

PROIBIDO PLASTIFICAR
1683484817



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA, brasileiro, solteiro, barbeiro, portador do RG 8577299 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 097 702 724-42, Rua das Orquideas, 30-Casa, Bairro: Varzea, CEP.: 50810-550- Cidade: Recife, Estado de Pernambuco.

OUTORGADO: CARLA ROCHA LEMOS, brasileira, solteira, advogada, OAB/PE 27 103 D, com endereço profissional à Avenida Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 909, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50060-004

PODERES: O OUTORGANTE confere aos outorgados poderes da cláusula *ADJUDICIA ET EXTRA* para representá-lo perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, firmar e prestar compromisso, requerer, receber e levantar alvarás judiciais, substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato

Recife/PE, 10 de Fevereiro de 2020.


OUTORGANTE





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



1 - LOCAL DO ACIDENTE

AVIRUA: AVENIDA BELMINIO CORREIA PE005	BAIRRO: AREINHA
MUNICÍPIO: CAMARAGIBE	PONTO DE REF.: ESTAÇÃO AREINHA
DATA: 19/08/2019	
II - HORÁRIO:	
II - CLASSIFICAÇÃO	
IV - NATUREZA	
V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA	
VI - CONTROLE DE TRÁFEGO	
VII - IDENTIFICAÇÃO	
APARÊNCIA	
COMPORTAMENTO	
TESTE DO BAFÔMETRO	

II - HORÁRIO:
09:40 OCORRÊNCIA
10:10 ATENDIMENTO
10:24 LIB. DA VIA
11:27 TÉRM. OCOR.

II - CLASSIFICAÇÃO
☐ SEM VÍTIMAS
☒ COM VÍTIMAS
1 Nº DE FERIDOS
☐ Nº DE MORTOS

IV - NATUREZA
☐ ATROPELAMENTO
☐ ABALROAMENTO
☒ COLISÃO
☐ CHOQUE
☐ CAPOTAMENTO
☐ PEDESTRE
☐ LOGINTUDINAL
☐ FRONTAL
☐ OBJETO FIXO
☐ TOMBAMENTO
☐ ANIMAL
☐ TRANSVERSAL
☒ TRASEIRA
☐ VEÍCULO PARADO
☐ OUTROS

V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA
ACID. VERIFICADO
☐ LONGO DA VIA
☐ CRUZAMENTO
☐ VIADUTO
☒ F. DE PEDESTRE
COND. VIA
☒ SECA
☐ MOLHDA
☐ GLEOSA
☐ OUTROS
CONS. DA VIA
☒ PERF. ESTADO
☐ MAL ILUMINADA
☐ MAL CONSERV.
☐ OUTROS
COND. TEMPO
☒ BOM
☐ CHUVOSO
☐ NUBLADO
SEMAFORO
☒ S/DEFEITO
☐ C/ DEFEITO
☐ DESLIGADO
☐ NÃO EXISTE
SINALIZAÇÃO
☐ PERF. ESTADO
☐ NÃO EXISTE
☒ ILEGÍVEL
☐ INCOMPLETA

VI - CONTROLE DE TRÁFEGO
AGENTE
☐ F. DE PEDESTRE
☐ F. DE RETENÇÃO
☒ NÃO HÁ
PLACA "PARE"
☐ PLACA "DE A. PREF."
☒ NÃO HÁ PLACAS
☐ OUTROS
MÃO DE DIREÇÃO
☒ ÚNICA
☐ DUPLA
☐ INGLESA
DIVISÃO DA VIA
☐ FAIXA
☒ CANTEIRO
☐ OUTROS

VII - IDENTIFICAÇÃO
INFRAÇÃO COMETIDA:
CÓDIGO: *****
MARCA/MODELO: **HONDA CIVIC EXL CVT** COR: **BRANCA** ANO: **2017** PLACA/UF: **PDY 3548**
MUNICÍPIO: **RECIFE** CHASSI: **93HFC2640H2129891** RENAVAN: **1128058968**
CONDUTOR: **EDVALDO SEVERINO GONZAGA DA SILVA** GRAU DE INST.: **3º** SEXO: **M** IDADE: **37**
R.G./UF: **6183199 SDS-PE** C.P.F.: ***** CNH Nº: **1107713824**
CNH REGISTRO Nº: **03711002224** UF: **PE** CAT.: **B** VALIDADE: **28/10/2020** HS. DIREÇÃO: *****
LOGRADOURO: **ESTRADA DO BARBALHO** Nº **20** CEP.: *****
BAIRRO: **IPATINGA** CIDADE: **RECIFE** UF: **PE**
PROPRIETÁRIO: **MANOELA ALVES DA SILVA** CPF/CNPJ: **056.297.414-89**
LOGRADOURO: ***** Nº ***** CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: **RECIFE** UF: **PE**
ARRENDAMENTO MERCANTIL: ***** CPF/CNPJ: *****
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****

