

PROCURAÇÃO

LC

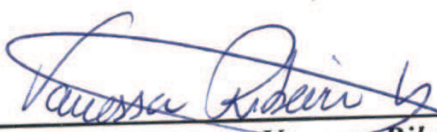
OUTORGANTE: GABRIEL RIBEIRO TELES, brasileiro, menor, solteiro, representado legalmente por sua genitora: VANESSA RIBEIRA TELES, brasileira, casada, portadora da cédula de identidade: 2.021.188 SSP/PE e inscrito no CPF de nº 665.638.793-49, residente e domiciliado na Rua Radialista Otavio Fernandes, 35, lot 35, Boa Vista, Goiana-PE. CEP : 55900-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

P O D E R E S

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

Goiana, 01 de Julho de 2019

x 

Vanessa Ribeiro Teles

Rui Padre Rocha, 177, São José, Carpina, PE. (81) 999535-9693/37220606
Av. Fagundes Varela, 988 . Sl. 09 e 10 . Jardim Atlântico . Olinda . PE . (81) 3431.6171
(81) 9232.3309
jm_adv08@hotmail.com



TERMO DE RESPONSABILIDADE

GABRIEL RIBEIRO TELES, brasileiro, menor, solteiro, representado legalmente por sua genitora: **VANESSA RIBEIRA TELES**, brasileira, casada, portadora da cédula de identidade: 2.021.188 SSP/PE e inscrito no CPF de nº 665.638.793-49, residente e domiciliado na Rua Radialista Otavio Fernandes, 35, lot 35, Boa Vista, Goiana-PE. CEP : 55900-000. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

Goiana, 01 de Julho de 2019



Vanessa Ribeiro Teles



TERMO DE CARÊNCIA JURÍDICA

GABRIEL RIBEIRO TELES, brasileiro, menor, solteiro, representado legalmente por sua genitora: **VANESSA RIBEIRA TELES**, brasileira, casada, portadora da cédula de identidade: 2.021.188 SSP/PE e inscrito no CPF de nº 665.638.793-49, residente e domiciliado na Rua Radialista Otavio Fernandes, 35, lot 35, Boa Vista, Goiana-PE. CEP : 55900-000.

DECLARO nos termos da Lei nº. 7.115, de 29 de agosto de 1983 e seguintes, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família. Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Goiana-PE, 01 de Julho de 2019


ASSINATURA



THOMAS BRED & BONS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURR

06R-17

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Handwritten signature: Gabriel Ribeiro Silva

Scanned by CamScanner



Num. 51069381 - Pág. 5

REGISTRO
GERAL

NO. 15

10.599.294

DATA DE
EXPEDICAO

02/05/2007

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

FILACAO

<< CASAREL RIBEIRO TELES >>

<< VERA LUISA RIBEIRO TELES >>

DATA DE NASCIMENTO

10/12/2005

DATA DE FIM DO

TERMINO

BOC. ORIGEM

<< CON. 5.273 L. 25.135 F. 273 CRT.

CPF

10.599.034-30

ASSINATURADO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

10.599.034-30

F-36 157 160 - 3012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Vanessa Ribeiro Teles
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.021.188 DATA DE EXPEDICÃO 18/Set/1998

NOME VANESSA RIBEIRO TELES

FILIAÇÃO Carlos Alberto Teles Vieira
Eliane Ribeiro Teles

NATURALIDADE Recife-PE DATA DE NASCIMENTO 19/Maio/1982

DOC ORIGINAL Nascimento, 38.712-fls, 200-11v, 34-a Recife-PE, 29/6/82

CPF *Francisco das Chagas Pinheiro Martins*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número do CPF 665.638.793-49

Nome VANESSA RIBEIRO TELES

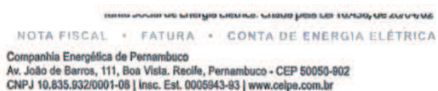
Nascimento 19/05/1982

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

CAIXA

emitido AGO/2004





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA RADIALISTA OTAVIO FERNANDES 35
LOT 35

