

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO CAVALCANTE MOURA

DIR-44

Elieilson Cavalcante Fernandes

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5836677 27.01.1997

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

Elias Alves Fernandes e
Maria de Fátima Cavalcante Fernandes

Goiana-PE 11.04.1979

C.N.7524 F.262-V L.07-A Cart.
de Goiana-PE.

Boi. José Urbano Correia do Amaral

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria do Fisco Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

Nº de inscrição
031687304-75

Data de Nascimento
11/04/79



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE
PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a outorga por terceiros, salvo
nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura:
Elieilson Cavalcante Fernandes

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

S
E
R
P
R
O

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 18/06/97



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SEVERINO PEREIRA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA B - 1

CPF: 178.568.124-87

ITAMBÉ/ITAMBÉ
ITAMBÉ-PE
55920-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| CÓDIGO CONTADOR | PERÍODO |
| 0487242020 | 10/2019 |
| DATA DE VENCIMENTO | DATA DE PAGAMENTO |
| 23/10/2019 | 18/11/2019 |
| VALOR A PAGAR | |
| | 102,80 |

| Nº DA NOTA FISCAL | RECEB | PERÍODO |
|------------------------|---------------|------------------|
| 081119840 | UNICA | 10/10/2019 |
| PERÍODO DE FATURAMENTO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 10/10/2019 | 200025973 | 3877574 |

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---|------------|-------------|---------------|
| Consumo Ativo (kWh) | 108,00 | 0,5159952 | 55,75 |
| Acrescimo Pandeja AMARELA | | | 1,15 |
| Acrescimo Bandeda VERMELHA | | | 3,27 |
| Contab. Num. Fáb. de Municipal | | | 6,71 |
| ICMS Subvenção - CE-NE 073947265-15-08-19 | | | 0,78 |
| Multa por atraso - NE 073360417-13-08-19 | | | 1,77 |
| Juros por atraso - NE 073360417-13-08-19 | | | 0,20 |
| PROD-CE-NE 073360417-13-08-19 | | | 2,00 |
| Compensação FIC Mensal 08-19 | | | -0,81 |
| TOTAL DA FATURA | | | 102,80 |

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | |
|--|-----------------|----------|------------------|----------------------|------------|--------------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR | TPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
| 088474 | AT | 13490019 | 157602319 | 34 | 1,00000 | | 108,00 |
| COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | | | | | | | |
| PERÍODO DE FATURAMENTO | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO | Transmissão | R\$ | % | 1,47% |
| OUT-19 | 108 | | | Distribuição (Celpe) | R\$ | 15,38 | 21,87% |
| SET-19 | 108 | | | Perdas de Energia | R\$ | 6,10 | 8,53% |
| AGO-19 | 108 | | | Encargos Setoriais | R\$ | 4,25 | 4,86% |
| Jul-19 | 115 | | | Tributos | R\$ | 3,84 | 3,23% |
| Jun-19 | 108 | | | Total | R\$ | 31,97 | 100% |
| MAI-19 | 107 | | | | | | |
| ABR-19 | 95 | | | | | | |
| MAR-19 | 115 | | | | | | |
| FEB-19 | 105 | | | | | | |
| JAN-19 | 101 | | | | | | |
| DEZ-18 | 92 | | | | | | |
| NOV-18 | 82 | | | | | | |
| OUT-18 | 83 | | | | | | |

INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIAS

ICMS: 1,47%
PIS: 8,53%
COFINS: 4,86%
Tributos: 3,23%

INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIAS

Transmissão: 1,47%
Distribuição (Celpe): 21,87%
Perdas de Energia: 8,53%
Encargos Setoriais: 4,86%
Tributos: 3,23%

| RESPONSABILIDADE E PREVENÇÃO DE OVIOS | | | | TENSÃO NOMINAL | |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| CRATOP | CONSUMO | PREVENÇÃO | PREVENÇÃO | PREVENÇÃO | PREVENÇÃO |
| DIC | 4,00 | 3,5 | 0,85 | 15,78 | |
| FIC | 1,80 | 3,70 | 0,80 | 0,00 | |
| DASC | Limite de 10,00 | Limite de 10,00 | Limite de 10,00 | Limite de 10,00 | Limite de 10,00 |





Eduardo Henrique
Advocacia & Consultoria.

