

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: Carlos Eduardo da Silva Oliveira, Brasileiro,
Menor de idade, Representado por Eduardo N. Oliveira Silva,
Brasileiro, Solteiro, de Sem Regado, CPF: 802.178.384-04, Residen-
te na Rua Antonio Camilo, Nº 578, Arecibo, Camaragibe - PE.
CEP. 54762-450

OUTORGADOS: **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, advogados, portadores, respectivamente, da OAB/PE n. 22.362 e 28.570, ambos com endereço profissional na Avenida Governador Agamenon Magalhães, nº 4318, sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 50070-160 - Fone: (81) 3445.0715.

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente Instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de 30 % (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, Carlos Eduardo da Silva Oliveira, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife, 20 de outubro de 2019.

Eduardo de Oliveira Silva

Outorgante/Declarante



Identificação da
Vítima.



República Federativa do Brasil

ESTADO DE PERNAMBUCO

Registro Civil das Pessoas Naturais

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL
E TABELIONATO
14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA)
Av. Caxangá, 3.489 - Iputinga
Recife - PE
Titular
João Bosco Vasconcelos
1º Substituto
MUNDO SOBRANTE COM SELO DE
FISCALIZAÇÃO

RECIFE

Maria da Glória Vasconcelos

João Bosco Vasconcelos

Judiciário - Várzea, da Comarca do Recife, Capital do Estado de Pernambuco, em
virtude da Lei etc

NASCIMENTO nº 87444

Certifico que às fls. 131, do livro nº A-81 de
assentamentos de nascimento, foi feito hoje o registro de:

CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

do sexo masculino, nascido em Hospital Barão de Lucena,
Recife - PE, no dia vinte e dois de novembro de dois mil e
dois, às 15:56 horas.

O registrado é filho

da EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA
natural de São Gonçalo (RJ)
e de SANDRA LÚCIA DA SILVA
natural de São Lourenço da Mata (PE)

sendo avós

paternos EVERALDO COELHO DA SILVA
e LINDALVA DE OLIVEIRA SILVA
e maternos JOSÉ DANTAS DA SILVA
e MARIA BARBOSA DE LIMA

Foi declarante o pai .

OBSERVAÇÕES: "Ata gratuito" (Art. 49 da Resolução 131/99
- TJPE)

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

O referido é verdade e dou fé.

Recife, 27 de novembro de 2002

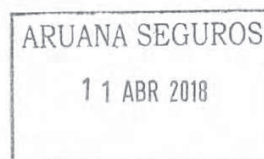
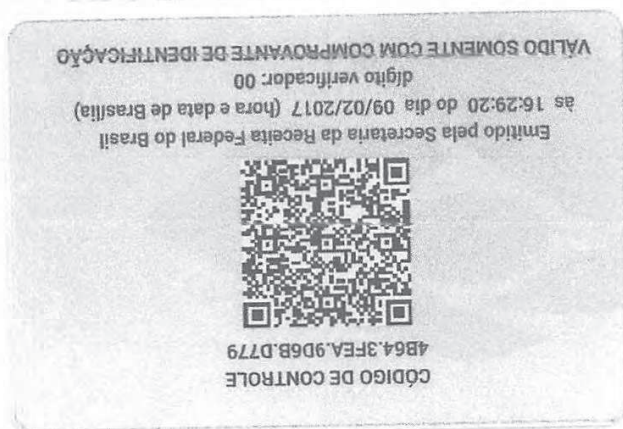
Maria da Glória Vasconcelos
Oficial

Várzea - Iputinga
Recife - PE





ligar p/
LAMS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1219853324

NOME
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4418511 SSP PE

CPF
802.178.184-04

DATA NASCIMENTO
18/10/1975

FILIAÇÃO
EVERALDO COELHO DA
SILVA
LINDALVA DE OLIVEIRA
SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01472647832

VALIDADE
07/01/2019

Pº HABILITAÇÃO
04/10/2000

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador
Eduardo de Oliveira Silva

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
15/01/2016

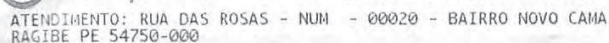
Assinatura do Emissor
17866233614
PE070493154