BOA VISTA II/GOIANA
GOIANA PE
55900-000

CONTA CONTRATO	MESIANO
4006145170	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
06/02/2019	06/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
4006145170	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
06/02/2019	06/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	

DATA DE VENCIMENTO 06/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 251,92

251.92

DESCRICOÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	307,0000000	0,71979022	220,97
Contrib. Ilum. Pública Municipal			26,55
Multa por atraso-NF 036147048 - 06/11/18			3,48
Juros por atraso-NF 036147048 - 08/11/18			0,83
Atualização IGP-M-NF 036147048 - 08/11/18			0,29

TOTAL DA FATURA

251.92

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA ROTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			
314084743	CAT	11/12/2018	12.308,00	08/01/2019	12.693,00	28	1,0000	387,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

composk 400 continuo

Mês/Ano 1998:		BASE DE CÁLCULO			%	VALOR DO IMPEDIO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
JAN 19	307						Geração de Energia	R\$ 71,89 32,40
FEV 19	307						Transmissão	R\$ 10,93 4,80%
DEZ 18	263	ICMS	220,19	25,01	55,24		Distribuição (Cabeço)	R\$ 49,58 22,44%
NOV 18	220	PIS	220,99	0,45	0,98		Perdas de Energia	R\$ 15,50 7,08%
OUT 18	278	COFINS	220,99	2,59	4,81		Energias Setoriais	R\$ 12,76 5,77%
SET 18	224						Tributos	R\$ 80,84 37,53%
AGO 18	253						Total	R\$ 220,97 100%
JUL 18	212						TARIFAS APLICADAS	
JUN 18	240							0,5216000
MAR 18	225							
ABR 18	223							
MAR 18	217							
FEV 18	234							
JAN 18	227							
RESERVADO AO FISCO								
F9C1 E5F3 27B4 DFC5 FAB3 B196 20B7 442B								

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no porto mais perto de você: comércios, farmácias, drogarias, hospitais e lojas de materiais de construção. O preço é o mesmo em todos os pontos de venda. Não há diferença de preço entre os pontos de venda. Não há diferença de preço entre os pontos de venda. Não há diferença de preço entre os pontos de venda.

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.celso.com.br.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS					NÍVEL DE TENSAO		
CONJUNTO QOARNA	VALOR APROVADO nov/2016	Limite	Limite	Limite	TEMPO NOMINAL (V)	Limite de Tensão (V)	
		SEMANAL	TRIMESTRAL			MÍNIMO	MÁXIMO
	0,00	4,00	0,99	19,80	220	202	231
	0,00	3,20	6,47	12,00	380	350	399
	0,00	2,70	0,00	0,00			

Limite DIOP: 12,22 USDO - Valor do Encargio de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 94,52

INSTRATO	MESIANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
5145170	01/2019	06/02/2019	251,92
80000002-0 51920011004-0 00614517010-0 13870410803-1			





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2018/ET018130
Data e Hora de Atendimento: 01/12/2018 22:11
Prontuário Local: Prontuário Integrado:

Local de Entrada:

Emergência Traumatológica

AC Ferreir

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente:	2475 GABRIEL RIBEIRO TELES			Registro SUS:	89800480696637
Nascimento:	10/12/2003	Idade:	14	Sexo:	Masculino
Estado Civil:	Solteiro(a)	Profissão:	ESTUDANTE	Naturalidade:	TERESINA-PE
Documento de identidade:	NAO DECLARADO			Nacionalidade:	BR
Filiação:	VANESSA RIBEIRO TELES				
Endereço (Av., Rua, etc.):	RUA DA SUBSTACAO, 375			Complemento:	CASA
Bairro:	CENTRO	Cidade:	GOIANA	UF:	PE
Acompanhante:	A MAE			Telefone:	081995255721
Ocorrência:	OCORRÊNCIA TRAUMATOLÓGICA - Oct. Dor Membros Superiores (Mãos)			Acidente de Trabalho:	Sim ☐ Não ☐
Procedência:	DOMICÍLIO			Meio de Transporte:	Carro

