

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: MAICON ITALO GOMES DA SILVA, brasileiro, solteiro, porteiro, portador do RG nº 8.011.396 SDS/PE e do CPF nº 097.744.264-01, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Vista Bela Baixo, nº 44, Timbó, Abreu e Lima/PE, CEP: 53.500-000.

OUTORGADOS: Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF nº 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS, brasileira, divorciada, portadora do RG nº 7.742.986 SSP/PE e do CPF nº 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber valores e dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, autorizando desde já a sua retenção, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 12 de junho de 2020

Outorgante: Maicon Italo Gomes da Silva



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

MAICON ITALO GOMES DA SILVA, brasileiro, solteiro, porteiro, portador do RG nº 8.011.396 SDS/PE e do CPF nº 097.744.264-01, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Vista Bela Baixo, nº 44, Timbó, Abreu e Lima/PE, CEP: 53.500-000. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CIVIL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 12 de junho de 2020

Declarante: x Maicon Italo Gomes da Silva.



Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, MAICON ITALO GOMES DA SILVA,
RG/CNH nº 8.011.386, órgão expedidor: SDS, UF: PE, CPF: 087.744.264-01,
endereço: RUA VISTA BELA BAIXO, nº 44, TIMÓ.

CEP: 53.500-000, cidade de ABREU E LIMA-PE, telefone(s)
(81) 9.9847-3483, **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do
Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s) exercício(s) 2015 a 2018 por não incorrer
em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da
Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

ABREU E LIMA-PE, 12 de JUNHO de 20 20

Maicon Italo Gomes da Silva

Assinatura

* Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na internet, no seguinte endereço eletrônico:

<http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. . 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. . 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. . 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. . 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Art.

. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **097.744.264-01**

Nome: **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **02/12/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/09/2008**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:46:17** do dia **07/01/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **B3D3.5E47.28E7.6981**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA																																																																																							
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA, RECIFE, PERNAMBUCO CEP 50060-902 CNPJ 10.835.932/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93	 CELPE www.celpe.com.br	Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 2003 COMERCIAL 116 PRONTI Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 ; Ouvidoria 0800 ; Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefone Agência Nacional de Energia Elétrica 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e																																																																																					
DADOS DO CLIENTE RAQUEL SEVERINO DOS SANTOS CPF: 329.104.014-72	DATA DE VENCIMENTO 20/12/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 13/12/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 13/12/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 087976241	CONTA CONTRATO 001067196011 Nº DO CLIENTE 2002330873 Nº DA INSTALAÇÃO 000004046																																																																																				
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA VISTA BELA BAIXO 44 TIMBOABREU E LIMA 53500-000 ABREU E LIMA PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico RESERVADO AO FISCO 77A0.8499.7966.BFB6.C5B0.BC38.7812.5B49																																																																																						
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.celpe.com.br																																																																																							
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>QUANTIDADE</th> <th>PREÇO</th> <th>VALOR (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>267,00</td> <td>0,76727874</td> <td>202,19</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira AMARELA</td> <td></td> <td></td> <td>1,99</td> </tr> <tr> <td>Acréscimo Bandeira VERMELHA</td> <td></td> <td></td> <td>9,09</td> </tr> <tr> <td>Contrib. Ilum. Pública Municipal</td> <td></td> <td></td> <td>32,02</td> </tr> <tr> <td>ICMS Subvenção-CDE-NF 080258954-10/10/19</td> <td></td> <td></td> <td>1,84</td> </tr> <tr> <td>TOTAL DA FATURA</td> <td></td> <td></td> <td>246,93</td> </tr> </tbody> </table>	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	Consumo Ativo(kWh)	267,00	0,76727874	202,19	Acréscimo Bandeira AMARELA			1,99	Acréscimo Bandeira VERMELHA			9,09	Contrib. Ilum. Pública Municipal			32,02	ICMS Subvenção-CDE-NF 080258954-10/10/19			1,84	TOTAL DA FATURA			246,93	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Tarifas Aplicadas</th> <th colspan="2">HISTÓRICO DO CONSUMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Consumo Ativo(kWh)</td> <td>0,54933000</td> <td>DEZ 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>NOV 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>OUT 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>SET 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>AGO 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUL 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JUN 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAI 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>ABR 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>MAR 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>FEV 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>JAN 19</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>DEZ 18</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>			Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		Consumo Ativo(kWh)	0,54933000	DEZ 19	2			NOV 19	2			OUT 19	2			SET 19	2			AGO 19	2			JUL 19	2			JUN 19	2			MAI 19	2			ABR 19	2			MAR 19	2			FEV 19	2			JAN 19	2			DEZ 18	2
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)																																																																																				
Consumo Ativo(kWh)	267,00	0,76727874	202,19																																																																																				
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,99																																																																																				
Acréscimo Bandeira VERMELHA			9,09																																																																																				
Contrib. Ilum. Pública Municipal			32,02																																																																																				
ICMS Subvenção-CDE-NF 080258954-10/10/19			1,84																																																																																				
TOTAL DA FATURA			246,93																																																																																				
Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO																																																																																					
Consumo Ativo(kWh)	0,54933000	DEZ 19	2																																																																																				
		NOV 19	2																																																																																				
		OUT 19	2																																																																																				
		SET 19	2																																																																																				
		AGO 19	2																																																																																				
		JUL 19	2																																																																																				
		JUN 19	2																																																																																				
		MAI 19	2																																																																																				
		ABR 19	2																																																																																				
		MAR 19	2																																																																																				
		FEV 19	2																																																																																				
		JAN 19	2																																																																																				
		DEZ 18	2																																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="8">INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</th> </tr> <tr> <th colspan="3">ICMS</th> <th colspan="2">PIS</th> <th colspan="3">COFINS</th> </tr> <tr> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> <th>VALOR DO IMPOSTO</th> <th>BASE DE CÁLCULO</th> <th>%</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>213,27</td> <td>25,00</td> <td>53,31</td> <td>213,27</td> <td>0,44</td> <td>0,93</td> <td>213,27</td> <td>2,02</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>4,30</td> </tr> </tbody> </table>				INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								ICMS			PIS		COFINS			BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	213,27	25,00	53,31	213,27	0,44	0,93	213,27	2,02								4,30																																												
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS																																																																																							
ICMS			PIS		COFINS																																																																																		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%																																																																																
213,27	25,00	53,31	213,27	0,44	0,93	213,27	2,02																																																																																
							4,30																																																																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="10">DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL</th> </tr> <tr> <th>NÚMERO DO MEDIDOR</th> <th>TIPO DA FUNÇÃO</th> <th>ANTERIOR</th> <th>ATUAL</th> <th>Nº DIAS</th> <th>CONSTANTE</th> <th>AJUSTE</th> <th>CONSUMO kWh</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th>DATA</th> <th>LEITURA</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>000000003181218648</td> <td>CAT</td> <td>11/11/2019</td> <td>2.932,00</td> <td>13/12/2019</td> <td>3.199,00</td> <td>32</td> <td>1,00000</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>267,00</td> </tr> </tbody> </table>				DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL										NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh			DATA	LEITURA	DATA	LEITURA			000000003181218648	CAT	11/11/2019	2.932,00	13/12/2019	3.199,00	32	1,00000								0,00								267,00																																		
DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL																																																																																							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh																																																																																
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA																																																																																		
000000003181218648	CAT	11/11/2019	2.932,00	13/12/2019	3.199,00	32	1,00000																																																																																
							0,00																																																																																
							267,00																																																																																
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 10/01/2020																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES</th> </tr> <tr> <th>DESCRIÇÃO</th> <th>CONJUNTO</th> <th>VALOR APURADO</th> <th>MET MENSAL</th> <th>MET TRES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DIC-Nº de horas sem Energia</td> <td>CRUZ DE REDOUCAIS</td> <td>2,67</td> <td>5,19</td> <td>10,38</td> </tr> <tr> <td>FIC-Nº de vezes sem Energia</td> <td></td> <td>1,00</td> <td>3,30</td> <td>6,60</td> </tr> <tr> <td>DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua</td> <td></td> <td>2,67</td> <td>2,94</td> <td>6,90</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DICR-Duração de Interrupção em dia crítico</td> <td colspan="3">Limite DICR: 12,2</td> </tr> <tr> <td colspan="5">ELSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 79,66</td> </tr> <tr> <td colspan="5">*Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer</td> </tr> </tbody> </table>				DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MET MENSAL	MET TRES	DIC-Nº de horas sem Energia	CRUZ DE REDOUCAIS	2,67	5,19	10,38	FIC-Nº de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,60	DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		2,67	2,94	6,90	DICR-Duração de Interrupção em dia crítico		Limite DICR: 12,2			ELSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 79,66					*Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer																																																
DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES																																																																																							
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MET MENSAL	MET TRES																																																																																			
DIC-Nº de horas sem Energia	CRUZ DE REDOUCAIS	2,67	5,19	10,38																																																																																			
FIC-Nº de vezes sem Energia		1,00	3,30	6,60																																																																																			
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		2,67	2,94	6,90																																																																																			
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico		Limite DICR: 12,2																																																																																					
ELSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 79,66																																																																																							
*Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4">NÍVEIS DE TENSÃO</th> </tr> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th> <th>LIMITE DE VARIAÇÃO</th> <th>MÍNIMO</th> <th>MÁXIMO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>220</td> <td></td> <td>202</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				NÍVEIS DE TENSÃO				TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	MÍNIMO	MÁXIMO	220		202																																																																									
NÍVEIS DE TENSÃO																																																																																							
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO	MÍNIMO	MÁXIMO																																																																																				
220		202																																																																																					
INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você karmella bolsas calçados e ac: av. brasil 33 centro / pop farma: av duque de caxias 590 centro Lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.																																																																																							
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA																																																																																							