APARÊNCIA
☒ NORMAL
☐ SOB ESTAFA
☐ ALCOOLIZADO
☐ SOB TÓXICO
COMPORTAMENTO
☒ PERMAN. NO LOCAL
☐ SOCORR. A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ USAVA CAPACETE
TESTE DO BAFÔMETRO
☐ REALIZADO/LOCAL
☐ ENCAM. PARA EXA
☒ NÃO REALIZADO

INFRAÇÃO COMETIDA:
CÓDIGO: *****
MARCA/MODELO: **HONDA CG 150 TITAN EX** COR: **BRANCA** ANO: **2014** PLACA/UF: **ORM 9131**
MUNICÍPIO: **RECIFE** CHASSI: **9C2KC166OERO13236** RENAVAN: **995052760**
CONDUTOR: **DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA** GRAU DE INST.: ***** SEXO: **M** IDADE: **25**
R.G./UF: **8577299 SDS-PE** C.P.F.: ***** CNH Nº: **1683484817**
CNH REGISTRO Nº: **1683484817** UF: **PE** CAT.: **AB** VALIDADE: **01/10/2023** HS. DIREÇÃO: *****
LOGRADOURO: **NÃO COLETADO** Nº ***** CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: ***** UF: *****
PROPRIETÁRIO: **DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA** CPF/CNPJ: **097.702.724-42**
LOGRADOURO: ***** Nº ***** CEP.: *****
BAIRRO: ***** CIDADE: ***** UF: *****
ARRENDAMENTO MERCANTIL: ***** CPF/CNPJ: *****
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****

APARÊNCIA
☐ NORMAL
☐ SOB ESTAFA
☐ ALCOOLIZADO
☐ SOB TÓXICO
COMPORTAMENTO
☐ PERMAN. NO LOCAL
☐ SOCORR. A VÍTIMA
☐ EVADIU-SE
☐ USAVA CAPACETE
TESTE DO BAFÔMETRO
☐ REALIZADO/LOCAL
☐ ENCAM. PARA EXA
☐ NÃO REALIZADO

Confere com o original
19/08/2019 Elizângela S. Silva
Mat. 5725

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE - SESCIMO Diretoria de Trânsito - DT

1417/09/201911:05Plan1



XII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

[illegible]

NOMENCLATURA

A - ÂNGULO
An - ANTERIOR
D - DIREITO
E - ESQUERDO
L - LATERAL
M - MÉDIO
P - POSTERIOR

XII - CROQUIS

XIII - CROQUI

LOCAL DESCAINSTRADO

Confere com o original
17/09/19
Elizângela S. Silva
Mat. 5725

SYMBOLS

- | | |
|---|--------------------|
|  | MARCHE A FRENTE |
|  | ANTES DO ACIDENTE |
|  | APÓS O IMPACTO |
|  | GRUPO FINI |
|  | ANIMA |
|  | VEICULO |
|  | BICICLETA |
|  | PONTO DE IMPACTO |
|  | PEDESTRE |
|  | POSTO |
|  | ARVORE |
|  | ESTERNAÇOS |
|  | MARCAS DE FREIAGEM |
|  | MOTOCICLO |
|  | CARRACA |

XIV - CONCORDO COM O CROQUI ORA APRESENTADO

Y2

Confere com o original
17/09/12 Elizângela S. Silva
/Mat 5725

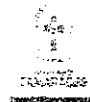
AUTORES DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE B.O.A.T.

