALHO	EMPREGADO EMPREGADO AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO	
Nome do Profissional Autorizado AMANDA KARLA SOARES DA SILVA	Código do Procedimento Autorizado S82.1 S82.3



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAUDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL GETULIO VARGAS

Usuario da Internação
MARIAS



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		Nº Atendimento: 853568	Nº AHI:
Nome: LUANA MARQUES DOS PRAZERES		Prontuário: 1103488	
Data Naso: 14/08/1992	Idade: 26	Sexo: FEMININO	Cor: PARDA
GPF:	RG:	Religião:	
Endereço: SÍTIO AGUGUINHO		CNS: 706204721680270	
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: TRAGUNHAEM	Nº: 0	
CEP: 55805000	Fone: 89801273	Estado: PE	
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DOS PRAZERES		Profissão: OUTROS	
Nome do Conjuge:			
Nome:			
Parentesco:		RG:	Fone: 89801273

2. INTERNAR PARA		Prestador: 90
Clínica: CLÍNICA GERAL		Leito: CLTRAU 112-08
Unidade de Internação:		
Diagnóstico Inicial		
(Constante do Laudo Médico): <i>Redução imediata de fratura distal</i>		CID: 5821
Procedimento Solicitado:		COD: _____
Procedimento Realizado:		COD: _____

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1	Cirurgião		
2	1º Auxílio Cirúrgico		
3	2º Auxílio Cirúrgico		
4	3º Auxílio Cirúrgico		
5	Demais Auxílio Cirúrgico		
6	Anestesiologista		
7	Clinico		
8	Neonatalogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐ 0408050225
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL	☐
☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE	☐	☐

CODIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: 5821	CARIMBO DE VISOR/FATURAMENTO:
0408050225	<i>[Carimbo]</i>

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

[Assinatura]

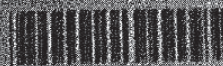
DIAGNOSTICO PRINCIPAL	
DIAGNOSTICO SECUNDARIO	
MOTIVO DA ALTA	
DATA DA INTERNAÇÃO: 16/11	DATA DA ALTA: 26 / 11 / 18
DIAS DE INTERNAÇÃO:	
OBSERVAÇÃO: Enviar ao faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.	



1011.pdf

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Usuário de Internação
MARIA IS



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE Nº ADM: 1103488
Nome: LUANA MARQUES DOS PRAZERES
Data Nas: 14/08/1992 Idade: 26 Sexo: FEMININO Cor: PARDAS Religião:
CPF: RG: CNE: 708204721880270 Nº: 0
Endereço: SÍTIO ACQUINHO Cidade: TRACUNHAEM Estado: PE
Bairro: ZONA RURAL CEP: 55805000 Fone: 08801273 Profissão: OUTROS
Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DOS PRAZERES
Nome do Conjugue:
Nome:
Parentesco: RG: Fone: 08801273

INDICAR PARA Prestador: 60
Clínica: CLÍNICA GERAL Leito: CLTRAU 112-08
Unidade de Internação:
Diagnóstico Inicial: Fratura diafise do fêmur (E) CID: 5723
(Constante do Laudo Médico):
Procedimento Solicitado: Tratando cirurgico COD:
Procedimento Realizado: COD:

ORDEM	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1	Cirurgião		
2	1º Auxílio Cirúrgico		
3	2º Auxílio Cirúrgico		
4	3º Auxílio Cirúrgico		
5	Demais Auxílio Cirúrgico		
6	Anestesiista		
7	Clinico		
8	Neonatólogista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ 0412010012
☐ DIÁRIA DE UTI ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ 0403050519
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ 0405060409
☐ USO DE ORTESE E PRÓTESE ☐ ☐

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: CID: 5723 CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO:

RESUMO DO CASO (METRACÓPIA)

Fratura de diafise do fêmur (E)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO
MOTIVO DA ALTA: 12
DATA DA INTERNAÇÃO: 26/11 DATA DA ALTA: 29/11/18 DIAS DE INTERNAÇÃO: 03
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.

1652



O.E.: E260000001 ESFERA: PUBLICO APRESENTAÇÃO: 12/2018 Data Autorização: 26/11/2018
Num AIH: 2618101189924 Situação: APURADA Tipo: 1 Inicial Apresentação: 12/2018 Data Autorização: 26/11/2018
Especialidade: 01 - CIRÚRGICA Orgão Emissor: E260000001 CRC: Enfermaria: TRAU 112 Leito: CLTRAU 112-08
Doc autorizador: 170412683200009 Doc med resp: 980016001773012 Doc diretor clínico: 181946636820009 Doc médico solíc: 133447448940006
CNES: 2802783 - HOSPITAL GETULIO Prontoário: 000001103488
Paciente: LUANA MARQUES DOS PRAZERES Tipo Doc: IGNORADO Doc: 0
Data Nasc.: 14/08/1992 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 010 - BRASILEIRA Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES DOS PRAZERES
Responsável pac.: LUANA MARQUES DOS PRAZERES Etnia: 0000 - Não Se Aplica
Endereço: SÍTIO ACUGUINHO 0 Bairro: ZONA RURAL Raça/Cor: PARDA Telefone: (81)8980-1273 Muda Proc. ? : NÃO
Município: 261550 - TRACUNHAEM UF: PE CEP: 55805-000
Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2- TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
Procedimento principal: 04.15.01.001-2- TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS
Diag. principal: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
Complementar: Diag. secundário:
Causa Óbito:
Modalidade: HOSPITALAR
Caráter atendimento: 02 - URGÊNCIA
Data internação: 26/11/2018 Data saída: 29/11/2018 Mot. saída: 15 - ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PAC
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNAER: -