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



098762

Número

Série 000051



Malcom Italo Gomes da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Malcom Italo Gomes da Silva

Loc. Nascimento Recife Est. PE Data 02/12/92

Filiação Izaias Gomes da Silva

Raquel Severino Santos da Silva

Doc. Nº RG 8.011.396 SDS-PE, Exp: 22.02.06

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. Nº

Exp. em Estado

Obs.:

Data Emissão 19/03/09 SRTE Alameda Lima-PE

Elaine Karla R. de Souza
Assinatura do Funcionário
Mat. 500083



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....
 CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....

 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....
 CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de

 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DÍM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0117000728

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/03/2020** às **10:20**

Complementa o BO Número: **20E0117000727**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **20/12/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR\ AGENTE)
MAICON ITALO GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**
OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**

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

MAICON ITALO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RAWUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA Pai: IZAIAS GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 2/12/1992 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8011398/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: 81864861379

Endereço Residencial: **RUA DO CARVAO, 44 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA BELA VISTA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON ITALO GOMES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

/Policia civil/Infopol/xml/BOEPreview.html

BMXZUZU

EXIBIR DE AUTENTICAÇÃO

Placa: **OYN2071** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **102381576** Chassi: **9C2PC4710ER000491**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GAS**

BURACO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

VEWM O QUEIXOSO ALEGAR QUE TRANSITAVA NO CENTRO DESTA CIDADE EM SUA MOTO QUANDO PERDEU O CONTROLE E CAIU EM UM BURACO E FRATUROU O JOELHO DIREITO.

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

X Maicon Italo Gomes da Silva
MAICON ITALO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO ROSA** - Matrícula: **152536-0**



SECRETARIA DE SAÚDE SERVIÇO DE URGÊNCIA SAMU 192

DECLARAÇÃO

Abreu e Lima, 27 de fevereiro 2020.

Declaramos que baseada na ficha de ocorrência de número 724347 no dia 20 de dezembro, Maycon Italo Gomes da Sila RG: 8011.396 SDSPE, CPF:097.744.264-01 foi atendido pelo nosso serviço de atendimento móvel de urgência SAMU Abreu e Lima por volta da 20:52 hs, vítima de queda de moto, no bairro alto da bela vista, nas proximidades da clínica Dr. Davi Victor, na cidade de Abreu e Lima, Sendo em seguida removido para UPA de Igarassu.

