

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado na Rua São Benedito do Sul, nº 124, casa 04, Pau Amarelo, Paulista-PE, Cep: 53433-790, portador da cédula de identidade nº 6618482, inscrito no CPF sob o nº 070.795.464-94.

**OUTORGADOS: FRANCISCO DAS CHAGAS PONTES JUNIOR**, brasileiro, advogado, OAB -PE 14.823, **FERNANDO ANTONIO HOLANDA DINIZ**, brasileiro, OAB-PE 38.056, ambos com endereço profissional na Rua Silveira lira nº51, sala 04, CEP: 52051-010, Tamarineira, Recife-PE.

**PODERES:** Para o foro em geral decorrentes das cláusulas "**AD JUDICIA ET EXTRA**", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo o (s) outorgado (s) a propor contra quem de direito as competentes ações ou defendê-lo (s) nas adversas, seguindo umas e outras até final decisão usando dos recursos legais e acompanhando-o, receber a citação inicial, confessar, acordar e reconhecer a procedência do pedido, transigir, firmar compromissos, dar quitação, discordar, impugnar, renunciar ao direito sobre o que se funda a ação, contestar, confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, recorrer, agindo em conjunto ou separadamente, podendo inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes, praticar enfim, todos os atos que sejam necessários ao bom desempenho do mandato.

Recife (PE), 14 de Maio de 2022.

  
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

**INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado na Rua São Benedito do Sul, nº 124, casa 04, Pau Amarelo, Paulista-PE, Cep: 53433-790, portador da cédula de identidade nº 6618482, inscrito no CPF sob o nº 070.795.464-94, declara para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na Carta Constitucional de 1988, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da Lei 1.060/50 (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o artigo 1º da Lei 7.115 de 29 de agosto de 1983.

Recife, 10 de Março de 2018.

Inaldo Cristiano Marques

Declarante



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1219526936

INHALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES

6618422 808 PE

070.798.464-94 11/07/1986

JOSE INHALDO MARQUES  
 MARIA CRISTINA RAMOS

05708753664 10/12/2020 13/10/2005

Exerce Ativ Remunerada

*Inhaldo Ramos Marques*

ARCIPY - PE 21/12/2014

58891429598  
 82070246065

DETRAN - PERNAMBUCO



EX MONSTRATIVO DE OPERAÇÃO  
0033689 AP PLATA 29/01/2018  
SANTANDER  
10:41:01 (horario de Brasília)  
XXXXXXXXXX/067

Extrato N. 0000014609

MONSTRATIVO DE CONTA CORRENTE  
29/01/2018 10:41 DI CONTABIL: 29/01/2018  
BANCO:0033 AGENCIA:4001 CONTA:00002-00024-5  
JANEIRO/2018  
02 419418 SAQUE NO BANCO 24 70,00 D  
HORAS  
03 485771 COMISSÃO CARTÃO MASTRO 7,20 D  
03 485771 COMISSÃO MASTRO 0,66 D  
03 485771 COMISSÃO MASTRO 0,52 D  
05 000000 JUROS SALDO UTILIZADO AUTOMÁTICO ATE LIMITE 0,55 D  
05 000000 JUROS SALDO UTILIZADO PERÍODO EXCESSO 35,68 D  
05 000000 JUROS EM MOEDA ATRASO 2,40 D  
05 000000 MULTA MORATORIA ATRASO 17,80 D  
SALDO ATUAL 52,46 D

Informações importantes no verso.  
[www.banco24horas.com.br](http://www.banco24horas.com.br)  
Impressão em papel termossensível com  
validade de 6 meses. Evite contato com  
líquidos, produtos químicos, exposição  
à luz, umidade, luz do sol. Tampadas.