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1219853324

ARUANA SEGUROS
11 ABR 2018





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DAS ROSAS - NUM - 00020 - BAIRRO NOVO CAMA
RAGIBE PE 54750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 75053193		Fev/2013																												
EVERALDO COELHO DA SILVA R ANTONIO CAMILO, N. 00578 - - AIEIRO CAMARAGIBE PE 54762-45 0 INSCRIÇÃO: 766.125.455.0145.000 GR IPO: 16 DEB. AUTOMÁTICO: 075053193																																
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA																												
HIDRÔMETRO A10B041178	DATA LEIT. ANTERIOR 09/02/2013	DATA LEIT. ATUAL 12/03/2013	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD																													
ÁGUA: LEIT ANT: 360 CONSUMO: 3 LEIT ATU: RECORRÊNCIA TAXA 4 LEIT FAT: 370																																
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO																																
01/2013 03 12/2013 02 11/2017 04 10/2017 04 09/2017 03 08/2017 04 MÉDIA: 03		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PARÂMETRO</th> <th colspan="3">NÚMERO DE AMOSTRAS</th> </tr> <tr> <th>EXIG. PORT. MS 2.914/11</th> <th>ANÁLISES REALIZ.</th> <th>ATENDEN A LEGIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TURBIDEZ</td> <td>73</td> <td>73</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>COR APARENT</td> <td>73</td> <td>73</td> <td>70</td> </tr> <tr> <td>CLORO RESIDUAL</td> <td>73</td> <td>73</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>COLIF. TOTA S</td> <td>73</td> <td>73</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>E. COLI</td> <td>73</td> <td>73</td> <td>73</td> </tr> </tbody> </table>				PARÂMETRO	NÚMERO DE AMOSTRAS			EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS	TURBIDEZ	73	73	73	COR APARENT	73	73	70	CLORO RESIDUAL	73	73	73	COLIF. TOTA S	73	73	73	E. COLI	73	73	73
PARÂMETRO	NÚMERO DE AMOSTRAS																															
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS																													
TURBIDEZ	73	73	73																													
COR APARENT	73	73	70																													
CLORO RESIDUAL	73	73	73																													
COLIF. TOTA S	73	73	73																													
E. COLI	73	73	73																													
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA																																
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO		TOTAL (R\$)																												
ÁGUA																																
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																
CONSUMO DE ÁGUA		3 M3		8,40																												
OBS.: O PREÇO DE 8,40 É O VALOR DE 1 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 3 M3 É O VALOR DE 3 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 8,40 É O VALOR DE 1 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 25,20 É O VALOR DE 3 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 42,00 É O VALOR DE 5 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 58,80 É O VALOR DE 7 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 75,60 É O VALOR DE 9 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 92,40 É O VALOR DE 11 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 109,20 É O VALOR DE 13 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 126,00 É O VALOR DE 15 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 142,80 É O VALOR DE 17 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 159,60 É O VALOR DE 19 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 176,40 É O VALOR DE 21 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 193,20 É O VALOR DE 23 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 210,00 É O VALOR DE 25 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 226,80 É O VALOR DE 27 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 243,60 É O VALOR DE 29 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 260,40 É O VALOR DE 31 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 277,20 É O VALOR DE 33 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 294,00 É O VALOR DE 35 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 310,80 É O VALOR DE 37 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 327,60 É O VALOR DE 39 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 344,40 É O VALOR DE 41 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 361,20 É O VALOR DE 43 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 378,00 É O VALOR DE 45 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 394,80 É O VALOR DE 47 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 411,60 É O VALOR DE 49 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 428,40 É O VALOR DE 51 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 445,20 É O VALOR DE 53 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 462,00 É O VALOR DE 55 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 478,80 É O VALOR DE 57 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 495,60 É O VALOR DE 59 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 512,40 É O VALOR DE 61 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 529,20 É O VALOR DE 63 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 546,00 É O VALOR DE 65 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 562,80 É O VALOR DE 67 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 579,60 É O VALOR DE 69 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 596,40 É O VALOR DE 71 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 613,20 É O VALOR DE 73 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 630,00 É O VALOR DE 75 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 646,80 É O VALOR DE 77 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 663,60 É O VALOR DE 79 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 680,40 É O VALOR DE 81 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 697,20 É O VALOR DE 83 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 714,00 É O VALOR DE 85 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 730,80 É O VALOR DE 87 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 747,60 É O VALOR DE 89 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 764,40 É O VALOR DE 91 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 781,20 É O VALOR DE 93 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 798,00 É O VALOR DE 95 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 814,80 É O VALOR DE 97 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 831,60 É O VALOR DE 99 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 848,40 É O VALOR DE 101 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 865,20 É O VALOR DE 103 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 882,00 É O VALOR DE 105 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 898,80 É O VALOR DE 107 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 915,60 É O VALOR DE 109 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 932,40 É O VALOR DE 111 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 949,20 É O VALOR DE 113 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 966,00 É O VALOR DE 115 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 982,80 É O VALOR DE 117 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1000,00 É O VALOR DE 119 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1016,80 É O VALOR DE 121 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1033,60 É O VALOR DE 123 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1050,40 É O VALOR DE 125 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1067,20 É O VALOR DE 127 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1084,00 É O VALOR DE 129 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1100,80 É O VALOR DE 131 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1117,60 É O VALOR DE 133 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1134,40 É O VALOR DE 135 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1151,20 É O VALOR DE 137 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1168,00 É O VALOR DE 139 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1184,80 É O VALOR DE 141 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1201,60 É O VALOR DE 143 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1218,40 É O VALOR DE 145 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1235,20 É O VALOR DE 147 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1252,00 É O VALOR DE 149 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1268,80 É O VALOR DE 151 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1285,60 É O VALOR DE 153 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1302,40 É O VALOR DE 155 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1319,20 É O VALOR DE 157 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1336,00 É O VALOR DE 159 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1352,80 É O VALOR DE 161 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1369,60 É O VALOR DE 163 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1386,40 É O VALOR DE 165 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1403,20 É O VALOR DE 167 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1420,00 É O VALOR DE 169 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1436,80 É O VALOR DE 171 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1453,60 É O VALOR DE 173 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1470,40 É O VALOR DE 175 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1487,20 É O VALOR DE 177 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1504,00 É O VALOR DE 179 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1520,80 É O VALOR DE 181 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1537,60 É O VALOR DE 183 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1554,40 É O VALOR DE 185 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1571,20 É O VALOR DE 187 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1588,00 É O VALOR DE 189 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1604,80 É O VALOR DE 191 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1621,60 É O VALOR DE 193 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1638,40 É O VALOR DE 195 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1655,20 É O VALOR DE 197 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1672,00 É O VALOR DE 199 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1688,80 É O VALOR DE 201 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1705,60 É O VALOR DE 203 M3 DE ÁGUA. O VALOR DE 1722,40 É O VALOR DE 205 M3 DE ÁGUA																																

