



**PROCURAÇÃO**

985488172 01 2AF  
982351294 vivo

**OUTORGANTE/CONTRATANTE:** JONAS BATISTA RAMOS, brasileiro, estado civil: união estável, profissão: marceneiro portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 7.300.722, inscrito no CPF/MF sob o n.º 078.288.904-27, residente e domiciliado Av Manoel Bezerra Neves, 25, bairro: Socorro na Cidade de Jaboatão dos Guararapes, Estado de Pernambuco.

**OUTORGADO/CONTRATADO:** ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 39.668, com endereço profissional na Rua Arquiteto Luiz Nunes, 741, imbiribeira, Recife-PE.

**PODERES**

O outorgante outorga ao outorgado amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicium et extra*, especialmente visando defender direitos do outorgante, podendo ainda propor ação, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, **negociar e transigir**, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber e levantar e quitar alvará judicial, firmar compromisso, produzir provas, enfim, todos os atos necessários que visem à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes. Ratifica ainda a procuração anteriormente outorgada e já juntada aos autos.

  
**OUTORGANTE**

**CONTRATO DE HONORÁRIOS**

A **OUTORGANTE/CONTRATANTE** pagará, a título de honorários advocatícios contratados, ao outorgado/contratado 30% (trinta por cento) do valor bruto em real (R\$) que receberá em decorrência do processo distribuído e patrocinado pelo contratado, seja em caso de condenação, seja em caso de acordo. O outorgante/contratante autoriza ainda que a secretaria do Juízo retenha em favor do outorgado/contratado os 30% (trinta por cento) acordado, quantia esta que poderá ser liberada através de alvará em favor do outorgado. Os honorários aqui contratados independem dos honorários de sucumbências.

Recife, 29 de julho de 2019.

  
**CONTRATANTE**



### DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Jana Batista Ramos,  
portadora da Cédula de Identidade nº 7300772 inscrita no CPF  
sob o nº 078.288.904-27, declaro para os devidos fins, que não  
posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem  
prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de  
concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50,  
pobre no sentido legal da aceção.

Por ser verdade, firmo o presente.

Recife, 29 de junho de 201

Jana Batista Ramos  
DECLARANTE





Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51050-002  
CNPJ 10.815.832/0001-08 | Insc. Est. 06.05943-93 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

### DADOS DO DELEGADO

JONAS BATISTA RAMOS

CPF 076 238 904-17

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

**REDAZIONE**

048330853

7/31/2018

**Figure 1**

**ENDS**

25/01/2019

### Nº DA INSTALAÇÃO

5351348

ENDEREÇO DA UNIDADE COM. 1388A

AV MANOEL DE OLIVEIRA NEVES 25

SUCCORROJABOATAO  
JABOATAO DOS GUARARAPES, PE  
5416C-210

**obina corvina**

**Abstract**

7006571098

\* 01/2019

01/02/20

22/02/2019

145.76

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (VAH)	180.0000000	0,71875022	129,38
Contrib. Irm. P.ública Municipal			13,24
ICMS Subvenção COE-RS-040781756-2/91 1/18			0,30

## TOTAL DA FATURA

145.76

Nº DO CONTROLE	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
31802214	CAI	27-12-2018	3.905,00	25-01-2019	4.085,00	29	10000		189,50

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Setor	Consumo (MWh)	ICMS	PIS	COTAX	VALOR DO IMPOSTO	Porcentagem (%)	Composição do Consumo	Porcentagem (%)	Consumo (MWh)
INDÚSTRIA	120	12,00	0,45	0,00	12,45	10,38	Indústria	10,38	120
COMÉRCIO	100	10,00	0,38	0,00	10,38	8,65	Comércio	8,65	100
RESIDUAL	100	10,00	0,38	0,00	10,38	8,65	Residencial	8,65	100
TRANSPORTE	100	10,00	0,38	0,00	10,38	8,65	Transporte	8,65	100
TERCEIROS	100	10,00	0,38	0,00	10,38	8,65	Terceiros	8,65	100
TOTAL	500	50,00	1,90	0,00	51,90	10,38	Total	10,38	500