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA S/Nº APARELHAS - TEL: (15) 3251-1600  
0 PAULISTA PE 51401-000

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 0048 7145 5442 017		
RUA: RUA S/Nº APARELHAS - TEL: (15) 3251-1600		Cidade: PAULISTA - SP		
INSCRIÇÃO: 00000000		Cidade: PAULISTA - SP		
SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA
LIGADO	POTÊNCIA	1		
HIDRÔMETRO	DATA LEIT ANTERIOR	DATA LEIT ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
625148463	02/10/2017	02/10/2017	RESID.	
AGUA				
LEIT ANTERIOR	CONSUMO			
LEIT ATUAL				
LEIT	206			
HISTÓRICO DE CONSUMO				
REFERENCIAL CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
		EXI., PORT	ANALISES	ATENDEMI
		DE 2, 244/21	BLA. 1, 1	A LEGIS
05/2017	07	35	35	35
07/2017	11	35	35	35
09/2017	10	35	35	35
05/2017	30	35	35	28
04/2017	09	35	35	31
03/2017	09	35	35	35
MEDIA:	14			
Qualidade de Água: www.compesa.com.br				
Quilômetros de Água: www.compesa.com.br				
Quilômetros de Água: www.compesa.com.br				
Quilômetros de Água: www.compesa.com.br				
Quilômetros de Água: www.compesa.com.br				
Quilômetros de Água: www.compesa.com.br				
Quilômetros de Água: www.compesa.com.br				
Quilômetros de Água: www.compesa.com.br				
Quilômetros de Água: www.compesa.com.br				

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IMI COPAS	41,18	1,05	4,32

VENCIMENTO: 20/10/2017 TOTAL A PAGAR: 4,32

AGUI...  
...  
... O TEMPO PRATO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **13E0118000618**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/01/2018** às **16:49**

Complementa o BO Número: **13E0118000615**

**OUTRAS OCORRÊNCIAS DE TRÂNSITO - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **8/10/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE MARANGUAPE I (BAIRRO), 1 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 22**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
FERNANDO GUEDES DE ARAUJO ( OUTRO )  
INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**

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

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

**INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA CRISTINA RAMOS** Pai: **JOSE INALDO MARQUES** Data de Nascimento: **11/7/1986** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6618482/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE**  
Endereço Residencial: **RUA SAO BENEDITO DO SUL, 124, CASA 04 - CEP: 55000-000 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**FERNANDO GUEDES DE ARAUJO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**



**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **FERNANDO GUEDES DE ARAUJO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FIZER 250IE** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYX9758** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

**SEGUNDO O NOTICIANTE FOI VITIMA DE QUEDA DE MOTO , TUDO ACONTECEU QUANDO ELE GUIAVA SUA MOTOCICLETA NA PE 221 E O CONDUTOR DE UM AUTO PASSEIO ENTROU BRUSCAMENTE EM UM POSTO DE GASOLINA ELE VINHA ATRAZ COLIDINDO COM A TRAZEIRO DO VEICULO CAINDO AO SOLO SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS REGISATRO NUMERO 6618482 PA RA UPA DE OLINDA E DEPOIS PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA ONDE RECEBEU O ATENDIMENTO DE NUMAERO 263376 E O PRONTUARIO 1610004 SEM MAIS ENCERRO ESTE B.O**

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

**INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES**  
**(VITIMA)**

  
Adilson Farias  
Cordeiro de Polícia  
Mat. 159.137-1

B.O. registrado por: **ADILSON FERNANDES DE FARIAS - MAT. 159.137-1 - Matrícula: 159137-1**





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

**Certidão nº 2017APH002043 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). INALDO CRISTIANO R. MARQUES, 31 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6618482 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 070.795.464-94, residente à RUA SAO BENEDITO DO SUL, nº 124, CS 4, PAU AMARELO, PAULISTA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 08/10/2017, por volta das 17:55 hs, no endereço: PE 22, XX, MARANGUAPE I PAULISTA-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo YAMAHA FEIZER, VERMELHA E PLACA DYX9758-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES, inscrito sob o CPF nº 070.795.464-94 e Registro Geral nº 6618482, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940476-7 AMORIM. Foi transportado(a) para o XXX. Registrado(a) com o prontuário nº 1202346. Ficou aos cuidados do médico MARCOS, registro 20715. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 17/01/2018

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm-pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH002043*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180  
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





## HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 09/10/2017 01:48

<input type="checkbox"/>	Nome Paciente:	INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	11/07/1986
	Sexo:	Masculino
	Idade:	31
	Senha:	E0004
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 09/10/2017 01:49 - 09/10/2017 01:49

MARGARETE EZEQUIEL DE LIMA - COREN: 105836 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACT. VITIMA DE COLISÃO ( MOTO X CARRO) C/ TRAUMA EM MSD.