VENCIMENTO: 25/03/2018

TOTAL A PAGAR: 8,40

MENSAGEM:

IMÓVEL NÃO POSSUI DÉBITOS DE 2017, EXCETO SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL



SINISTRO 3180304653 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA
SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 71500900443**Posição em 18-06-2019 12:25:52**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

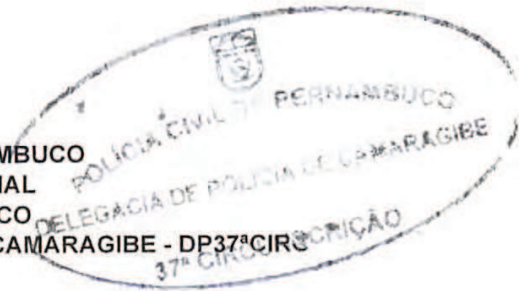
Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/08/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRS
DIM/9ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127001871**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/03/2018** às **18:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/2/2018** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 1** - Bairro: **TIMBI** -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDOS (AUTOR \ AGENTE)
EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA (NOTICIANTE)
CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA (VITIMA) ✓

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**

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

EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LINDALVA DSE OLIVEIRA SILVA** Data de Nascimento: **18/10/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ANTONIO CAMILO, 578 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

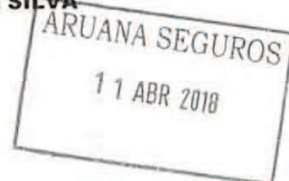
DESCONHECIDOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **22/11/2002** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFU8566** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9CJJC4110CR545481**

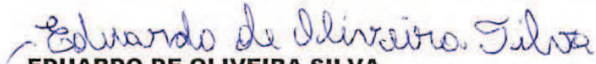


Complemento / Observação

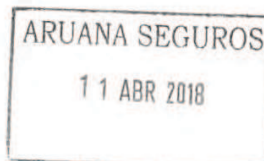
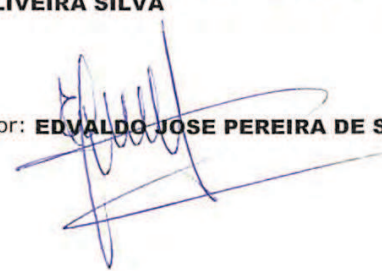


INFORMA QUE TRAFEGAVA NA VIA QUANDO SOFREU UMA TENTATIVA DE ASSALTO E NA FUGA DESEQUILIBROU-SE DA MOTO E CAIU, SOFRENDOS APENAS ESCORIAÇÕES, MAS SEU FILHO (CARLOS EDUARDO) QUE VIAJANA DE CARONA, SOFREU FRATURAS SENDO CONDUZIDO PELO PROPRIO QUEIXOSO AO HGV CONFORME ATENDIMENTO 543246 DATADO DE 13/02/2018, ONDE CITA TODOS OS PROCEDIMEWNTOS MEDICOS.