AValiação da Enfermagem / acolhimento

Queixa principal: () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tosse () Taquicardia () Convulsão () Desmaio () Tonturas () Frequência () Confusão () Fadiga () Distúrbios visuais () Parêstesia e/ou Paralisia de parte do corpo () Dor Local () Queixa urinária () Sangramento. Loc: () Outras queixas:	Encaminhamentos () Clínica Geral () Pediatria () Cirurgia () Odontologia () Serviço Social () Maternidade () Enfermagem () Outros:
Antecedentes Mórbitos / Medicamentos () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma/Bronquite () Alergias () Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Enfisema () Alcoolismo () A.V.C () Outros: () Uso de medicamentos:	Classificação:
Sinais Vitais P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m rpm	Ass. Enfermagem
Exames Diagnósticos auxiliares () Glicemia Capilar mg/dl	

AValiação Médica

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA) Trauma cotovelo (E)	
Exame Físico: Peso: kg Dor + edema	
Hipótese diagnóstica / conduta contusão / fratura (?)	
Código de Atendimento:	CID 10:

0803060300 - 270



Continuação ...

D. Lewis

ANNE

Tala oqilo palman.

Auto, 01/12/2018

diclofenac 1 amp 75 mg IM.

23

Isabella Ferreira de Lima
Téc. de Enfermagem
Covim-PR/PE 685.065

Respostas não, substituída por quebra do aparelho desta unidade. Per
Orelhados a presença sempre CR & pl posterior exame.

Evolução Enfermagem

ALTA

Data:	
Hora:	
Residência	
Internação	
Óbito	
Transferência	

Hospital:

Senha:

Cadastramento : 01/12/2018 22:12:21 FREITAS

Impressão : 01/12/2018 22:20:52 FREITAS

Dr. Francisco Guedes de S. Almeida
Ortopedia - Traumatologia - Cir. Ortop.
CRM-PR 1271 - R. Santa Helena, 1532 - Jd. Santa Helena - CRM



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/12/2018 11:37

Nome Paciente:	GABRIEL RIBEIRO TELES
Cód. Paciente:	331820
Data de Nascimento:	10/12/2003
Sexo:	Masculino
Idade:	14
Senha:	P0044
Convênio:	2 - SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Atendimento:	1029427 
SAME:	

Período: 02/12/2018 11:42 - 02/12/2018 17:47

MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Reclassificação

Prioridade:	URGÊNCIA - AMARELO
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	DOR MSE SIC APOS TRAUMAH 24H
Observação:	NEGA ALERGIA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Período: 02/12/2018 11:42 - 02/12/2018 11:43

ADRIANO XAVIER LINS - COREN: 83681 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	NÃO URGENTE - VERDE
Cor:	 VERDE
Queixa Principal:	DOR MSE SIC APOS TRAUMAH 24H
Observação:	NEGA ALERGIA
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR LEVE (1-3/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 83681 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/12/2018 17:47



Atendimento: 1029427

Senha da Classificação:

Data e Hora: 02/12/2018 11:46

P0044

Paciente: 331820 GABRIEL RIBEIRO TELES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/12/2003 Idade: 14 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VANESSA RIBEIRO TELES

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA DA SUBSTACAO

-

347

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Cep: 55900973

Usuário Atendimento: ROSALIAISL

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CNS: 898004800966837

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 95255721

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg

DATA: / / HORA: :

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

acaba de cair

DE 14h 00

EXAME FÍSICO:

Exame Físico

Dr. Marcio Medeiros
Traumatologista - Ortopedista
CRM-PE 20.546
TEOT 14.881

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura?