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Setor	Consumo (MWh)	ICMS	PIS	COTAX	VALOR DO IMPOSTO	Porcentagem (%)	Composição do Consumo	Porcentagem (%)	Consumo (MWh)
INDÚSTRIA	120	12,00	0,45	0,00	12,45	10,38	Indústria	10,38	120
COMÉRCIO	100	10,00	0,38	0,00	10,38	8,65	Comércio	8,65	100
RESIDUAL	100	10,00	0,38	0,00	10,38	8,65	Residencial	8,65	100
TRANSPORTE	100	10,00	0,38	0,00	10,38	8,65	Transporte	8,65	100
TERCEIROS	100	10,00	0,38	0,00	10,38	8,65	Terceiros	8,65	100
TOTAL	500	50,00	1,90	0,00	51,90	10,38	Total	10,38	500

[illegible][illegible]

CÓDIGO	CONCEITO	VALOR APROVADO	VALOR RECORRIDO	VALOR RECORRIDO	VALOR APROVADO	TEXTO MOMIAL (V)	LIMITE DE MORAÇÃO (V)	
							inferior	superior
100	MORAL	8,00	5,31	10,62	21,29	270	202	231
			9,78	6,46	12,30			



Polícia Civil do Pernambuco  
Delegacia de Polícia da 20ª Circunscrição

Jaboatão 12/02/2019

*João* 319790-8



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0110000502

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/02/2019 às 16:13

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 21/12/2018 às 21:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MANOEL BEZERRA NEVES, 1, VILA PIEDADE** - Bairro:  
**ENGENHO VELHO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de  
Referência: **PRÓXIMO AO VETERANO**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
JONAS BATISTA RAMOS (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): JONAS BATISTA RAMOS

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

**JONAS BATISTA RAMOS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **LAUDECI BATISTA RAMOS** Data de Nascimento: **7/6/1988** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7300722/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **MARCENEIRO(A)** Telefones Celulares: **- 985488172**

Endereço Residencial: **AVENIDA MANOEL BEZERRA NEVES, 25, VILA PIEDADE - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO VELHO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JONAS BATISTA RAMOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

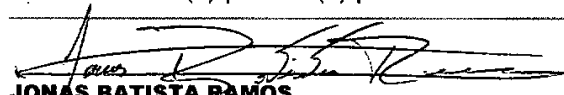
**A VÍTIMA INFORMA QUE AO DESER DO ÔNIBUS E AO ATRAVESSAR A PISTA FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA, QUE SE EVADIU DO LOCAL, A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA UPA DA IMBIRIBEIRA ONDE**

12/02/2019 17:09



**RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS.**

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



**JONAS BATISTA RAMOS**  
(VITIMA)




B.O. registrado por: **LAUDENIRO SANTOS DE FREITAS** - Matrícula: **319790-5**



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

Jaboatão 12.02.19

 319790-5

12/02/2019 17:09





Prescrição.: 1642415 Data: 22/12/2018 00:13  
Usuário....: SAULPRM  
Atendimento: 1172833 Dt Nasc: 07/06/1988 (30a 8m 14d)  
Convênio....: SUS - AMBULATORIO  
Paciente....: 282714 - JONAS BATISTA RAMOS  
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:  
Internação.: 21/12/2018 22:53 1 Dias(s) int  
Médico.....: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS - CRM 21129  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:URG

2ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DAPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IV	Agora	[22/12] 00:13
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> AGUA BIDESEILADA SOL.INJ. 10ML	1	AMP				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	UN				
2 CETOPROFENO IV PO/SOL. INJ. 100MG	1	FA		IV	Agora	[22/12] 00:13
-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	UN				
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGUA BIDESEILADA SOL.INJ. 10ML	1	AMP				
Obs.:  -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
3 TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML	1	AMP		IV	Agora	[22/12] 00:13
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM)	1	FA C/100ML				
-> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	1	UN				
-> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

UPA IMBIRIBEIRA  
PR. PEP - PEP Prontuário Eletrônico do Paciente  
Módulo de Prescrição  
Assinado eletronicamente por: MARCELLOJCS  
Data: 19/02/2019 10:59