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


EDUARDO DE OLIVEIRA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE PEREIRA DE SOUZA** - Matrícula: **3811085**



23/03/2018 18:21



~~Norton Nunes~~
~~Medico~~
~~CR.M: 24772~~



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 543246

Prontuário: 903176

Nome: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

Data Nasc.: 22/11/2002

Idade: 15

Sexo: MASCULINO

Cor: 543246

CPF:

RG:

CNS: 898003440166785

Endereço: RUA ANTONIO CAMILO

Bairro: ARIEIRO

Cidade: CAMARAGIBE

CEP: 54756700

Fone: 87036776

Profissão:

Nº: 578

Estado: PE

Nome da Mãe: SANDRA LUCIA DA SILVA

Acompanhante: EDUARDO DE OLIVEIRA (PAI)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: CADASTRO AUTORIZADO PELA ENFERMEIRA CHEFE CRISTIANE (TRIAGEM) PACIENTE QUEIXA-SE DE FERIMENTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 13/02/2018 HORA: 22:14 n Médico:

Queixa Principal / HDA:

paciente vítima de agressão por soco e chute na região da cabeça. Não ferimentos no corpo.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por:Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: Cº

B: Respiratório

M.O. - Ausc. S. 17A Rm = 16m. S.R. = 18% -

C: Circulatório PA: x mmHg Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico

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

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

G=15.



ORTOPEDIA





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

1. Ocorrência da Emergência: 543246

1.1 - Atendimentos em: 13/02/18

1.2 - Às 22 horas e 14 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 903176

2.1 – Internado em: 13/02/18

2.2 - Alta em: 17/02/18

3. Hipótese Diagnóstica: 1) LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR DIREITA E AGRESSÃO POR ARMA DE FOGO.

4. Tratamento: 1) ANALGESIA.

2) TRANSFERIDO PARA OUTRO HOSPITAL.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 14.3.2018

HORA: 13:09:26

PASTA: 01.03.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 543246

Prontuário: 903176

Nome: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

Data Nasc.: 22/11/2002

Idade: 15

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS: 898003440166785

Endereço: RUA ANTONIO CAMILO

Bairro: ARIEIRO

Cidade: CAMARAGIBE

Nº: 578

Estado: PE

CEP: 54756700

Fone: 87036776

Profissão:

Nome da Mãe: SANDRA LUCIA DA SILVA

Acompanhante: EDUARDO DE OLIVEIRA (PAI)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: CADASTRO AUTORIZADO PELA ENFERMEIRA CHEFE CRISTIANE (TRIAGEM) PACIENTE QUEIXA-SE DE FERIMENTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 13/02/2018 HORA: 22:14 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

paciente vítima de agressão por RUA FOLTA 652 com a 2
m de altura. Deje ferimentos no nariz.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura mQueimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: Cº

B: Respiratório

MB - AT 5 17A Rm = 16w SpO2 = 98% ~

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico

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

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

G = 15.



ORTO pedi



E: Abdômen <i>plac, flácido, deprecívolo indolor.</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>① Abcisa p. Am. de LF 22-10-18</i>	
Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados : 1 - Especializados	
Resultado de Exames: <i>or total de hematócrito e fração de glóbulos e plaquetas e $\text{Hb} = 10,5 \text{ g/dl}$</i>	Código Procedimento: <i>Norton Nunes</i> <i>Medico CRM 21771</i>
Tratamento / Procedimentos: <i>1. "rodagem" leve</i> <i>Exercício: 10 minutos; 1x</i>	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento: <i>rem. me. m.</i>
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem: <i>SF 1000 750 225</i> <i>- 564/1000</i> <i>10/2/18 025</i>	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo: <i>1. 10/2/18 025</i>	
Definição do Caso: ☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	Condição de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐	Assist. Social
Observações:	
Autorização para Alta / internamento / Transferência	
Médico: _____ CRM/CRO: _____	Data: _____ Hora: _____
Termo de Responsabilidade Para Internamento :	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data: _____	Nome completo legível: _____
Nº da Identidade: _____	Assinatura: _____
Cadastramento: 13/02/2018 22:14 h SEPHORAFT	impressão: 13/02/2018 22:14 h SEPHORAFT