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

RA de Braço G

RA de Antebraço e Mão G

Exat. de 12h

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

- Difenidramina 10mg	
- Analgésico - Paracetamol 500mg	12h
- Jato Hidralazina	12h
- Pipetas de 1 a 2 e 6/6	
- Repetir 100 + 100 12h e 18h	12h

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde (X) Sala Amarela () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

Assinado

Flaviana

Flaviana Chagas
CRM 1234





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

DATA: 02, 12, 18 HORA: 15 20

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: Gabriel Ribeiro Teles Idade: 14 Nº do atendimento: _____
Procedência: _____ Acompanhado por: _____

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

trauma de MSE

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias Quais: _____ () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS () Epilepsia
() Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras: _____

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () Bom (X) Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

(X) Normocrado () Hipocrado (X) Acianótico () Cianótico (X) Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Palpebra () MMSS () MMI () Anasarca () ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Inconsciente () Torporoso () Sedado PUPILAS: () Olho direito
() Olho esquerdo () Normais () Isocóncas () Anisocóncas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (X) Cooperativo () Choro () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

(X) Afebril () Febril T. AXILAR = _____ °C FR _____ bpm Sat O2 = _____ % () Espúrico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: (X) Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepítantes FC bpm
PA: _____ mmHg PULSO: () Fôrtimo () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: () Central Jugular () Central Subclávia
() Periférico LOCAL

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (X) LVO (X) Aceita bem () Parcialmente () Não aceita () SNG () SNE ABDOME: () Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Pleno
() Doloroso () Aórtico () Gravídico EVACUAÇÃO: () Normal () Constipação () Flatos () Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: () Normal
() Mucoso () Líquida () Melena () Odor fétido () Odor característico EMASE Aspecto: () Hematêmase () com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: (X) Presente Aspecto: _____ () Ausente (X) Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anclia
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (X) Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: (X) Sim () Não FORÇA MOTORA: (X) Sim () Não () PARESIA Local:
() AMPUTAÇÃO Local: _____ () GESSO Local: _____ TALA GESSADA Local: MSE
Outros: _____

12. OBSTETRÍCIA

Gesta _____ Para _____ Aborto DUM _____ / _____ / _____ IG: _____ Dinâmica Uterina: _____ Perdas vaginais: _____





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Gabriel Ribeiro Teles.

Registro: _____

Responsável: _____

Contato: _____

Data/Hora	
02/12/18	18 (15:20) Paciente admitido na sala amarela da pediatria, 14 anos, HD de Exuma de MSE, com tala anilo pulmonar em MSE; HAS(-), DM(-), alergias (-). Consuente, orientado, deambula. -II-
02/12/18	Seguindo em observação para HSA.
11:30	



INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO

Data: 10/12/18 Hora: 16:40 Atendimento nº _____
 Nome: Antônio Nelson de Fátima Idade: 41
 Nome social/apelido: _____ Possui documentação? ☒ Sim ☐ Não
 Endereço: Rua da Substância, 393 Centro - Goiânia
 Ponto de Referência: _____
 Nome do acompanhante: Vanessa
 Vínculo com o Usuário: mãe Tel.: () 99.25.5721

Vive sozinho () Vive sob o mesmo teto com pessoas da família ☒
 Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ()
 Vive internado em instituição, asilo, abrigo, ou sob a responsabilidade de terceiros ()
 Nome da instituição: _____

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? () Sim () Não
 Qual? _____

ATIVIDADE REALIZADA:

Orientações – Normas e Rotinas	☒	
Orientações – Direitos Sociais	☒	
Encaminhamento a Rede Socioassistencial	☐	
Atendimento Violência	☐	
Articulação Externa/Família	☐	
Articulação Externa/Rede	☐	

Outras Observações (Contexto familiar, situação socioeconômica, condição de moradia, etc.)