Collo S. de Salm





GUARDA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
BRIGADA DE GUARDA DE TRÂNSITO - BGTRAN
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



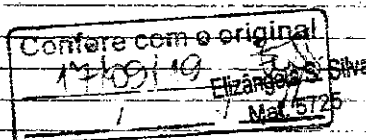
DECLARAÇÃO DO CONDUTOR
ANEXO AO BOAT Nº (315/2019)

O preenchimento ilegível será de responsabilidade do signatário

Descreva abaixo, como ocorreu o acidente:

Eu Eduardo Vinha na PECAE Batedo
Camaragibe estava de uma moto o sinal de
parada eu cheguei a bater na moto
que estava com uma colisão na moto

AVARIAS: Quadro preenchido pelo Agente de Trânsito:



EDUARDO SEVERINO GONZAGA Nº S. 044.663.354-27
Nome do condutor CPF

6183199 205 PM
(Nº RG / Órgão Expedidor)

988457280
Fone

PDY 3548
Placa

19/08/2019
Data

09:40
Hora

PDY 3548

Eduardo S. G. de Silva
Ass. do Condutor

Observação:

- 1) O condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando letra de forma legível;
- 2) O condutor sempre que possível deverá assinar o croqui e as avarias dos respectivos veículos;
- 3) O não cumprimento dos itens acima é de responsabilidade exclusiva dos condutores.





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



CATEGORIA	V1	V2	V3	V4	ESPECIE	V1	V2	V3	V4	TIPO	V1	V2	V3	V4	TIPO CONTINUA	V1	V2	V3	V4
OFICIAL					PASSEIROS	X	X			AUTOMÓVEL	X				CAMINHÃO				
PARTICULAR	X	X			MISTO					CAMINHONETE					ESCOLAR				
ALUGUEL					CARGA					CAMIONETA					MICRO-ÔNIBUS				
REPRESENTAÇÃO					ESPECIAL					TÁXI					MOTOCICLETA		X		
EXPERIÊNCIA					OUTROS					ÔNIBUS					MOTONETA				
															BICICLETA				

MARCAS DE FRENAGEM MEDEM	UNIDADE	V1	V2	V3	V4
RODAS QUE TRAVARAM	METRO(S)				
DIST. PERCORRIDA APOS ACID.	QUANTIDADE				
VELOC. QUE TRANS. (SEC/COND.)	METRO(S)				
VELOC. MAX. PERMIT. P/ LOCAL	Km(S)				
	Km(S)				

DESCRIÇÃO	V1	V2	V3	V4

XII - VITIMAS

1	NOME: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA	IDADE: 25	RG/UF: 8.577.299
	END.: NÃO COLETADO	BAIRRO: N/A	CIDADE: N/A
	OCUPAÇÃO:	GRAU DE INSTRUÇÃO:	
	TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:
	☐ USAVA CAPACETE	☒ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL : UPA DA CAXANGÁ	
2	NOME:	IDADE:	RG/UF:
	END.:	BAIRRO:	CIDADE:
	OCUPAÇÃO:	GRAU DE INSTRUÇÃO:	
	TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:
	☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL :	
3	NOME:	IDADE:	RG/UF:
	END.:	BAIRRO:	CIDADE:
	OCUPAÇÃO:	GRAU DE INSTRUÇÃO:	
	TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:
	☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL :	
4	NOME:	IDADE:	RG/UF:
	END.:	BAIRRO:	CIDADE:
	OCUPAÇÃO:	GRAU DE INSTRUÇÃO:	
	TIPO DE VEÍCULO:	GRAVIDADE:	
	☐ USAVA CINTO	☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA	☐ OUTROS:
	☐ USAVA CAPACETE	☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL :	

Confere com o original
12/09/19
Elizângela S. Silva
Mat. 5725





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



XIII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

EM ANEXO

XIV - CROQUI

EM ANEXO

XVI - DESCRIÇÃO APARENTES DAS AVARIAS

AVARIAS DO V-1: CAPO AMASSADO, FAROL RISCADO LADO ESQUERDO, PARA CHOQUE DIANTEIRO QUEBRADO, GRADE FRONTAL QUEBRADA. AVARIAS DO V-2: CAIXA DO FAROL QUEBRADA, GUIDON EMPENADO, RETROVISOR LADO DIREITO QUEBRADO, CARENAGEM DO TANQUE DE COMBUSTÍVEL ARRANHADA, BANCO DESENCAIXADO, RABETA QUEBRADA, PLACA AMASSADA, SETA TRASEIRA LADO ESQUERDO QUEBRADA, PARALAMA TRASEIRO QUEBRADO, CAIXA DO PAINEL QUEBRADO, PUNHO ESQUERDO QUEBRADO, PUNHO ESQUERDO RASGADO, RODA TRASEIRA QUEBRADA, ALÇA DO PASSAGEIRO QUEBRADA.