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 031.687.304-75, com endereço na Rua B, nº 11, Itambé, Itambé-PE, CEP: 55920-000.

OUTORGADOS: EDUARDO HENRIQUE GOMES FERREIRA LIMA brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE nº 40.509, com endereço profissional na Rua Walfrêdo Ferreira Lima, Nº10, Centro, Timbaúba-PE, CEP: 55870-000, local onde receberá intimações e notificações de estilo.

PODERES: Confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer, propor quaisquer ações e defender-me nas que me forem propostas, cíveis, reconvir, promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos inclusive de alvarás judiciais, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, firmar compromissos, perante este juízo, e em qualquer instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante e defendendo-a, na condição de reclamada, bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, dando tudo por bom, firme e valioso que este instrumento consta.

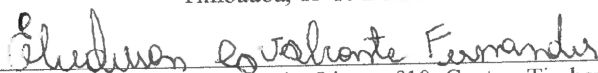
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA.

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES, já qualificado (a) acima, desejando obter os benefícios da "*Justiça Gratuita*", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos do artigo 98 do CPC-05, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

CONTRATO DE HONORÁRIOS

Fica de logo acordado e autorizado pelo(s) Outorgante(s), a retenção de 15% (quinze por cento), a título honorários advocatícios, incidentes sobre a possível totalidade ou parcialidade dos créditos, imóveis ou móveis assegurados aos herdeiros, seja por meio de sentença, acordo ou qualquer forma de liberação.

Timbaúba, 13 de Dezembro de 2019.



Rua Walfrêdo Ferreira Lima, nº10, Centro, Timbaúba-PE

Email: eduardohgff@hotmail.com

Tel: (81) 9-9716-7948 (81) 9-9163-6662.



Miguel Arns

Encaminhamento de: Itambé Para: Ortopedia

Nome: Elie dilson Cavalcante Família Nº: _____

Fernandes

Consulta Médica



Serviço Complementar



Hospitalização



Motivo: Paciente com fratura em re-
gião de tornozelo (tíbio-tárcia) por aci-
dente automobilístico; apresentando fratu-
ra de tíbia ①

Último Tratamento: Senha: 5764275

Assinatura

Dr. Anom Barzão
Médico
CRM PE 24.758

Data

05, 09, 19

Retorno de: _____ Para: _____

Nome: _____ Família Nº: _____

Diagnóstico: _____

Orientação: _____

Assinatura

Data





RECEITUÁRIO

Eduardo Carlos Cardozo

Fluorescente
banda 12000

Receita com lactose de
acordo com o protocolo em
04/09/19, referida futura 12000,
submetido a análise em 18/09/19,
segue em reabilitação.

CIN: 582.3

26/09/19

Carla Regina Gomes Ferreira
Cirurgiã de Orelha, Nariz e Garganta
Medicina Especialista
CRM 14313

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAMBÉ
Secretaria de Saúde
UNIDADE MISTA DR. HERCÍLIO DE MORAES BORBA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Idade: 60

Nº Cartão SUS 71018161016101818121616155 Data de Nascimento: 11/04/19

Nome de Paciente: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima Sexo: M Raça: Pardo

Estado Civil: Casado Nome da Mãe: Luiz de Souza e Lima

Endereço: R. Frei Paulo, 100 n° 55 Bairro: Planalto

Cidade: Itambé CEP: 55100-000 PSF: monday

Data do Atendimento: 05/05/19 Hora da Chegada: 10 h 10 min.