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1642416 Data: 22/12/2018 00:14  
Usuário.....: SAULPRM  
Atendimento: 1172833 Dt Nasc: 07/06/1988 (30a 8m 14d)  
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO  
Paciente.....: 282714 - JONAS BATISTA RAMOS  
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:  
Internação.: 21/12/2018 22:53 1 Dias(s) int  
Médico.....: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS - CRM 21129  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.....: S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX CLAVÍCULA ESQUERDA A.P. ; Exame: 302261	1					22/12/00:14

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 IMOBILIZAÇÃO GESSADO TIPO OITO G	1					22/12/00:14
-> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	3	UN				
-> ATADURA GESSADA 10CM X4,0M BRANCA	6	UN				

UPA IMBIRIBEIRA  
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente  
Relatório de Prescrição / Evolução  
Dr. Marcello JCS  
Coordenador de Atendimento

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) JONAS BATISTA RASMOS , que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000282714 e número de atendimento 01172833 apresentando diagnóstico FRATURA DE CLAVICULA ESQ para AMBULATORIO DE ORTOPEDIA .

Observação:

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA  
TRATAMENTO CONSERVADOR  
IMOBILIZADO E MEDICADO  
AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA  
REVISÃO COM 3 SEMANAS  
MEDICADO E ORIENTADO

Recife, 22 de Dezembro de 2018

SAUL PINHEIRO REBOUÇAS  
CRM: 21129

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS

CRM: 21129



Atesto para devidos fins que o (a) Sr.(a) JONAS BATISTA RASMOS  
foi atendido(a)  
no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000282714 e número de  
atendimento 01172833 em 22/12/2018 às 00:30 apresentando o diagnóstico S400 e necessita de  
60 dia(s) de afastamento das suas atividades profissionais ou escolares, a partir desta data.

Recife, 22 de Dezembro de 2018

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS MARTINS  
CRM: 21129

Eu JONAS BATISTA RASMOS  
código (CID-10) pelo médico acima assinado.

autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de



ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) JONAS BATISTA RASMOS , que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000282714 e número de atendimento 01172833 apresentando diagnóstico FRATURA DE CLAVICULA ESQ para AMBULATORIO DE ORTOPEDIA .

Observação:

FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA  
TRATAMENTO CONSERVADOR  
IMOBILIZADO E MEDICADO  
AO AMBULATORIO DE ORTOPEDIA  
REVISÃO COM 3 SEMANAS  
MEDICADO E ORIENTADO

Recife, 22 de Dezembro de 2018

Médico: SAUL PINHEIRO REBOUÇAS  
MARTINS  
CRM: 21129

UPA IMBIRIBEIRA  
SAÚDE DA FAMÍLIA DE DESACOLIA DO PRONTO ATENDIMENTO  
MÉDICO DE FAMÍLIA  
*Marcello Siqueira*  
Médico de Família





UPA ENGENHO VELHO - JABOATAC

Porto M



Atendimento: 983816

Data e Hora: 04/02/2019 10:32

Senha da Classificação:

0072

Paciente: 100202 JONAS BATISTA RAMOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/06/1988 Idade: 30 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LAUDECI BATISTA RAMOS

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA

CRM: 12345

Endereço: ESTRADA DA PIEDADE

25

Bairro: SOCORRO

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPE PE

Cep: 54160570

Usuário Atendimento: ERICALS

RG (Identidade): 7300722

SDS-PE

Data de Emissão: 09/06/2008

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 88581900

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 10h35min

## Queixa Principal

Paciente com trauma no clavícula (E),  
(sem com osteoporose)

## Exame Físico

803

## Hipótese Diagnóstico

① Trauma em clavícula.

## Conduta Terapêutica

① Solicito Rx de clavícula Esq.