Observação: NEGA ALERGIA.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARGARETE EZEQUIEL DE LIMA - COREN: 105836 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 09/10/2017 01:49

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE** ATENDIMENTO: 494673 Prontuário: 1066106

Nome: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES  
 Data Nasc.: 11/07/1986 Idade: 31 Sexo: MASCULINO Cor: \_\_\_\_\_  
 CPF: 53433790 RG: \_\_\_\_\_ CNS: 70642653062884  
 Endereço: RUA SAO BENEDITO DO SUL Nº. 124  
 Bairro: PAU AMARELO Cidade: PAULISTA Estado: PE  
 CEP: 53433790 Fone: 85209427 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: MARIA CRISTINA RAMOS  
 Acompanhante: \_\_\_\_\_  
 Nome do Conjuge: \_\_\_\_\_  
 Local de Procedência: UPA OLINDA  
 Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
 Doccência: SENHA + 5272850 (COLISAO MOTO + CARRO COM TRAUMA EM MSD)

Acidente de Trabalho: Sim  Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 09/10/2017 HORA: 01:58 h Médico: \_\_\_\_\_

Queixa Principal / HDA: *Paciente vítima de colisão moto x carro, lesão de nível cervical com dor e edema. Lesão cervical em nível C6. Sem sinais de trauma.*

História do Trauma: *Colisão moto x carro*

Perda de 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: \_\_\_\_\_  
 Vítila de Ferimento: Sim  Não  Tipo: \_\_\_\_\_ Transporte Realizado por: \_\_\_\_\_  
 Quilômetros: Sim  Não  Por: \_\_\_\_\_ Por que: \_\_\_\_\_  
 Condições de imobilização adequadas: Sim  Não

Observações: *paciente não se queixa de dor no pescoço, membros superiores e membros inferiores.*

Exame Físico: \_\_\_\_\_  
 A: Geral: Via aérea esta pérvia: Sim  Não  O paciente fala: Sim  Não  Temp: \_\_\_\_\_  
*COTC, BCG, AAA, D. com hálito*

B: Respiratório: *Expansão, em 02 simétrico*

C: Circulatório: PA: \_\_\_\_\_ mmHg Pulso: \_\_\_\_\_ bpm  
*Humidade mucociliar normal*

D: Exames Neurológico: Deficiência motora: MSD  MSE  MID  MIE  Pupilas: Isocóricas  Anisocóricas   
 Glasgow: Abertura Ocular: \_\_\_\_\_ Glasgow: Resposta Verbal: \_\_\_\_\_ Glasgow: Resposta Motora: \_\_\_\_\_  
 Escora: Hora: \_\_\_\_\_ Escora: Hora: \_\_\_\_\_ Escora: Hora: \_\_\_\_\_  
*Integridade 15 (4+5+6)*

1 de 2

**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**

**E: Abdômen**

*laboro e leve tendão*

Diagnóstico Inicial: *W. frnt. Fechada. Risco de S. de*

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica  
*Exames de*

Exames Solicitados: 1 - Especializados  
*W. Tendão de*

Resultado de Exames: *Pl. Amigda*

Código Procedimento: \_\_\_\_\_  
 Ass. Médico + Carimbo: \_\_\_\_\_  
 Código Procedimento: \_\_\_\_\_

Tratamento / Procedimentos: \_\_\_\_\_  
 Ass. Médico + Carimbo: \_\_\_\_\_

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo: \_\_\_\_\_  
 Evolução de Enfermagem: \_\_\_\_\_  
 Ass. Enfermeira + Carimbo: \_\_\_\_\_

Diag. Definitivo: \_\_\_\_\_

Destino do Caso: Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evidu-se  Condção de Alta: Curado  Melhorado  Interatado  Piorado  Óbito