Pré - Consulta: P.A. PESO: 70 PULSO: 70 TEMP. 36,5 GLICEMIA: 100

QUEIXA PRINCIPAL: fratura de tíbia CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: () Vermelha () Amarela () Verde () Azul

ENFERMEIRO DA TRIAGEM: dieta distal Assinatura/Carimbo

QUEIXAS/DIAGNOSTICO: em dois pontos EXAMES COMPLEMENTARES

TRATAMENTO: O Titral 0,5 amp eu @ Acadren 0,5 amp eu

DIAGNÓSTICO: fratura de tíbia PROCEDIMENTO 01: 00100001 PROCEDIMENTO 03: 00100001

MOTIVO DA SAÍDA: 1 - RESIDÊNCIA 2 - INTERNADO PROCEDIMENTO 02: 00100001 PROCEDIMENTO 04: 00100001

ENCAMINHADO: REMOVEDO

ÓBITOS ÀS: 10 MIN DO DIA: 10 / 05 / 19

DATA SAÍDA: 05/05/19 HORA DA SAÍDA: 10 H. 10 MIN.

Assinatura do Paciente ou Responsável: Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima

Assinatura / Carimbo CRM: Dr. Eduardo Henrique Gomes Ferreira Lima

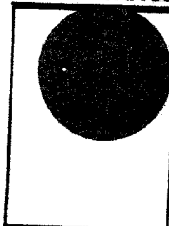


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 05/09/2019 11:59



Nome Paciente: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/04/1979
Sexo: Masculino
Idade: 40 anos
Senha: 0018
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/09/2019 12:51 - 05/09/2019 12:58

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DA UNIDADE MISTA DE ITAMBÉ COM HISTORIA DE TRAUMA EM TORNOZELO APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HÁ MAIS DE 12 HORAS

Observação:

SENHA: 5764275
HAS+ / NEGA DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- FREQUENCIA CARDIACA: 103.00 BPM
- GLICOSE: 107.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

Fernanda Botelho
Enfermeira
COREN-PE 498644

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/09/2019 12:58

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|---|---------------|--------------------------|------------|
| 5 - Nome do Paciente | ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES | | | 6 - Nº Prontuário | 129134 |
| 7 - Cartão Nacional do SUS | 8 - Data de Nascimento | 9 - Sexo | 10 - Raça/Cor | 10.1 - Etnia | |
| 708606088206688 | 11/04/1979 | <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino | 03 - Parda | 0000 - Não Se Aplica | |
| 11 - Nome da Mãe | MARIA DE FATIMA CAVALCANTE FERNANDES | | | 12 - Telefone de Contato | 8199428597 |
| Nome Responsável | MARIA DE FATIMA CORREIA | | | 14 - Telefone de Contato | |
| 15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) | JADIER PEREIRA PONTES, 98 - CENTRO | | | | |
| 16 - Município | 17 - IBGE | 18 - UF | 19 - CEP | | |
| ITAMBE | 260765 | PE | 55920000 | | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos | Paciente encaminhado da unidade mista de ITAMBE, COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA HA 14H, CURSANDO COM DOR + DEFORMIDADE EM OMBRO DIREITO. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS. | | | | |
|--|---|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|----------------------|--|--|--|--|
| 21 - Condições que justificam a internação | TRATAMENTO CIRÚRGICO | | | | |
|--|----------------------|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|--|--|
| 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas | ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|-----------------------|------------------------|-------------------------------|--|--|
| Diagnóstico Inicial / Código | 24 - CID 10 Principal | 25 - CID 10 Secundário | 26 - CID 10 Causas Associadas | | |
| FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA | S823 | V289 | | | |