## Prescrição Médica

ALTA  
DATA: 04/02/19  
HORA: 21:40Funcionário Central de Arquivo  
Plantonista 12:30  
16:30

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para: RDA 5612847

Senha:

Dr. Thiago Buri Fontes

Médico

CRM-PE 27456

Carimbo Médico



983816

RAX

Simone Costa da I  
Téc em Radiologia  
CRTR 012627

## 24 HORAS - ENGENHO VELHO

Formo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/02/2019 10:29

Nome Paciente: JONAS BATISTA RAMOS  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 07/06/1988  
Sexo: Masculino  
Idade: 30  
Senha: 0072  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 04/02/2019 10:29 - 04/02/2019 10:30

JULIANNA FERREIRA LIMA APOLINARIO - COREN: 459039 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **NÃO URGENTE - VERDE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: DOR EM REGIAO DA CLAVICULA APOS TRAUMA

Observação: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA  
NEGA HAS E DM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 1  
- ESCALA DE GLASGOW: 15  
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG  
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG

Acolhido(a) por: JULIANNA FERREIRA LIMA APOLINARIO - COREN: 459039 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/02/2019 10:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/02/2019 20:58

Nome Paciente:	JONAS BATISTA RAMOS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	07/06/1988
Sexo:	Masculino
Idade:	30
Senha:	0040
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 04/02/2019 21:17 - 04/02/2019 21:19

SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE HÁ 1 MES SOFREU QUEDA DE MOTO FRATURANDO CLAVICULA ESQ. EM TEMPO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, APRESENTA DOR LOCAL, NEGA ALERGIA, HAS E DM. ENCAMINHADO COM SENHA: 5612847

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/02/2019 21:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1







# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 481921

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 04/02/2019 21:24

Paciente: 113419 JONAS BATISTA RAMOS

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 07/06/1988 Idade: 30 anos

Convenio: 2

SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: LAUDECI BATISTA RAMOS

Nome do Pai:

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: AVENIDA MANOEL BEZERRA

25

Bairro: SOCORRO

Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: AMANDAMMS

RG (Identidade): 7300722

SDS-PE

Data de Emissão: 09/06/2008

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 981303783

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal

Paciente apresenta dor aguda no lado direito da cabeça, na região da têmpora, há 15 dias. A dor é constante e piora com a movimentação da cabeça.

### Exame Físico

Dor, edema, sem sinais de infecção.

### Hipótese Diagnóstica

Fratura da escala e em consolidação.

### Conduta Terapêutica

Imobilização com gesso.

### Prescrição Médica

Adm. de Amoxicilina cl/ 2 doses.  
De 7 dias.

Abraão Firmino do Nascimento  
Médico

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

[REDACTED]





## SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

### DADOS DO PACIENTE

Nome: Jorjas Batista Ramos  
Nº Prontuário: 113419  
Data de atendimento: 06/02/19  
Data de ALTA: 04/02/19

Para: INSS ☐  
DPVAT ☒  
OUTROS ☐

Data da solicitação: 06/02/19 Previsão de entrega: 18/02/19

### DADOS DO SOLICITANTE

Nome: O Mesmo  
RG: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Jorjas Batista Ramos  
Assinatura

**OBSERVAÇÃO:** Os documentos aqui solicitados só serão entregues ao paciente, mediante apresentação de documento original oficial com foto.

**TEL: (81) 3183-0035 (seg à sex de 08h às 12h / 13h às 17h)**

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 28, CEP: 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE

CÓD. 38422





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

### CONTROLE DE ALTA

NOME: Jones Benfante Ramos

IDADE: \_\_\_\_\_

ALTA DOMICÍLIO ☐

ALTA TRANSFERÊNCIA ☐

ALTA AMBULATÓRIO ☒

62 dias

DATA 04/02/19

HORA \_\_\_\_\_

15-02-19


6:30 hs


9:00 hs


Assinatura

Assinatura e Carimbo do médico



  
**PERNAMBUCO**  
GOVERNO DO ESTADO

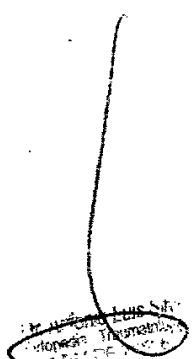
  
**HOSPITAL**  
**DOM HELDER CÂMARA**

  
**GESTÃO**  
**IMIP**  
**HOSPITALAR**

**SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO  
 POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS**

---

NOME: João B. Ramos IDADE: \_\_\_\_\_  
 113498  
 REGISTRO: \_\_\_\_\_ SETOR SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ DATA: 1/1/1  
☐ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ENF: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_  
☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE  
 EXAME: Re anexo - C AD / Perfil  
 MOTIVO: Controle  
 REQUISITANTE/CARIMBO: \_\_\_\_\_  
 LAUDO: \_\_\_\_\_  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
 DATA: 1/1/1