OBSERVAÇÕES:

CHEGANDO NO LOCAL DO ACIDENTE UMA ARV-658 DOS BOMBEIROS ESTAVA NO LOCAL SOCCORENDO A VÍTIMA QUE PILOTAVA O V-2. RESPONSÁVEL PELA EQUIPE DO BOMBEIRO SGT. ARAÚJO MAT. 940108-3. DESTINO A UPA DA CAXANGÁ. NÃO FOI INFORMADO O ENDEREÇO DA VÍTIMA SR. DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA DE 25 ANOS. OBS.: A MOTOCICLETA DA VÍTIMA DE PLACA ORM - 9131 FOI ENTREGUE AO SR. JOÃO BATISTA DE ARAÚJO PEREIRA RG 25206, FAMÍLIA DA VÍTIMA. EQUIPE DA BGTRAN - SUB IVANILDO MAT. 0745; GCM CRISTIANO MAT. 5721; VIATURA 02.

XVII - TESTEMUNHAS

1.T - NOME: ***** CPF.N.º: *****
RG.N.º ***** IDADE: ***** OCUPAÇÃO: *****
LOGRADOURO: ***** N.º ***** BAIRRO: *****
CIDADE: ***** CEP: ***** FONE: *****
2.T - NOME: ***** CPF.N.º: *****
RG.N.º ***** IDADE: ***** OCUPAÇÃO: *****
LOGRADOURO: ***** N.º ***** BAIRRO: *****
CIDADE: ***** CEP: ***** FONE: *****

XVIII - NOTIFICAÇÃO

DATA:	MATRÍCULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005721	CRISTIANO SILVA	CONFORME ORIGINAL

XIX - TRIAGEM

DATA:	MATRÍCULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005725	GCM ELIZÂNGELA	Elizângela S. Silva Mat. 5725

XX - DIGITAÇÃO

DATA:	MATRÍCULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/08/2019	0.005725	GCM ELIZÂNGELA	Elizângela S. Silva Mat. 5725

Confere com o original
19/09/19 Elizângela S. Silva
Mat. 5725



UPA SÃO LOURENÇO - SÃO LOURENÇO



Identificação: 1048219

Senha da Classificação:

Data e Hora: 19/02/2019 10:41

Especialidade:

0094

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: ORQUIDEAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ADRIANACCC

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 10:45

Queixa Principal

Pronto de atendimento de moto em via
em movimento colisão com veículo em movimento,
bom, porém com consciência

Exame Físico REGIÃO EPIDERMICA?

EDM - EMER? FUEID A BUNGO,
F

Diagnóstico

Pronto de atendimento com
TCC (TCC)

Abel Correia
Téc. de Especialização
Régio: 0976

Conduta Terapêutica

Pronto de atendimento com
TCC (TCC)

Prescrição Médica - tratamento com TCC

TCC. PINGA de controle
D: PINGA TCC - NO 30 6161-45-45
TCC (TCC) IFA - 1001 500, 9x 30 6161-45-45

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência AMPLIAR DA EM.

Transferido:

Para: Dr. Marcelo Correia
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 10647

HR: 5752039.

Senha:

Carimbo Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



1048219

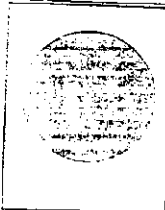


UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/08/2019 10:34



Nome Paciente: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/07/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0094
Convênio:
Atendimento:
SAME:

19/08/2019 10:37 - 19/08/2019 10:38

GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade

NÃO URGENTE - VERDE

Cui

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS VITIMA DE COLISAO , CARRO E MOTO.
ESCORIAÇOES NOS MMSS, MMIL, DOR NO MSD, RELATO DE EPISTAXE , NEGA DESMAIO
OU VOMITO

Observação:

ALERGIA-
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES
- SEM PERDA DA FUNÇÃO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GRACIELLEY MARIA DO MONTE - COREN: 7532 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/08/2019 10:38

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Seam Silva Costa de Souza Registro: _____