Paula Maria
Assistente Social



UMA = 5569035

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA _____	
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>GABRIEL N. D. F. S. + tele</u>	Idade: <u>14</u>
Sexo: M () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: <u>Goiana</u>	
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)	
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()	
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()	
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()	
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()	
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()	
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____	
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()	
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()	
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura: _____	
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____	
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____	
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>relato de queda</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura Braço e Costela</u>	
AVALIAÇÃO CLÍNICA	
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X _____	
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()	
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()	
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()	
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()	
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()	
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/12/2018 18:15



Nome Paciente: GABRIEL RIBEIRO TELES
Cód. Paciente: 120873
Data de Nascimento: 10/12/2003
Sexo: Masculino
Idade: 14
CPF: 000000000000000000
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 455463
SAME: 167317



Período: 02/12/2018 18:52 - 02/12/2018 18:53

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: RELATA QUEDA DE BICICLETA HÁ 24 HS. COM DOR EM MSE;
TIGHA NAS OM E ALERCIAS

Exame físico: ENCAMINHADA DA UPA-IGARASSU COM SENHA 5569035

Exame físico: TRAUMA

Exame físico: BLENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Exame físico: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais vitais: PA SISTOLICA: 110.00 MMHG
PA DISTOLICA: 70.00 MMHG

REVISADO
NEF-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/12/2018 18:53

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 455463

Senha da Classificação:

0022

Data e Hora: 02/12/2018 18:19

Paciente: 120873 GABRIEL RIBEIRO TELES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/12/2003 Idade: 14 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VANESSA RIBEIRO TELES

Nome do Pai:

Endereço: RUA DA SUBESTACAO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Cidade/UF: OLINDA - CENTRO 371

Bairro: TEJUCOPAPO

Estado: PE Usuário Atendimento: ROSEANERSON

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observações:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Exame Físico

Queixa de dor no Hq + 18h, com trauma
em contato com o solo.

Exame Físico

MSP com trauma no Hq.

Exame Físico

Exame físico normal.

Prescrição Médica

① Prescrição

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670

Assinatura: Carimbo Médico

Exame: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Exame: () Encaminhado ao Ambulatório

Senha:

Exame: () Encaminhado ao setor de internação



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 455495

Usuário: MAYARAAM

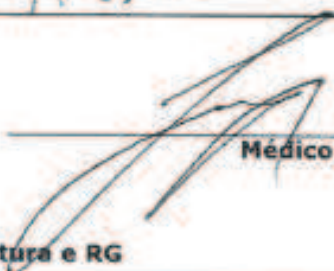
DADOS DO PACIENTE

Paciente: GABRIEL RIBEIRO TELES	Prontuário: 120873
Idade: 14a 11m 24d	Sexo: M
Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 10/12/2003
Profissão:	Escolaridade:
R.G.:	C.P.F.:
Endereço: RUA DA SUBESTAÇÃO	Telefone: 995255721
	CEP: 55900000
	GOTANA - PE
Dados da Internação	
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 03/12/2018 00:06
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERD2-21

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Fone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 05/12/18	Hora da Alta: _____
Motivo:	☐ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: BOM	
Diagnóstico Principal.....:	PROLAPSO DE MIDA
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Procedimento.....:	
	 Médico e CRM:
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 455463 Prontuário: 120673 SAME: 107817 Hora Atend: 18:19 Data Atend: 02/12/2018
Paciente..... : GABRIEL RIBEIRO TELES Idade: 14 a
Endereço..... : RUA DA SUBESTACAO
Bairro..... : TEJUCOPAPO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900000
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários.: -
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 03/12/2018 Hora Saída : 00:05

Prestador da Evolução Médica: JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