Alice Maria Jorge Amaro,
Coordenação do SAMU

Alice Maria Jorge Amaro
Coordenadora SAMU - Abreu e Lima
CORRETORE 583594





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 20E0117000727

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/03/2020** às **10:14**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **20/12/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA, 1 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
MAICON GOMES DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON GOMES DA SILVA**
OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **MAICON GOMES DA SILVA**

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

MAICON GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: RAWUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA Pat: IZAIAS GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 2/12/1992 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8011386/SDE/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Telefones Celulares: - 81984861379

Endereço Residencial: **RUA DO CARVAO, 44 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA BELA VISTA - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MAICON GOMES DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): MAICON GOMES DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYN2071 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **102381576** Chassi: **9C2PC4710ERO00491**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GAS**

Polícia civil/Intopol/mi/BOEPreview.html



BURACO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):
MAICON GOMES DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

VEWM O QUEIXOSO ALEGAR QUE TRANSITAVA NO CENTRO DESTA CIDADE EM SUA MOTO QUANDO PERDEU O CONTROLE E CAIU EM UM BURACO E FRATUROU O JOELHO DIREITO.

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

Maicon F. Gomes da Silva
MAICON GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: FERNANDO ROSA - Matrícula: 152536-0

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/12/2019 15:20

	Nome Paciente:	MAICON ITALO GOMES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	02/12/1992
	Sexo:	Feminino
	Idade:	27 anos
	Senha:	0109
	Convênio:	-
Atendimento:		
SAME:		

Período: 20/12/2019 15:21 - 20/12/2019 15:21

MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA EM MID
CHEGA COM SAMU ABREU E LIMA

Observação: ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EDUARDA GONÇALVES MACIEL BERINGUEL - COREN: 417815 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/12/2019 15:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 17/06/2020 10:00:17

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061710001784800000062454386>

Número do documento: 20061710001784800000062454386

Num. 63625364 - Pág. 1

Atendimento: 1167050

Senha da Classificação:

0109

Data e Hora: 20/12/2019 15:27

Paciente: 356889 MAICON ITALO GOMES DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social: Cor: Parda Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO
Data do Nascimento: 02/12/1992 Idade: 27 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: RAQUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA Nome do Pai: IZAIAS GOMES DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA DO CARVAO -- 44 Bairro: ALTO DA BELA VISTA
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 53515000 Usuário Atendimento: EDNALVACSRB
RG (Identidade): 8011396 SDS/PE Data de Emissão: 22/02/2006 CNS: 706401144591783
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 98473483
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

FATURADO

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmhg
DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

*Prisão de dor no joelho
+ dor no tornozelo*

EXAME FÍSICO:

*Prisão no joelho e tornozelo
lado direito*

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

*Prisão de dor no joelho /
tornozelo do lado direito + 18h*

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

*Prisão de dor no joelho e tornozelo
lado direito*

Médico / Cremepe:

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

Médico / Cremepe:

*Prisão de dor no joelho e tornozelo
lado direito*



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

20/12/19 às 18:05. Paciente admitido na sala amarela, consciente, orientado, afeto, responde adequadamente a perguntas, não apresenta queixas. Médico do CEM. Signe em unidade de enfermaria. Ag. transf. para o HMA.

[Assinatura]

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição

() TRANSFERÊNCIA

LOCAL:

SENHA:

() ÓBITO

Data:

20/12/19

ÀS

[Assinatura]

ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Médico / Crémepo:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Marcos Fábio Pereira Registro: _____

Responsável: Julia Contato: _____

Data/Hora	21/12/19	Ortopedia
		HID: Fract. de espelho fibular D + Fract. de ZCDD
		Paciente segue estável. segue internamento.
		Mandatos policiais Superioridade Agua da fratura
		Dr. Thiago Ortopedia e Traumatologia CREMEPE 24.819
21/12/19	19(8:50)	Paciente é transferido para HMA em ambulância da Unidade, com técnicos de enfermagem Enfermeira Danielle Alves COREN 133786



Escala de Morse para Prevenção de Quedas

Nome do paciente: Maicon Italo G. da Silva Registro: _____ Data da avaliação: 30/12/19