PROCEDIMENTO SOLICITADO

| | | | | | |
|---|---|--|---|-----------------------------|------------|
| 27 - Descrição do Procedimento Solicitado | TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL | | | 28 - Código do Procedimento | 0408050543 |
| 29 - Especialidade | 30 - Caracter de Atendimento | 31 - Documento | 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente | | |
| CIRÚRGICA | 2 | <input checked="" type="checkbox"/> (X) CNS <input type="checkbox"/> () CPF | 980016277746192 | | |
| Nome do Profissional Solicitante/Assistente | 34 - Data da Solicitação | 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) | | | |
| JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA | 05/09/2019 | Dr. Luiz Rogério Machado Almeida Médico CRM-PE 27665 CRM-BA 33039 | | | |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

| | | | |
|---------------------------------|----------------------|---------------------|------------|
| 36 - () Acidente de Trânsito | 39 - CNPJ Seguradora | 40 - Nº Bilhete | 41 - Série |
| 37 - () Acid. Trabalho Típico | 42 - CNPJ / Empresa | 43 - CNAE / Empresa | 44 - CBOR |
| 38 - () Acid. Trabalho Trajeto | | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|--|--|
| 45 - Vínculo com a Previdência | () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|--|--|

AUTORIZAÇÃO

| | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|--|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador | 47 - Cód. Órgão Emissor | 261910221062-6 | |
| | E260000001 | | |
| 48 - Documento | 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador | | |
| () CNS () CPF | | | |
| 50 - Data da Autorização | 51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) | 261910221063-7 | |
| | Adauto Telino CRM 206717602 Ortopedia e Traumatologia | | |

Código do Laudo: 493846



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 493846 Prontuário: 129134 SAME: 115803 Hora Atend: 13:06 Data Atend: 05/09/2019
Paciente..... : ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES Idade: 40 a
Endereço..... : JADIER PEREIRA PONTES
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : ITAMBE
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA UF.: PE CEP: 55920000
CID Principal..... : - Plano...: PLANO UNICO
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 05/09/2019 Hora Saída : 14:30

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 493846

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 05/09/2019 13:06

Paciente: 129134 ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/04/1979 Idade: 40 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA CAVALCANTE FERNA Nome do Pai: ELIAS ALVES FERNANDES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: JADIER PEREIRA PONTES -

98

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ITAMBE

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente encaminhado de unidade mista do Itambé, com relato de queda de moto há 14h, cursando com dor e deformidade em tornozelo D. Nega comorbidades ou alergias.

Exame Físico

CGP, WTE, mucosa e afeto. MD com deformidade em tornozelo D + ferimento punho, dig. transverso a nível de articulação metacarpo-falangeal D.
Rx: Fr de pilão tibial D

Hipótese Diagnóstica

Fr exposta de pilão tibial D

Prescrição Médica

1) Internamento ao bloco sem banho

2) Dieta zero

3) VPM

Dr. Luiz Rogério Macêdo Gomes
Médico

CRM-PE 27888 CRM-BA 33039

+ Dr. Juliano Machado

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome:

Elieilson C. Mendes

Registro:

129134

Clínica:

antepudie

Enfermaria:

Leito:

Data/Hora

26/09/19

8^e 17.10

Asplenium ~~intense~~ fulva (L.) Presl

Pete here, no greases, F.O. on

~~Cochitaca~~, anda mude - 13, dorsal
R-X pupal pedicels similar on both sides.

Cal - No paper

- Duvan flevstierpse 20 res
- hand 21

hards

Netten Punkt in Vert. von + 0.8 dbar.