DIAGNOSTICO
ENF THALITA

JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR / 18757
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Promitório
GABRIEL RIBEIRO TELES	120873
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento
898004806966837	10/12/2003
9 - Sexo	10 - Raça/Cor
☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Preta
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato
VANESSA RIBEIRO TELES	8199525572
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato
VANESSA	995255721
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	
RUA DA SUBESTACAO, 371 - TEJUCOPAPO	
16 - Município	17 - IBGE
GOIANA	260620
18 - UF	19 - CEP
PE	55900000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
VTE COM RELATO DE QUEDA DE BICICLETA EVOLUINDO COM DOR EM COTOVELO ESQUERDO, SEGUE COM FRATURA DE EPICONDILIO MEDIAL ESQUERDO.			
21 - Condições que justificam a internação			
TRATAMENTO CIRURGICO.			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
ANAMNESE+EXAME FISICO+RADIOGRAFIA			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE EPICONDILIO MEDIAL ESQUERDO DO UMERU	9428	W193	03082/0019

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRURGICO DAS DESINSERCOES DAS ESPINHAS INTERCONDILARES / EPICONDILARES	0408050420		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	980016288855125
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	02/12/2018	Dr. Igor Alcides Médico CRM PE 28.445 18757	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CSOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
	Dr. Jefferson Alcides Médico CRM PE 28.445 18757	

AIH
261810296992-2

Código do Laudo: 455483



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Salvador Roberto Teles
CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

REG: 170873
LEITO: _____

DATA/HORA	# SOT #
02/12/18 20:50	(H) Ex Epicondilo medial do ulnaro (E) Paciente estável, ontado, emprego, sem dor no momento. Nervos ulnares presentes em NSE. (C) Sinto no punho devido ao ulnar no NSE sol. M-OP
03/12/18 11:00	(H) Ex Epicondilo medial do ulnaro (E) Paciente estável, ontado, emprego, sem dor no momento. (C) Ex Pn. de Bloco
04/12/18 15:45	# SOT # (H) Ex Epicondilo medial ulnaro (E) Paciente com queixas ontado, emprego, dor no punho com cura anterior e Dr. Teles Figueira que o tratamento não funciona (C) Ex Pn. de Bloco

Dr. Igor Alencor
Médico
CRM-PE 26.448

Dr. Igor Alencor
Médico
CRM-PE 26.448

Dr. Igor Alencor
Médico
CRM-PE 26.448



Atendimento: 455495

Dt Atendimento: 03/12/2018 - 00:06

Dt Alta: 09/12/2018 - 09:30

Paciente: 120873 GABRIEL RIBEIRO TELES

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 697 VERD2-21

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 44 TRANSFERENCIA EXTERNA

Usuário: ANDERSONSC

CID: S428 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO OMBRO E DO BRACO

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

Observação de Alta

PACIENTE TRANSFERIDO PARA O SANTA CASA, INFORMADO PELA ENFERMEIRA KATIA

ANDERSON DOS SANTOS CORSINO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME:

GABRIEL Figueira Telles

REG:

120773

IDADE:

SEXO:

DATA DA ADMISSÃO

DATA DA ALTA

DIAGNÓSTICO:

FMA. Útero

TRATAMENTO REALIZADO:

TRANSFERÊNCIA
E RETORNO

ORIENTAÇÃO:

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO

SIM()

NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS

D^r Fagner Alayda
Médico Obstetra
CRM 18888 - TEO 1254





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 616564 Prontuário: 1155190 Data de Nascimento: 10/12/03 Idade: 15 ANO(S)
Nome do Paciente: **GABRIEL RIBEIRO TELES** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: VANESSA RIBEIRO TELES
CPF: 13357903490

Data: 11/12/2018

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO. CRM: 6218. Data e Hora: 13/12/2018 09:30:03





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3900 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 616564 Prontuário: 1155190 Data de Nascimento: 10/12/03 Idade: 15 ANO(S)
Nome do Paciente: **GABRIEL RIBEIRO TELES** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: VANESSA RIBEIRO TELES
CPF: 13357903490

Data: 11/12/2018

MELHORADO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 13/12/2018 09:30:59.





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GABRIEL RIBEIRO TELES**, **prontuário nº 1155190**, admitido neste hospital em 09/12/2018 com diagnóstico de Fratura do úmero esquerdo, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 12/12/2018.