	CATEGORIA	Sim/Não	Score	Pontuação
1	Histórico de queda (há no máximo 3 meses)	Não	0	
		Sim	25	
2	Diagnóstico Secundário	Não	20	
		Sim	15	
3	Auxílio para deambular			
	Sem auxílio/ Acamado/ Auxílio da enfermagem	Sim	0	
	Muletas/ Bengala/ andador	Sim	15	
	Deambula segurando nos móveis	Sim	30	
4	Acesso Venoso	Não	0	
		Sim	20	
5	Movimentação do paciente / transferência			
	Normal/ repouso no leito	Sim	0	
	Debilidade	Sim	10	
	Prejudicada (restrito ao leito)	Sim	20	
6	Estado Mental			
	Orientado para as próprias capacidades	Sim	0	
	Superestima/ esquece as próprias limitações	Sim	15	
	Pontuação Total		45	

Nível de Risco	Score da Escala de Morse	Ações
Sem Risco	0-24	Intervenções de Prevenção Universal de Queda
Baixo Risco	25-50	Intervenções para Prevenção de Queda
Alto Risco	>51	Intervenções de Prevenção para Alto Risco de Queda

Enfermeiro (a)



ESCALA DE BRADEN
AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO - Adulto

Nome do paciente: Maicon Italo G. da Silva Registro: _____ Data da avaliação: 20/12/17

Percepção Sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai, nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, exceto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta déficit sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Umidade Nível de exposição da pele à umidade	1. Pele constantemente úmida: A pele mantém-se sempre úmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada umidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito úmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, úmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente úmida: A pele está por vezes úmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente úmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Atividade Nível de atividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.	

Alto Risco: < 12 Risco Moderado: 13 - 17 Sem Risco: > 18

Pontuação Total 93

ENFERMEIRO: _____



 PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO	 UPA 24h UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO IGARASSU SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA	GESTÃO  IMIP
--	--	--

DATA: 20/12/19 HORA: 18:05

1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: <u>Maicon Italo G. da Silva</u>	Idade: <u>27</u>	Nº do atendimento: _____
Procedência: _____	Acompanhado por: _____	

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

<u>Trauma MIB</u>

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

☐ Alergias Quais: _____ ☐ Depressão ☐ Câncer ☐ Doenças pulmonar ☐ Outras _____	☐ Tabagismo ☐ Etilismo ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Epilepsia
--	---

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

☐ Normocorado ☐ Hipocorado ☒ Acianótico ☐ Cianótico ☒ Anictérico ☐ Ictérico ☐ Pele fria ☐ Pele úmida ☐ Reações Alérgicas ☐ EDEMAS ☐ Face ☐ Pálpebra ☐ MMSS ☐ MMII ☐ Anasarca ☐ ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: _____

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Toporoso ☐ Sedado ☐ Olho esquerdo ☐ Normais ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Estrabismo ☐ Midríase ☐ Miose ☐ Fotorreagente	PUPILAS: ☐ Olho direito
--	--

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo ☐ Chorooso ☐ Irritado ☐ Sonolento ☐ Ansioso ☐ Agitado
--

8. SINAIS VITAIS

☐ Afebril ☐ Febril T. AXILAR = _____ °C FR _____ lpm Sat O2= _____ % ☐ Eupneico ☐ Dispneico ☐ Traqueostomia ☐ Entubado MURMÚRIOS VESICULARES: ☐ Presentes ☐ Ausentes ☐ Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Crepítantes FC _____ bpm PA: _____ X _____ mmHg PULSO: ☐ Filiforme ☐ Cheio ☐ Rítmico ☐ Ausente ACESSO VENOSO: ☐ Central Jugular ☐ Central Subclávia. ☐ Periférico LOCAL: <u>MIB</u>
--