~~Cristian P. Rosa Perreira
Cirurgião do Joelho
Medicina Esportiva
CRM 14313~~



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES REG: 129134

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

| | |
|------------------|---|
| DATA/HORA | |
| 5/9/2019 | # SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |
| | # ADMISSÃO |
| 14:05 | PACIENTE ENCAMINHADO DA UNIDADE MISTA DE ITAMBÉ, COM RELATO DE QUEDA DE MOTOCICLETA HÁ 14H, CURSANDO COM DOR + DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS. |
| AO EXAME: | EGB, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. MID APRESENTANDO DEFORMIDADE EM TORNOZELO DIREITO, ALÉM DE FERIMENTO TRANSVERSO E SANGRANTE A NÍVEL DE MALÉOLO MEDIAL DIREITO, COM EXAME NVC PRESERVADO. RX: FX DE PILÃO TIBIAL DIR |
| HD: | FX DE PILÃO TIBIAL DIR |
| CD: | INTERNAMENTO AO BLOCO SEM BANHO |
| | DIETA ZERO |
| | Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes Médico CRM-PE 27680 CRM-BA 33039 |
| | Dr. Juliano Machado |
| 06/09/19 14h | <p>→ 14h</p> <p>Hx = P.M.T. Distal TIBIAL (D)</p> <p>Lo = 05/09 = EXATAMENTE 14h</p> <p>Exame físico sem lesões</p> <p>EGB (suprassu) LOTE</p> <p>MID - Boa (aprox 2cm)</p> <p>q - TC Tórax 23h</p> <p>→ 14h</p> <p>Hx = Aprox / 14h = 0h</p> <p>Exame físico sem lesões no tornozelo</p> <p>EGB (suprassu) LOTE</p> <p>MID - Boa (aprox 2cm)</p> <p>q - TC Tórax 23h</p> <p>→ 14h</p> <p>Hx = Aprox / 14h = 0h</p> <p>Exame físico sem lesões no tornozelo</p> <p>EGB (suprassu) LOTE</p> <p>MID - Boa (aprox 2cm)</p> <p>q - TC Tórax 23h</p> |



HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 05/09/2019

Hora.....: 18:21

Aviso de Cirurgia : 59279

Paciente : 129134

Convênio Atend. : 1

Leito : 692

Dt. Início : 05/09/2019 17:40

Cid Pré-Operatório : S823

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001

SALA 01

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES

SUS - INTERNACAO

VERD2-16

Dt. Fim : 05/09/2019 18:15

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Atendimento : 493888

Carteira :

Idade : 40 Anos

Procedimento: 0408050543

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PILÃO TIBIAL (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

CIRURGIAO
ANESTESISTA15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE**Descrição Cirúrgica :**

HD: FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO

CIRURGIA: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO

CIRURGIÃO: DR JULIANO MACHADO

1º AUXILIAR: GUILHERME BORBA

INSTRUMENTADORA: PIERLA

ANESTESISTA: DRA SYLVIA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SON RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID
3. POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTEREIS
4. APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TORNOZELO DIREITO
5. OBSERVADA BOA REDUÇÃO PELO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
6. CURATIVO ESTERIL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Guilherme Borba Assis
Médico
CRM-PE 27.749

DR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
CRM : 15979

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 18/09/2019
Hora.....: 10:23

Aviso de Cirurgia : 59539 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 129134 ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES Atendimento : 493888
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 83 ORTL-509-LEITO 003 Idade : 40 Anos
Dt. Início : 18/09/2019 08:32 Dt. Fim : 18/09/2019 10:22
Cid Pré-Operatório : S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimento: 0408050608 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

JRGIAO 19797 ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ
ANESTESISTA 9136 JULIO CESAR CAVALCANTI MAIA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA PILAO TIBIAL DIREITO
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR TRANSARTICULAR+ RAFI COM PLACA "T" +PARAFUSOS
CIRURGIÃO:DR ANTONIO QUEIROZ
1º AUXILIAR:DR CAIO FRANCISCO
2º AUXILIAR:DR RENATO HOLANDA
3º AUXILIAR:DR PEDRO CUNHA
ANESTESISTA: DR JULIO MAIA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO DE 7 CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
6. DISSECÇÃO POR PLANOS;
7. PASSAGEM DE 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS 3,5 MM ROSCAS PARCIAIS COM ARRUELA EM MALÉOLO MEDIAL ;
8. INCISÃO DE PELE ANTEROMEDIAL DE 1 CM NA FACE ANTERIOR DO TORNOZELO; PASSAGEM DE 2 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5MM;
9. FIXADO COM PLACA 4,5 MM ESTREITA 3X8 FUROS, FIXADA COM 3 PARAFUSOS ESPONJOSOS (1 ROSCA LONGA E 2 ROSCA CURTA) DISTALMENTE E 3 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMALMENTE, ALEM DE 1 PARAFUSO DE CORTICAL DE TRAÇÃO ;
10. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
11. LIMPEZA COM SF 0,9%;
12. SUTURA POR PLANOS;
13. CURATIVO LOCAL;