Norton Nunes
Medico
CRM: 24779

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

COPIA
261810103073-2

Nº DA MÃE: <u>6</u>		CARTÃO SUS:													
CLÍNICA: <u>2 - Aural</u>		ENFERMARIA:	LEITO:												
DATA DE NASCIMENTO: <u>22/11/2002</u>		IDADE: <u>15 anos</u>	Nº DO REGISTRO: <u>903176</u>												
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>luxação aórtico-clavicular à d</u>		PESO:	ALTURA: SEXO: ☐ F: ☒ M:												
COMORBIDADE:															
PROCEDIMENTO SOLICITADO:															
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):															
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>13.02.18</u>		DATA DA ALTA: <u>14.02.18</u>	DIAS DE INTERNAÇÃO:												
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0308010019</u>		CID: <u>5431</u>	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO <u>Ramando Mendonça</u> Médico CRM: 8541												
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA												
1	CIRURGIÃO														
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO														
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO														
4	ANESTESISTA														
5	CLÍNICO														
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS <table border="0"> <tr> <td>☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE</td> <td>☐ HEMODIÁLISE</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ DIÁRIA DE UTI</td> <td>☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</td> <td>☐ USO DE OXIGÊNIO</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>				☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐	☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐	☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐	☐
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ HEMODIÁLISE	☐													
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐													
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐													
☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	☐	☐													
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS															
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:															
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:															
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:															
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA		ÓBTO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:													
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):															
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente															
DATA: <u>14/02/18</u>		MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM													

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX-81.31845800

HGV.1010.V.1.2013.





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: **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**
Nº Registro: 562109 Nº Protuário: 1122572 Sexo: Masculino Idade: 15 ano (s)
Data: 20/02/2018 / 14:45 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
Intervalo: 3

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Luxação acrômioclavicular DIREITA

Diagnóstico pós-operatório: Luxação acrômioclavicular DIREITA

Cirurgia: -Neurólise + Tratamento cirúrgico de luxação acrômioclavicular + Tratamento cirurgico de retração muscular + Tenomiotomia

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Jr

Anestesista: Mauro

Anestesia: Bloqueio de plexo

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) .Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão em tipo "golpe de sabre" do ombro direito. Liberação e tratamento de retração muscular. Dissecção por planos e hemostasia. Tenomiotomia de trapézio e peitoral maior. Identificado o foco de luxação. Neurólise de nervo supraclavicular. Realizado a redução da luxação e fixação com 02 fios ethibond em 01 âncora fixa na base de processo coracóide, e fixação de articulação acromioclavicular com 02 fios de kirschner, com sutura de ligamento acromio-clavicular superior. Tenomiorrafia de músculo peitoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) .Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) .Curativo

Recife, 20/02/2018-14:45

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 20/02/2018 14:47:27.

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Coluna
CRM: PE 16658 / TCO 11111

ARUANA SEGUROS
11 ABR 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

NOME: CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA

DATA: 12/06/2018

LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA FOI INTERNADO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO EM 17/02/18, ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO FISIOTERÁPICO, INICIANDO FASE DE REFORÇO MUSCULAR. APTO PARA RETORNO GRADUAL DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO FÍSICA.
CID: S431

DR. OSVALDO COIMBRA JR.
Ortopedia / Traumatologia
Clín. Ombro e Cotovelo
CRM: 16.658 / TEO: 11251

Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658





Declaro para os devidos fins: Paciente
Carlos Eduardo da Silva Oliveira. Vítima
de acidente de trânsito, sofreu fratura e
luxação acromioclavicular direita, e
mesmo se encontra com dor e limi-
tações.

Dr. Idemir de Araújo
Fisioterapeuta
CREFITO-PE 246205-F

14/06/2018

AVENIDA CONDE DA BOA VISTA, Nº 700 EDIFÍCIO IOBH - 2º ANDAR / SALA 201
BAIRRO: BOA VISTA - RECIFE-PE - CEP: 50.060-002

ARUANA SEGUROS
14 JUN 2018





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **CARLOS EDUARDO DA SILVA OLIVEIRA**, prontuário nº **112.2572**, admitido neste hospital em 17/02/2018 com diagnóstico de Fratura Luxação Acrômio Clavicular Direita, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 21/02/2018.

Recife, 09 de Março de 2018.

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

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

ARUANA SEGUROS

11 ABR 2018

Av. Cruz Cabugá 1563 Santo Amaro - Recife - PE
0.040-000 | CNPJ(MF) 10.889.782/0004-04

Tel/Fax: 81.3412.3800
www.santacasarecife.org.br
diretoriahsa@santacasarecife.org.br