Enfermaria: 4022-UTIA Leito: _____

Hora Admissão: _____ Plantão: ☒ DIURNO () NOTURNO DATA: 19/07/2020

Estado Geral ☒ Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta () VO () SNG () SNE () Dieta Zero
Padrão Respiratório () Eupneico () Dispneico
Acesso Venoso ☒ Periférico () Central Local: _____
Curativos () Sim () Não Local: _____
Drenos () Sim () Não Local: _____
Evacuações () Presente () Ausente Aspecto: _____
Diurese ☒ Presente () Ausente () SVD/SVA Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
12	120x80	—	79	—	102		
	120x80	—	73	—	93		

Técnico de Enfermagem: Seam Silva Costa de Souza

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Registro: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Hora Admissão: _____ Plantão: () DIURNO () NOTURNO DATA: ____/____/____

Estado Geral () Regular () Grave () Gravíssimo
Dieta () VO () SNG () SNE () Dieta Zero
Padrão Respiratório () Eupneico () Dispneico
Acesso Venoso () Periférico () Central Local: _____
Curativos () Sim () Não Local: _____
Drenos () Sim () Não Local: _____
Evacuações () Presente () Ausente Aspecto: _____
Diurese () Presente () Ausente () SVD/SVA Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem: _____



INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO

Data: 19/08/2019 Hora: 15:30 Atendimento nº 1048219

Nome Social: — / — Cor: —

Nome Civil: David Kelvin Costa de Souza

Possui alguma deficiência? () Sim (x) Não. Se sim, qual? —

Apelido: — Possui documentação? (x) Sim () Não Idade: 25

Endereço: R- Felício dos Santos, 219 - Varzea - Recife

Ponto de Referência: Estreia

Nome do acompanhante: Keliane Silva de Oliveira

Vínculo com o Usuário: Esposa Tel.: (81) 98792-2585

Vive sozinho () Vive sob o mesmo teto com pessoas da família (x)

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 (x) Não

Qual? —

ATIVIDADE REALIZADA:

Orientações – Normas e Rotinas	()	
Orientações – Direitos Sociais	(x)	Seguro DPVAT
Encaminhamento à Rede Socioassistencial	()	
Encaminhamento à Rede de Saúde	()	
Atendimento Violência	()	
Articulação Externa/Família	()	
Articulação Externa/Rede	()	

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

Remoção p/ o H.R.
Reside com a esposa e filhos em casa alugada.
É barbeiro autônomo. Realizada orientação sobre
necessidade de coleta de material.

Israel Alencar

UPA - SÃO LOURENÇO DA MATA
R. Dr. Teófilo Albino do Rêgo
Assistente Social
CRESS nº 3651 - 4ª Região / PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

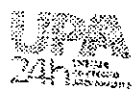
Nome: David Kilian Cruz de Luna

Registro: 1046273

Responsável:

Contato:

[illegible]



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

DATA: 12/02/2020 HORA: 13:35



1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: David Kelvin Lima de Souza

Idade: 25a

Número do Atendimento: 104 8213

Acompanhado por:

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Síndrome de Guillain-Barré

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

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

sem Hx de DM

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

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

5. INTEGRIDADE DA PELE

(X) Normocorado () Hipocorado (X) Adanótico () Cianótico (X) Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Pálpebra () MIMSS () MMII () Anasarca
() ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (X) Consciente () Inconsciente (X) Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: (X) Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miotse () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

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

8. SINAIS VITAIS

(X) Afebril () Febril T. AXILAR= °C FR= IPM Sat O2= 95% (X) Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: () Presentes () Ausentes () Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: () Roncos () Sibilos () Crepitações FC bpm
PA: X mmHg PULSO: () Filiforme () Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: (X) Periférico () Jugular () Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

MSE

DIETA: (X) VO () Acelta bem () Parcialmente () Não aceita ABDOME: (X) Flácido () Tenso () Distendido () Globose () Doloroso () Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: (X) Normal () Constipação () Fístos () Diarréia Nº evacuações Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquida () Meleia () Odor fétido () Odor característico () EMAT: Aspecto: () Hematêmese () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

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

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (X) Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: () Sim () Não FORÇA MOTORA: () Sim () Não () PARESIA Local:





Atendimento: 1048309

Senha da Classificação:

Data e Hora: 19/08/2019 13:47

Especialidade:

0144

Paciente: 317684 DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/07/1994

Idade: 25 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA ANITA OLIVEIRA DA COSTA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - CLINICO