Achados Cirúrgicos:

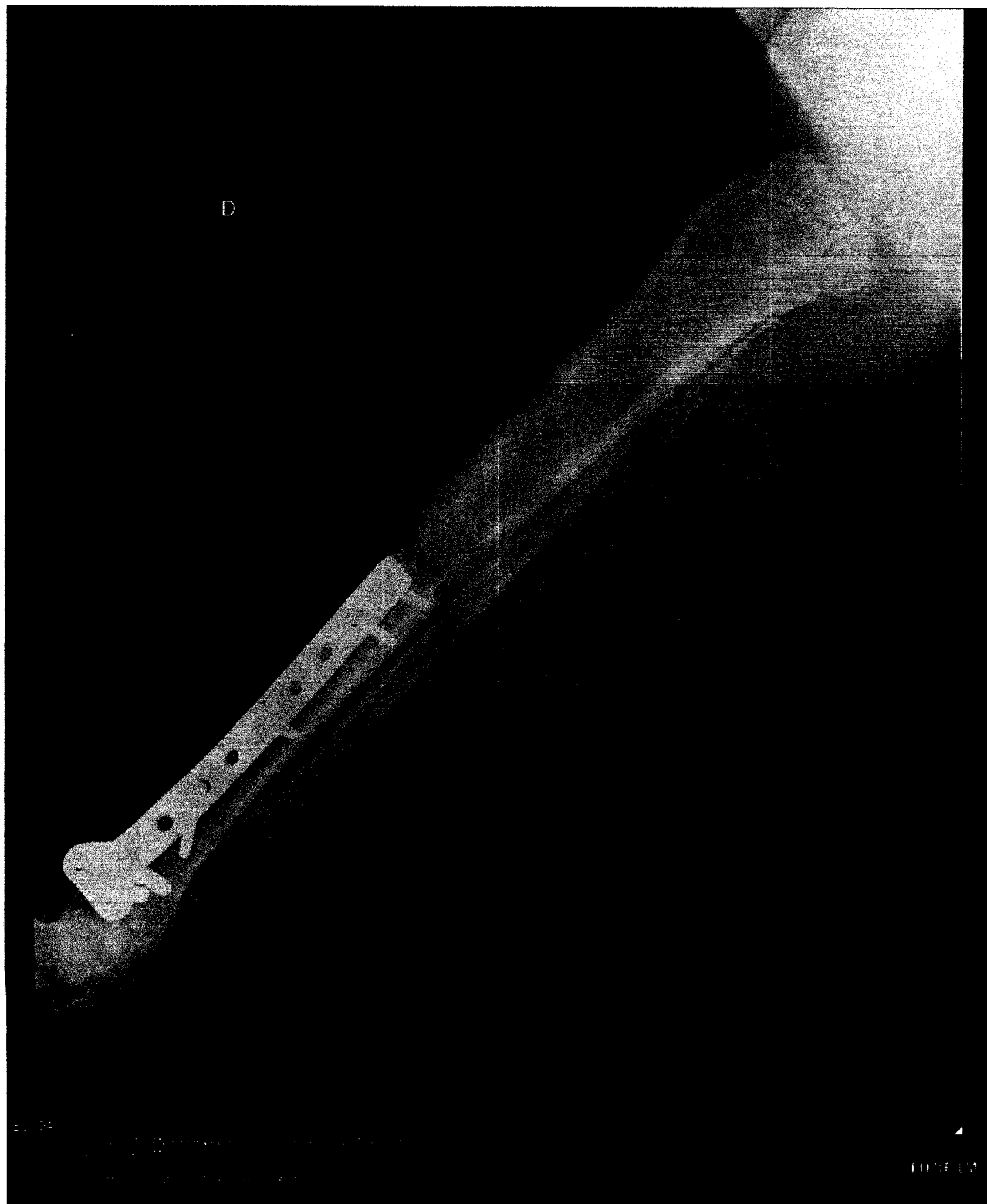
Descrição Complementar

DR(A) :