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ☒ VO ☐ Aceita bem ☐ Parcialmente ☐ Não aceita ☐ SNG ☐ SNE ABDOME: ☐ Flácido ☐ Tenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Plano ☐ Doloroso ☐ Acítico ☐ Gravidico EVACUAÇÃO: ☐ Normal ☐ Constipação ☐ Flatos ☐ Diarréia Nº evacuações _____ Aspecto: ☐ Normal ☐ Mucoso ☐ Líquida ☐ Melena ☐ Odor fétido ☐ Odor característico ÊMASE Aspecto: ☐ Hematêmase ☐ com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ☒ Presente Aspecto: _____ ☐ Ausente ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ SVA ☐ Cistotomia ☐ Irrigação ☐ Anúria ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ☒ Ativa ☐ Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ☐ Sim ☐ Não FORÇA MOTORA: ☐ Sim ☐ Não ☐ PARESIA Local: _____ ☐ AMPUTACAO Local: _____ ☐ GESSO Local: _____ ☐ TALA GESSADA Local: _____ Outros: _____

12. OBSTETRÍCIA

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



1. () Padrão respiratório prejudicado	() Manter decúbito elevado a _____ graus. () Aspirar VAS com técnica asséptica S/N () Comunicar alterações da frequência respiratória () Outros:	
2. Dor () Crônica (x) Aguda	() Anotar localização e as características da dor () Aplicar escala de dor (0 a 10) () Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação () Outros:	
3. () Instabilidade de pressão arterial	() Aferir pressão arterial a cada ____/____ h () Manter decúbito no leito a _____ graus () Outros:	
4. () Edema Local: _____	() Descrever características do edema () Registrar presença de inflamação / infecção () Outros:	
5. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de ____/____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 35^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,7^{\circ}\text{C}$ () Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia () Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia () Outros:	
6. Glicemia Prejudicada () Diminuída () Aumentada	() Aferir e registrar HGT de ____/____ h () Outros:	
7. () Náuseas	() Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições	
8. () Vômitos	() Registrar e comunicar frequência e características do vômito	
9. () Diarréia	() Registrar frequência e aspecto da diarreia () Outros:	
10. () Integridade da pele prejudicada	() Registrar e comunicar alterações na integridade da pele	
11. () Risco para lesão	() Realizar higiene íntima após eliminações () Manter lençóis limpos secos e esticados () Diminuir pressão nas proeminências ósseas () Outros:	
12. () Depressão	() Manter vigilância constante	
13. () Uso de álcool	() Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente () Manter grades elevadas () Realizar contenção no leito SN () Outros:	
14. () Risco para aspiração	() Manter decúbito a 45° () Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação () Outros:	
15. () Risco para infecção	() Evitar manuseio excessivo do paciente () Anotar e comunicar alteração de temperatura $>37,7^{\circ}\text{C}$ () Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos () Outros:	
16. (x) _____	(x) SNG (x) SNE () _____ () _____ () Outros:	

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica
FC- Frequência Cardíaca
DUM- Data da última menstruação
VAS - Via Aérea Superior

MMSS- Membros Superiores
VO - Via Oral
IG- Idade Gestacional

MMII- Membros inferiores
SVD- Sonda vesical de demora
SNG- Sonda Nasogástrica

FR- Frequência respiratória
SVA- Sonda vesical de alívio
SNE- Sonda Nasoenteral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO

Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO

Técnico / Auxiliar / COREN - DIURNO

Técnico / Auxiliar / COREN - NOTURNO



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 17/06/2020 10:00:17

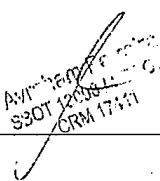
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061710001784800000062454386>

Número do documento: 20061710001784800000062454386

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()		SENHA <u>5341775</u>
IDENTIFICAÇÃO Nome do Paciente: <u>WILLIAM T. SOLOMONSON ALV</u> Idade: <u>42</u> Sexo: M (x) F () Profissão: _____ Fone: _____ Endereço Residencial: _____ Bairro: _____ Cidade: _____		
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 () Quada: () 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>Prontidão de atendimento de emergência</u> <u>com queixa de dor no abdômen e náusea</u> <u>desde o dia 17/06/2020</u> Hipótese Diagnóstica: <u>Infarto do miocárdio</u> <u>na parede anterior</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