CRM: 4569

Endereço: ORQUIDEAS DAS

30

Bairro: VARZEA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50810550

Usuário Atendimento: ANACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 87007626

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 15:45

Caixa Principal

Paciente politraumatizado com lesão de
epístase, no momento em que estava
Alfaca por. Foi acidentado por atropelamento
ocorrido anteriormente por acidente automobilístico

Exame Físico

Boa, cor, Glasgow 15
Mm 7/8 alterado no momento atual

hipotese Diagnostico

1) + CE? - epístase n/a
2) politraumatismo por acidente automobilístico

Conduta Terapeutica

Rx de face e tórax

Prescrição Médica

1) acetaminofeno 500mg + 100mg 500mg, IV
2) morfina 10mg - 10mg - 10mg IV
3) analgésico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Carimbo/Médico

Uso Triagem:

ALISTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



1048309

Tassiana F. Souza Martins
Enfermeira
COREN - PE 721513



UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/08/2019 13:45



Nome Paciente: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/07/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25
Senha: 0144
Convênio:
Atendimento:
SAME:

19/08/2019 13:46 - 19/08/2019 13:46

WILLIANE MAXIMO DE ALBUQUERQUE - COREN: 413946 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: AVALIACAO DA CLINICA
PACIENTA NA AMARELA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 4

Acolhido(a) por: WILLIANE MAXIMO DE ALBUQUERQUE - COREN: 413946 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/08/2019 13:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO.

NOME: DENILSON ALVES DOS SANTOS IDADE: 25

REGISTRO: 1-12213 DATA: 13/03/13

HDA: 25102 ALV. DO MUR, DOM. DO TUM
2013010110 - SAO LOURENÇO NOROESTE (SI
1-12213) - 2013010110 - 1013010110
CONSIDERAR

EX. FISICO: EXAMEN. COMPLETADO A BRASO (S)
1013010110

EX. COMPLEMENTARES: V X

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Lesão de membro superior
2. Lesão de membro superior
3. Lesão de membro superior

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL:

SENHA: 5152034 DESTINO: 1013010110

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM() NÃO()

JUSTIFICATIVA:

HORA DA SOLICITAÇÃO: MÉDICO SOLICITANTE: Dr. Marcelo Correia
Traumatologia-Ortopedia
CRM: 19647

HORA DA SAÍDA: MÉDICO DA LIBERAÇÃO:

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO:



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE EM TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORIA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA APOIAR-SE EM UM MOLETE PARA O RETORNO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO, PARA AVALIAÇÃO E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 23/08/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 02/09/2019

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019

HORÁRIO: 07:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

JABOATÃO DOS GUARAPES 16/09/2019

MEDICO: LÉONARDO DE JESUS OLIVEIRA



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM _____ SOB CUIDADO MÉDICO E SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORIA CLÍNICA.

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL FUNDOS ALVARO DE CARVALHO - 19.01.2019 - 14.00 HORAS

CID-10: S422 - FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO ÚMERO

DATA DE INTERNAMENTO: 23/08/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 02/09/2019

DATA DE ALTA: 04/09/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 16/09/2019 HORÁRIO: 07:06

MEDICO ASSISTENTE: DR. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

LABORATÓRIO DE FÍSICA - 2018/2019

MEDICO: IFC NAPOLI 1981

Av. General Manoel Ribelo - Nº 126 - Centro - Caboetão - RJ

TELEPHONE: 3482-5889 - WWW.DFPI.ES



Encaminhamento Para Retorno Pós-Cirúrgico

Nome: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Prontuário: 773700

Atendimento: 242369

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Idade: 25 Anos, 1 Mês e 29 Dias

Sexo: Masculino

Médico: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

Dia: 14/10/2019

Hora: 07:00

**Liberar a entrada ao ambulatório de pacientes cirúrgicos e pós-operatórios,
mediante a apresentação desse encaminhamento ambulatorial.**

Procedimento a ser realizado:

RADIOGRAFIA BRACO - DIREITO

**Obs: O Paciente deverá comparecer ao ambulatório
para marcar a consulta.**

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 16 DE SETEMBRO DE 2019

JOAO PAULO DE ANDRADE ROMEIRO

CRM: 27622



DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/1994
ID: 773700

Data de aquis.: 16/09/2019
Hora de aquis.: 08:47:26
Índice de exp.: 1344

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/1994
ID: 773700

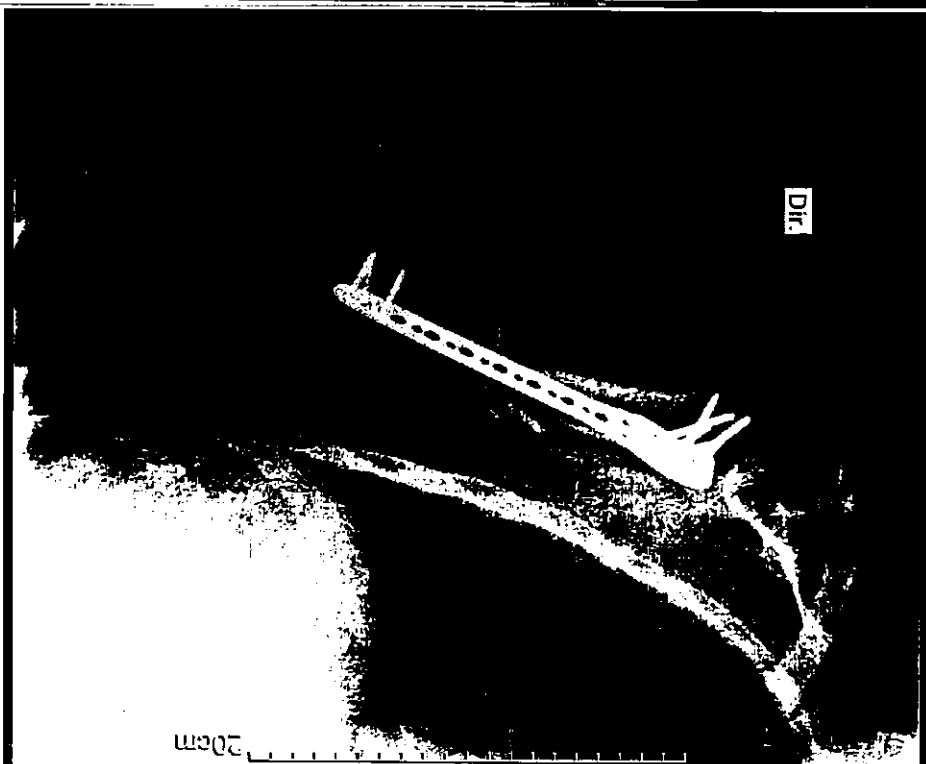
Data de aquis.: 16/09/2019
Hora de aquis.: 08:48:59
Índice de exp.: 1762

OMBRO
AP
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: 66000

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES
Escala: 0,0

OMBRO
LATERAL
W: 4095, L: 2048
ID de técnico: 66000

HOSPITAL JABOATÃO DOS GUARARAPES
Escala: 0,0





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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190718885

Vítima: DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Data do Acidente: 19/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA AUREA LUCENA DE QUEIROZ VEIGA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01929/01930 - carta_04 - INVALIDEZ

00060965



Carta nº 15476077



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 12/02/2020 21:27:25

<https://pje.trf.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021221272539400000056929006>

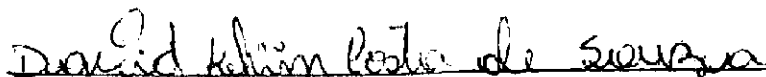
Número do documento: 20021221272539400000056929006

Num. 57880636 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA, brasileiro, solteiro, barbeiro, portador do RG 8577299 SDS/PE, inscrito no CPF sob o n.º 097.702.724-42, Rua das Orquideas, 30-Casa, Bairro Varzea, CEP.: 50810-550- Cidade: Recife, Estado de Pernambuco, por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta efeitos legais.

Recife, 10 de Fevereiro de 2020.



DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA



DECLARAÇÃO

Eu, **DAVID KELVIN COSTA DE SOUZA**, brasileiro, solteiro, barbeiro, portador do RG 8577299 SDS PE, inscrito no CPF sob o n.º 097.702.724-42, Rua das Orquideas, 30-Casa, Bairro Varzea, CEP: 50810-550- Cidade: Recife, Estado de Pernambuco, **DECLARO**, nos termos da Lei nº. 13.105/15, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições de arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Recife/PE, 10 de Fevereiro de 2020.

David Kelvin Costa de Souza

DECLARANTE