Dr. Filipe Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 26.698

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





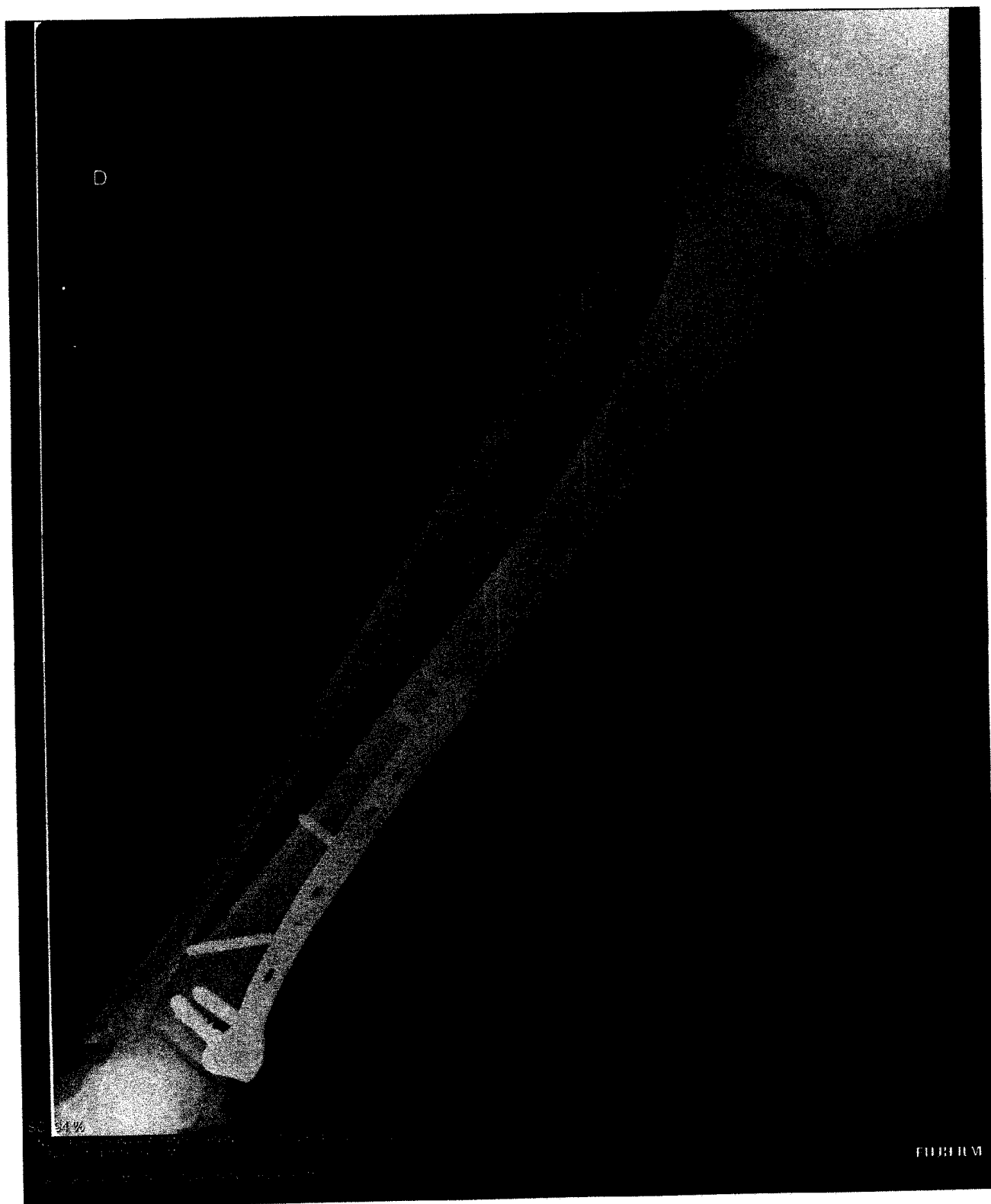
Serviço de Imagem:
Raios X
Tomografia
Endoscopia
mamografia
cardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



www.hospitalmgarraes.org.br






Serviço de Imagem:

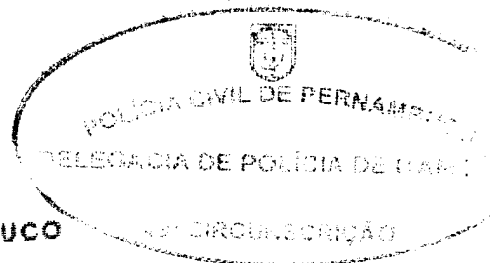
Raios X
Tomografia
Endoscopia
assonografia
cardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617

 hma.imip.org.br



07/11/2019 16:55



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ -
DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0139001399**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/11/2019 às
17:30

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 5/9/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 81, RUA DO
CEMITÉRIO DE ITAMBÉ (PLANALTO) - Bairro: CENTRO -
ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL - ponto de Referência: EM FRENTE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros meios), que estava em posse do(a) Sr(a): ELIEDILSON
CAVALCANTE FERNANDES

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

ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **MARIA DE FATIMA CAVALCANTE FERNANDES** Pai: **ELIAS ALVES
FERNANDES** Data de Nascimento: **11/4/1979** Nacionalidade: **GOIANA / PERNAMBUCO /
BRASIL** Documentos: **5838877/SDS/PE (RG), 03108730475 (CPF)** Escolaridade: **1ª. GRAU
COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares:
- **81398824007**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 98, RUA JADIER PEREIRA PONTES
(PLANATO) - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL,
PROXIMO AO FREI ORLANDO**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: **N D** Pai: **N D**
Data de Nascimento: **1/1/1980** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /
BRASIL** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE ITAMBÉ, 81, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 -
Bairro: CENTRO - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELIEDILSON CAVALCANTE
FERNANDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELIEDILSON CAVALCANTE**



FECHAMENTO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**

1 of 2

07/11/2019 17:02

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/.infopol/xml/BOEPreview.html

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QYA7341** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Registro: **120337179**

Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Descrição: **MARLENE CORREIA DA SILVA**

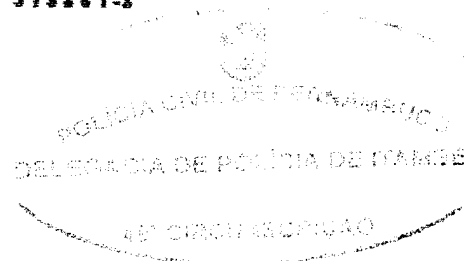
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE SEGUIA NO LOCAL INDICADO QUANDO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEICULO VINDO A SOLO. QUE DO LOCAL DO ACIDENTE A VITIMA FOI PARA SUA RESIDENCIA, E EM SEGUIDA LEVADO PARA O HOSPITAL DE ITAMBÉ ONDE FORAM CONSTATADAS AS LESÕES PELO MÉDICO DR ANOM BARRETO DE CRM/PE 24.752. SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES EM PAULISTA.

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

R. ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES
ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES
(VITIMA)

S.O. registrado por: **JORGE JOSE DE OLIVEIRA** - Matrícula: **319261-3**





Acompanhe o Processo de Indenização

Início do conteúdo

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190663207 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO ELIEDILSON CAVALCANTE FERNANDES
CPF/CNPJ: 03168730475
Posição em 10-12-2019 10:59:15

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 06/12/2019 | R\$ 1.687,50 | R\$ 0,00 | R\$ 1.687,50 |