  
 \_\_\_\_\_  
**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

**LAUDO MÉDICO**

Data de Atendimento:

15/02/19

Nº PRONTUÁRIO:

113 419

NOME DO PACIENTE:

João B. Nunes

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

S42

OBS.:

fratura clavicula

Nº DIAS

30 (trinta)

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico  
Carimbo

Dr. Emerson Rodrigues  
Ortopedia  
CRM 13526

CÓD. 38391



EXAME NEUROLÓGICO			
Avaliação Primária: Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estimulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )			
Escala de Coma Glasgow (ECG)			
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
Abertura Ocular <b>(4)</b>	Orientado <b>(5)</b>	Obedece Comando <b>(6)</b>	
Abertura Ocular a Voz 3	Confuso 4	Localiza Estimulo Doloroso 5	
Abertura Ocular a Dor 2	Resposta Inapropriada 3	Retirada ao Estimulo Doloroso 4	
Sem Abertura Ocular 1	Sons incompreensíveis 2	Descorticação 3	
	Sem Resposta Verbal 1	Descerebração 2	
		Sem Resposta Motora 1	
TOTAL DE PONTOS ECG: <u>15</u>		Classificação TCE pela ECG ECG 3-8: TCE GRAVE ECG 9-13: TCE Moderado ECG 14-15: TCE Leve	
Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )			
Dificuldade na Fala ( )			
Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríase ( ) Miose ( )			
CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO			
Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )		Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )	
Imobilização tala Gessada: S( ) N( )		RX: S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )	
Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: _____		Infusão de fluidos: S( ) N( ) Especificar: _____	
		Volume dos Fluidos Infundido: _____	
Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP( )			
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )		Outras condutas: _____	
Entubação Orotraqueal: S( ) N( )			
Ventilação Mecânica: Modalidade _____		Intercorrências: _____	
FIO2: _____			
INTERCORRÊNCIAS			
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA			

Alexandre de Moura Campos  
Médico Clínico  
CRM: 11722

Médico de Liberação do Paciente

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: ( ) SIM ☒ NÃO



DATA: 04/02/2019

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO DE URGÊNCIA**

NOME: Jonis Batista Ramos

IDADE: 30 anos

SEXO: masculino

CIDADE:

BAIRRO:

UF:

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente com fratura em clavícula esquerda e 1º arco costal esquerdo há 1 mês e 10 dias.

**EXAME FÍSICO:**

HGT:

F.C:

P.A: 120 X 80

B.E.C., orientado, corado, hidratado, eufórico, apnéu

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

Radiografia de tórax: Fratura em clavícula esquerda + fratura em 1º arco costal esquerdo.

**HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:**

HD1: Fratura clavicular + Fratura 1º arco costal

HD2:

**CONDUTA TERAPÊUTICA:**

Radiografia tórax + encaminhamento para ortopedista.

**JUSTIFICATIVA:**

Não dispomos de ortopedista no serviço.

**HOSPITAL DE DESTINO:**

HSM

**MÉDICO SOLICITANTE DA SENHA:**

Alexandre de Moura Campêlo  
Médico Clínico  
CRM 1722

SENHA: 5612847

DATA: 04/02/2019

HORA: 11:00h





# EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jonas Batista Registro: \_\_\_\_\_  
Responsável: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
06/02/19	# Enfermagem - Admissão # Amorela
	Paciente admitido neste setor por motivo do consultório médico. HD: Fratura em clavícula (E). Ao exame: FER, EDV, e edema, supuro, indurado. Presença de edema em clavícula (E). Segue sob vigilância. Aguardando transferência
	# Reavaliação #
06/02/19	# HD: (1) Trauma de clavícula # Paciente assintomático no momento # CS: (1) Aguardando transferência p/ HDH.
	Dr. Rafael Buriel Fontes Médico CRM-PE 27456