CNPJ do Empregador:

CBOR: -

Vínculo Previdência:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:										129538
Linha	Procedimento	DOCUMENTO	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtd	Cmpt	Descrição		
1	04.08.05.051-9	980016001773012	225270 (01)	2802783	2802783	1	11/2018	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE D		
2	04.08.05.051-9	203121006330018	225151 (06)	2802783	2802783	1	11/2018	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE D		
3	07.02.03.106-2			40842791000111	2802783	1	11/2018	PLACA PONTE 4.5 MM (INCLUI PARAFUSO)		
4	04.08.06.040-9	980016001773012	225270 (01)	2802783	2802783	1	11/2018	RETIRADA DE TRACÃO TRANS-ESQUELÉTICA		
5	04.08.06.040-9	203121006330018	225151 (06)	2802783	2802783	1	11/2018	RETIRADA DE TRACÃO TRANS-ESQUELÉTICA		
6	08.02.01.001-6			2802783	2802783	3	11/2018	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNOITE)		
7	02.04.06.011-7			2802783	2802783	2	11/2018	RADIOGRAFIA DE COXA		
8	03.01.01.017-0	980016001773012	225270	2802783	2802783	1	11/2018	CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO		

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	00002611	40842791000111				

3 00002611 40842/91000111

VALORES DA PRÉVIA	Serviço Hospitalar		Serviço Profissional				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
03.01.01-CONSULTAS MÉDICAS/OUTROS PROFISSIONAIS DE NIV					11,06		11,06
04.08.05-MEMBROS INFERIORES	870,20		89,21		221,16		1.180,57
04.08.06-GERAIS	147,25		22,16		27,64		197,05
07.02.03-OPM EM ORTOPEDIA	564,13						564,13
08.02.01-DIÁRIAS	28,80						28,80
Total Geral:	1.610,38	0,00	111,37	0,00	259,86	0,00	1.981,61

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
X588	PRÉ-EXISTENTE	EXPOSIÇÃO A OUTROS FATORES ESPECIFICADOS - OUTROS LOCAIS ESPECIFICADOS

Número de Nascidos		Número de Saídas		Nº PrêNatal:	
Vivos	Mortos:	Altas	Transf.	Óbitos	

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente."





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0135001379

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/04/2019 às 11:45

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 16/11/2018 às 03:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, AV. SANTOS DUMONT, SENZALA CARPINAPEL - Bairro: SENZALA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO CIRETRAN**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSENILDO MARQUES DOS PRAZERES (AUTOR / AGENTE)
LUANA MARQUES DOS PRAZERES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO MARQUES DOS PRAZERES

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

LUANA MARQUES DOS PRAZERES (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DE LURDES MARQUES DOS PRAZERES Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 14/08/1992 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, SÍTIO ACUDINHO N S/N, TRACUNHA PE. - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE CARPINA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSENILDO MARQUES DOS PRAZERES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LURDES MARQUES DOS PRAZERES Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 11/11/1981 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 315, RUA LIGYA VIEIRA DA CUNHA N°315 A, BAIRRO NVO CARPINA PE. - CEP: 0 - Bairro: BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSENILDO MARQUES DOS PRAZERES, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSENILDO MARQUES DOS PRAZERES
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

file:///C:/Users/Policia%20Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

02/04/2019



Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEK8271** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **430225598** Chassi: **9C2KC1880CR418814**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

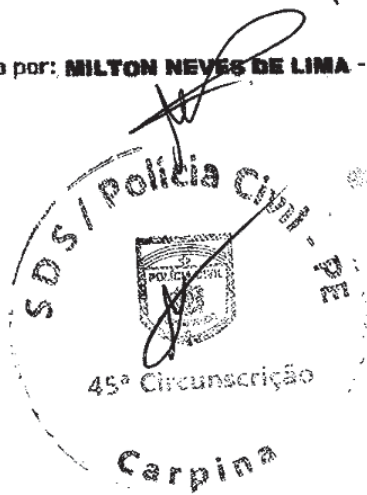
RELATA A VÍTIMA QUE NO DIA 18/11/2018, ESTAVA COMO PASSAGEIRA NA MOTOCICLETA DO SEU IRMÃO PELA RUA SANTOS DUMOT NA CIDADE DE CARPINA PE. QUANDO SEU IRMÃO TENTOU DESVIAR DE UM CACHORRO NÃO CONSEGUINDO COM O IMPACTO A VÍTIMA QUE É A SUA IRMÃ CAIU EM SOLO E TEVE FRATURA DIAFISARIA FECHADA DE FEMUR ESQUERDO OI SOCORRIDA PARA A UNIDADE MISTA FRANCISCO DE ASSIS CHATEUBRIANAD NO MUNICIPIO DE CAROPINA E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS NA CIDADE DO RECIFE . PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS CABIVEIS NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO ENCERRO O PRESENTE B.O.E.

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

LUANA MARQUES DOS PRAZERES
(VITIMA)

JOSENILDO MARQUES DOS PRAZERES
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: **MILTON NEVES DE LIMA** - Matrícula: **142151-1**



file:///C:/Users/Policia%20Civil/Infopol/xml/BOEPreview.html

02/04/2019