Recife, 25 de Fevereiro de 2019.

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE 13434

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 616564 Prontuário: 1155190 Data de Nascimento: 10/12/03 Idade: 15 ANO(S)
Nome do Paciente: **GABRIEL RIBEIRO TELES** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: VANESSA RIBEIRO TELES
CPF: 13357903490

Data: 11/12/2018

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 11/12/2018-13:40

Diagnóstico pré-operatório: Fratura de Úmero Esquerdo
Diagnóstico pós-operatório: Fratura de Úmero Esquerdo
Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Úmero Esquerdo + Neurolise
Cirurgião: Dr. Azarias Salgado
Anestesia: Bloqueio

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito ventral sob anestesia;
2. Assepsia + Antissepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos estéreis e impermeáveis;
4. Realizado incisão posterior no braço (transtríceps) com dissecção por planos anatômicos;
5. Visualizado foco de fratura em úmero distal;
6. Realizado limpeza da articulação com SF0,9% e revisão da hemostasia;
7. Redução anatômica com retirada dos fragmentos e manutenção da mesma através de fio de K;
8. Realizada neurolise;
9. Síntese por planos anatômicos com tenomiorrafia do triceps;
10. Realizado limpeza com SF0,9%;
11. Revisão da hemostasia;
12. Sutura por planos com Vycril e Nylon;
13. Curativo;
14. Verificada boa perfusão distal.

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 6218

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO, CRM: 6218, Data e Hora: 13/12/2018 09:30:03



a Casa de Recife

Indicação de Exames

Paciente: GABRIEL RIBEIRO TELES

Telefone: 81995255721

Titular: GABRIEL RIBEIRO TELES

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

IH No.: 1

CID: S424

Data/Hora: 11/12/2018 10:17

Reg.: 616564

Pront.: 1155190

Dt. Nasc.: 10/12/2003

RG: 10599294

Matric:

Leitos: LEITO B1

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

OS:

Exames Solicitados:

1) RX COTOVELO ESQUERDO

Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO

CRM: 6218

Dr. Vitoria de Almeida
Otorrinolaringologista
CRM 40531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: GABRIEL RIBEIRO TELES
DATA: 12/12/2018

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: GABRIEL RIBEIRO TELES
DATA: 12/12/2018

Prescrição Médica

1) DAPIRONA (500mg) ----- 2 Bl. 2.00

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--OU--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl. 4.00

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

2) IBUPROFENO (400mg ou 600 mg) ----- 2 Bl. 11.00

Tomar 1 comp. Via Oral de 08 em 08 horas (3 vezes ao dia)
por 5 dias

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531
Dr. Henrique Costa Barbosa
Otorrinolaringologista
CRM: 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone_PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: GABRIEL RIBEIRO TELES
Nº Registro: 616564 Nº Protuário: 1155190 Sexo: Masculino Idade: 15 ano (s)
Convênio: SUS - AMB OS: Data: 27/12/18

SOLICITAÇÃO

RM COTOVELO ESQUERDO

Dr. Azenir Seixado
Fone 3412-3800
CRM 6218

Seu Gesso

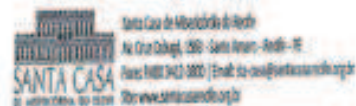
??

Dr. Azenir Seixado
Fone 3412-3800
CRM 6218

Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE , Telefone: 3412-3800



Santa Casa de Recife
Poliambulatório Médico de Alta



Nome: GABRIEL RIBEIRO TELES

Reg.: 616554 Pront.: 1155190

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 10/12/2003

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 15

Admissão: 09/12/2018 11:01

Alta: 12/12/2018 09:02

Admissão:

FRATURA EM ÚMERO DISTAL ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S42.4 FRATURA DA EXTREMIDADE INFERIOR DO ÚMERO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	09/12/2018 11:01	12/12/2018 09:02	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº AZARIAS para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 616564 Prontuário: 1155190 Data de Nascimento: 10/12/03 Idade: 15 ANO(S)
Nome do Paciente: **GABRIEL RIBEIRO TELES** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: VANESSA RIBEIRO TELES
CPF: 13357903490

Data: 11/12/2018

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S42 - FRATURA DO OMBRO E DO BRAÇO | NOTA

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Úmero Esquerdo CÓDIGO: 0408020393

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura de Úmero Esquerdo + Neurolise CÓDIGO: 0408020393 / 0403020077

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	Dr. Azarias Salgado	6218
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA		
5	ANESTESISTA	Dr. Edgar Peixoto	3802
6	CLÍNICA MÉDICA		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de atropelamento, resultando em Fratura de Úmero Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.
Terado. Alta Hospitalar após melhora.

GNÓSTICO PRINCIPAL:

GNÓSTICO SECUNDÁRIO:

VO DA ALTA

documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 13/12/2018 09:30:59.

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531
13/12/2018

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531
13/12/2018





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

GABRIEL RIBEIRO TELES

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias,

CID: S424

Recife, 12/12/2018


Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0134001066**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/04/2019** às **11:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **1/12/2018** às **22:11**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GOIANA, 01, RUA DA CONCEICAO, PROXIMO A IGREJA - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VANESSA RIBEIRO TELES (OUTRO)
GABRIEL RIBEIRO TELES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BICICLETA: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): GABRIEL RIBEIRO TELES
DOCUMENTO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DESCONHECIDO

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

VANESSA RIBEIRO TELES (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ELIANE RIBEIRO TELES Pai: CARLOS ALBERTO TELES VIEIRA Data de Nascimento: 19/8/1982 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2021188/9DS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Profissão: ARQUITETO(A) Telefones Celulares: - 995255721

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 35, RUA RADIALISTA OTAVIO FERNANDES - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

GABRIEL RIBEIRO TELES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VANESSA RIBEIRO TELES Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: 10/12/2003 Naturalidade: TERESINA / PIAUI / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE Telefones Celulares: - 995255721

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GOIANA, 35, RUA RADIALISTA OTAVIO FERNANDES - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPrevie..

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

BICICLETA (BICICLETA) de propriedade do(a) Sr(a): **GABRIEL RIBEIRO TELES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GABRIEL RIBEIRO TELES**

Categoria/Marca/Modelo: **OUTRA/CALOI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **ROXA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO (DOCUMENTO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Sim**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA, QUE NA DATA RETRO, NO LOCAL SUPRA MENCIONADO EPIGRAFE, FORA VITIMA DE UM ACIDENTE ONDE O MESO TRAFEGAVA NA SUA BICICLETA QUANDO UM CARRO VERMELHO DE PLACA DESCONHECIDA, CHEGOU A COLIDIR COM O MESMO VINDO A CAIR DA SUA BICICLETA, O QUAL POPULARES SOCORRERAM O MESMO PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREA, ONDE POSTERIORMENTE FORA ENCAMINHADO PARA OS SEGUINTE ESTABELECIMENTOS: UPA DE IGARASSU, HOSPITAL MIGUEL ARRAES E SANTA CASA, VINDO A TER AS SEGUINTE LESÕES: FRATURA DO COTOVELO ESQUERDO, A VISTA DAS DOCUMENTAÇÕES LEGAIS, ENGERRO O PRESENTE REGISTRO.

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

Vanessa Ribeiro Teles
VANESSA RIBEIRO TELES
(OUTRO)

Gabriel Ribeiro Teles
GABRIEL RIBEIRO TELES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO** - Matrícula: **3270570**





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190335383

Vítima: GABRIEL RIBEIRO TELES

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VANESSA RIBEIRO TELES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: VANESSA RIBEIRO TELES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000001792-2

Conta: 0000023029-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01939,01940 - carta_15R - INVALIDEZ