PADRÃO AMARELA	PACIENTE: <u>EDSON BATISTA</u>	REG:
LEITO:		DATA: <u>04/02/19</u>

Alergia: ☒ Não ( ) Sim

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
<b>Dieta</b>	Dieta <u>VO livre</u>	
<b>Hidratação</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>ATB</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>DO: / /</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Sintomáticos</b>	Dipirona 500 mg/ml – 01 AMP + AD EV 6/6H se dor ou T> 37,8° Ondasetrona 8mg 01 FA + 100ml de SF0,9% EV de 8/8horas se náusea ou vômito. Omeprazol 40 mg – 1 AMP + AD EV 24/24h Captopril 25mg 01 comp. Vo de 8/8hrs se PAS>160 ou PAD >110 <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não Clonidina 0,100 mg – 01 comprimido, via oral se PAS >= 170 mm Hg e/ou PAD >= 110 , se refratário ao captopril, <input checked="" type="checkbox"/> Sim ( ) Não	
<b>Anticoagulação</b>	Enoxeparina 40 mg 1 AMP SC 24/24 h ( ) SIM ( ) NÃO	
<b>Glicemia</b>	Insulina Regular conforme HGT SC: 70-150: 0 UI                      251-300: 6 UI 151-200: 2UI                      301-350: 8UI 201-250: 4 UI                      351-400: 10 UI > 400: 12 UI (avisar plantonista) Glicose 50 % - 3 AMP EV se HGT <= 70	
<b>Vias Aéreas</b>	Oxigenioterapia: ( ) SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO ( ) Venturi ___ % ( ) Catéter nasal O2 ___ litros/min NBZ( ) Sim ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não Berotec ___ gotas + Atrovent ___ gotas + SF 0,9% ___ ml de ___ / ___ h Hidrocortisona 500 mg 1 AMP + 10 ml de AD: fazer ___ ml EV de ___ / ___ h ( ) SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO	
<b>Diurese</b>	Sonda Vesical de Demora + Medir Diurese ( ) SIM ( <input checked="" type="checkbox"/> ) NÃO	
<b>Cuidados Gerais</b>	SSVV + CCGG HGT de <u>6</u> / <u>6</u> h e PAD <u>6</u> / <u>6</u> h	
<b>Outros</b>	<u>Dr. Thiago Pinheiro</u> <u>CRM 27153</u>	





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

## RECEITUÁRIO

Jonas B. Reis

uro al

2

- 1) Misoflex - A — 10x  
Tomar no 1º e 2º dia  
Por 5 dias

04/02/19

Dr. Anderson Luis S.  
Médico - Urologia  
CRM PF 24536





Prefeitura Municipal do Jaboatão dos Guararapes  
Secretaria de Saúde



### RECEITUÁRIO

NOME:

*Ygoris Brito*

*Rx*

*1) Pipuono 500 mg — 2018*

*Dr. Jairo Cavaleiro*  
*CRM: 152.002*

Av. Barreto de Menezes, S/Nº - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE  
CEP 54.330-900  
Telefones: (81) 3476-3859 - OUVIDORIA (81) 3476-3608  
CNPJ 03.904.395/0001-45





Prefeitura Municipal do Jaboatão dos Guararapes  
Secretaria de Saúde



RECEITUÁRIO

*Virgílio!*

NOME: *Yonas Batista Ramos*

*Ad. Contepulato*

*HD: 1) fratura de dorso do dente*

*Dr. Manoel Cavalcanti*  
*CRM - PE 23892*

Av. Barreto de Menezes, S/Nº - Prazeres - Jaboatão dos Guararapes - PE  
CEP 54.330-900  
Telefones: (81) 3476-3859 - OUVIDORIA (81) 3476-3608  
CNPJ 03.904.395/0001-45





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



PERNAMBUCO  
AJUNTOS, FAZENDO MAIS



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

### FORMULÁRIO DE RETORNO

Nº Prontuário: 113.419

Nome do Paciente: Mr. Nasser

Data do Atendimento: 15/02/19

☐

ECG

☐

Psicologia

☐

Curativo

☐

Nutrição

☐

Retirada de Ponto

☐

Fonoaudiologia

☐

Retirada de Fio K

☐

Serviço Social

☐

Imobilização

☐

Alta Ambulatorial

☒

Retorno

Data: 4/3/19

Obs.: \_\_\_\_\_

Dr. Henrique R. de Sá  
Ortopedia  
CRM-13620