Informação de Serviço Social: \_\_\_\_\_

Assist. Social: \_\_\_\_\_

Confirmação do Endereço: \_\_\_\_\_ Assist. Social: \_\_\_\_\_

Provisões: Alta  Transferência  Estudo de Caso  Exames Externos

Observações: *W. frnt. Fechada. Risco de S. de*

Autorização para Alta / Internamento / Transferência: \_\_\_\_\_

Médico: CRM/CRO: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_



Termo de Responsabilidade Para Internamento: \_\_\_\_\_  
 Este documento tem validade neste hospital, as quais integramente e autorizo a realização de tratamentos, clínico e/ou cirúrgico, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.  
 Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 Nº de Identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido: \_\_\_\_\_  
 Este documento tem validade neste hospital, sem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.  
 Data: \_\_\_\_\_ Nome completo legível: \_\_\_\_\_  
 Nº de Identidade: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Cadastro: 09/10/2017 01:58 h EDILENERS Impressão: 09/10/2017 01:58 h EDILENERS

Médico



 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco <b>HOSPITAL</b> <b>Getúlio Vargas</b>		 <b>FICHA PARA AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDA</b>	
NOME: _____			
Nº DO REGISTRO: _____		SETOR: _____	DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____
<b>ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.</b> <b>CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.</b>			
<input type="checkbox"/>	IDADE > OU IGUAL 65 ANOS		
<input type="checkbox"/>	CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS		
<input type="checkbox"/>	COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO		
<input type="checkbox"/>	DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE		
<input type="checkbox"/>	PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA		
<input type="checkbox"/>	DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA		
<input type="checkbox"/>	HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA		
<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)		
<input type="checkbox"/>	OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA		
<input type="checkbox"/>	SEDAÇÃO/ANESTESIA		
<input type="checkbox"/>	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
<input type="checkbox"/>	URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL		
<input type="checkbox"/>	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA		
<input type="checkbox"/>	PACIENTE CIRÚRGICO		
<b>CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.</b>			
<input type="checkbox"/>	COLOCADO PULSEIRA ROXA		<input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA
<b>ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:</b>			
<input type="checkbox"/>	SIM		
<input type="checkbox"/>	NÃO		
	ASSINATURA (ORIENTADO): _____		
<b>RECOMENDAÇÕES:</b>			
1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização; 2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas; 3. Orientar a não trancar portas; 4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza; 5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios; 6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor; 7. Estimular o uso de acessórios de apoio; 8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se; 9. Manter iluminação adequada durante a noite; 10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas; 11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte; 12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos; 13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho; 14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.			
<b>ENFERMEIRA/GOEN:</b> _____			
<small>           Avenida General San Martin s/n - Corduro            Recife/PE - CEP 530-060            Fone: DDX 61 31948800         </small>			
<small>HGV.1028.V.1.2013.</small>			



HOSPITAL ARMINDO MOURA  
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente Emissão: 30/11/2017 10:54

Atendimento: 283376 Entrada: 10/10/2017 Hora: 09:49 Saída: 12/10/2017 Hora: 23:31  
Plano: SUB - ELETRVRS Identidade: 7094025582384  
Responsável: MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO C.N.S.:  
Paciente: 1610004 INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES Sexo: MASCULINO Cor: PARD  
Nascimento: 11/07/1966 (51 Anos e 4 Meses) Estado Civil: SOLTEIRO  
Endereço: RUA SÃO BENEDITO DO SUL C.P.F.: 0707546484  
Bairro: PAU AMARELO C.E.P.: 53433-750 Identidade: 6618402 - SDS - PE  
Cidade: 2810007 PAULISTA Telefone: / 877598714  
Pai: JOSE INALDO MARQUES G.Instrução: VIOLANTE  
Mãe: MARINA CRISTINA RAMOS Ocupação: RECIFE  
Nacionalidade: BRASIL Naturalidade:

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/11/2017 - 14:45

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

Queixa do paciente: OPERADA HA 3 SEMANAS COM PLACA E FIOS DE KIRSCHNER

Exame físico: NEGAQUEIXAS, FERIDAS OK, RX CONTROLE OK, NEUROLÓGICO MSD OK

Hipótese diagnóstica: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIR

Prescrição/Conduta: Horário/Checkagem

	Horário/Checkagem
01 - RETRABR DE FIO DE KIRSCHNER-FISIO-ORIENTAÇÃO	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/mobilização) COMANDA:

Em: 11/10/2017 - 10:27

AVALIAÇÃO (Dr. STEMBERG MARTINS DE VASCONCELOS CRM 11327)

1DIA: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIR

HGV

Hospital Memorial Armindo Moura  
SAME  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3305-7013  
Av. Cleto Campelo, S/N - L. - São-PE

Página 1 de 2

PACIENTE EVOLUI BEM, SEM QUEIXAS  
AO EXAME: EGB. ORIENTADO, EUPNEICO, BPP

CD: AGUARDO PROCEDIMENTO

Em: 10/10/2017 - 10:42

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

SOLICITO:

(X) HEMOGRAMA  
(X) TP / AE, INR

INDICAÇÃO: PRÉ-OPERATÓRIO

10/10/2017

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. MARCELO LARRAZABAL CORREIA DE ARAUJO CRM 17874)

Queixa do paciente: PACIENTE REFERE QUEDA DE ALTURA COM DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO.

Exame físico: RX: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

IN PRESERVADO

Hipótese diagnóstica: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO

Prescrição/Conduta: Horário/Checkagem

	Horário/Checkagem
01 - RX	
02 - INTERNAMENTO	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/mobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura  
SAME  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3305-7013  
Av. Cleto Campelo, S/N - L. - São-PE

Página 2 de 2





**UPA 24 HORAS - OLINDA**

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora registrada da senha: 08/10/2017 18:57

Nome Paciente: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 11/07/1986  
Sexo: Masculino  
Idade: 31  
Senha: 0206  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 08/10/2017 18:58 - 08/10/2017 19:00

MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO** AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, COM RELATO DE QUEDA DE MOTO, TRAUMA EM MIE E MSD, ESCORIAÇÕES, TRAUMA EM PUNHO DIREITO, NG TCE

Clínica: LESÃO ALERGIA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA TACIANA DE OLIVEIRA CAMPOS - COREN: 127026 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/10/2017 19:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Nome: INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES (1810004) Admissão: 263376  
Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)  
Enfermaria: Leito: LEITO 01  
Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia Data: / /

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO**

HD:  
CID: <<S525>>FRATURA COMINUTIVA DO RADIO DISTAL DIR+LESÃO LIGAMENTAR DE PUNHO

CIRURGIÁ REALIZADA:

Admitido no dia 10/10/2017, sendo submetido a tratamento ortopédico em 11/10/2017.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA RADIO DISTAL +RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DE PUNHO

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 AS;
- 2- DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3- REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS;
- 4- RETORNAR DIA 08/11/17 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO.
- 5- NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente  
Data: 11/10/2017 as 13:31

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO  
CRM: 10591





UPA24h  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA

GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

Atendimento: 1202346

Senha da Classificação:

0206

Data e Hora: 08/10/2017 19:02

Paciente: 454800 INALDO CRISTIANO RAMOS MARQUES Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/07/1986 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA CRISTIANA RAMOS Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567

Endereço: SAO BENEDITO DO SUL - CASA 4 124 Bairro: PAU AMARELO

Cidade/UF: PAULISTA PE Cep: 53433790 Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 070795484944 Fone: 85209427

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 19:45

Queixa Principal

Paciente com dor e deformidade no punho (D) que evidência de fratura. Não dorme mais em vômitos.

Alergia: Não

Exame Físico

Boito, consciente, orientado, normoventilado, normoventilado, normoventilado, normoventilado. Dor e deformidade no punho (D). Edema no punho (E). Sem feridas.

Hipótese Diagnóstica

Fract. bacia volar (D). (030309-227)

Conduta Terapêutica

UX punho (D) / UX cotovelo (E)

Prescrição Médica

Diphonum 50mg + AT, 4x/dia / 6/6u. (22)

Cetoprofeno 100mg, 1x, no jantar

Tala com oclusão palmar (D)

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: Marcos Antonio Queiroz  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM: 20715

Senha:

Carimbo/Médico

Sole amarela.



1202346

IMOBILIZAÇÃO