EXAME NEUROLÓGICO		
Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()		
Escala de Coma de Glasgow (ECG) ABERTURA OCULAR Abertura Ocular Espontânea 4 Abertura Ocular a Voz 3 Abertura Ocular a dor 2 Sem abertura ocular 1	RESPOSTA VERBAL Orientado 5 Confuso 4 Resposta Inapropriada 3 Sons Incompreensíveis 2 Sem resposta Verbal 1	RESPOSTA MOTORA Obedece ao comando 6 Localiza Estímulo Doloroso 5 Retirada ao Estímulo Doloroso 4 Descorticação 3 Descerebração 2 Sem resposta motora 1
TOTAL DE PONTOS ECG: _____		
Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial () Dificuldade na fala () Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()		Classificação TCE pela ECG ECG 3-8: TCE Grave ECG 9-13: TCE Moderado ECG 14-15: TCE Leve
NATUREZA DA LESÃO		
Presença de sangramento externo: S () N () Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N () Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()		
USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS		
Usou álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros () Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor () Usou outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros () Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()		
CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO		
Imobilização da Coluna Cervical: S () N () Imobilização Tala Gessada: S () N () Antibióticoterapia: S () N () Especificar: _____ Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP () Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N () Entubação Orotraqueal: S () N () Ventilação Mecânica: Modalidade _____ FIO2: _____	Reanimação Cardiopulmonar: S () N () RX: S () N () Analgesia: S () N () Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____ Volume de Fluidos Infundido: _____ Outras Condutas: _____ Intercorrências: _____ <i>Diagnóstico / prognóstico</i> <i>fratura pélvis /</i> <i>fratura</i> <i>MI - 310</i>	
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA		
<i>problemas osteomusculares</i>		
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO		
Hospital para onde foi encaminhado: _____ Hora: _____ Médico Regulador: _____ Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()		
Local e data: <u>10/12/19</u>		Médico Assistente: _____  Assinatura eletrônica do médico S30T 12/2019 CRM 17441

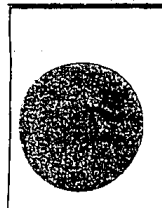


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 21/12/2019 09:19



Nome Paciente: MAICON ITALO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 02/12/1982
Sexo: Masculino
Idade: 37 anos
Senha: 0013
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 21/12/2019 10:12 - 21/12/2019 10:19

LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO PELA UPB DE IGARASSU SENHA : 5841775, CONCIENTE, ORIENTADO, REFERE DOR MID APOS QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO OU DESMAIO. HD: FX MID

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 4
- FREQUENCIA CARDIACA: 65.00 BPM
- GLICOSE: 89.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

RECEBADO
HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)

Local
Enfermeiro.....

LUCIANO DE FREITAS E SILVA
COREN: 253220-ENF

Acolhido(a) por: LUCIANO DE FREITAS E SILVA - COREN: 253220 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/12/2019 10:19

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 17/06/2020 10:00:17

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061710001784800000062454386>

Número do documento: 20061710001784800000062454386

Num. 63625364 - Pág. 13



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 509447

Senha da Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 21/12/2019 10:25

Paciente: 132513 MAICON ITALO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 02/12/1982 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: RAQUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA SEVERINO MONTEIRO D --

44

Bairro: ALTO DA BELA VISTA

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: ALESSANDRAPSF

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

PRIMEIRA ÚLTIMA E QUEIXA DE PÉ DO, ENCAMINHADO DA UPA, REFERINDO DOR EM ODEMO E PE ANTERIORES.

Exame Físico

ECG, LORE, CURVADO, ABBMIL.

CONTINGÊNCIA E FLETO DO ODEMO (D)

Hipótese Diagnóstico

FR FA DE 2º PDD + MANCHA EM ODEMO + FURTIVA E ESMIA DA TÍBIA (D)

Prescrição Médica

A. ICHTAD RX

PIDILONA 1g + AD 1EV, 6/6h SIN

CONTINGÊNCIA E FLETO DO ODEMO (D)

RETA ONAL LATE

Assinatura e Carimbo/Médico

#00: INTENDI A TRATAMENTO CONTINGÊNCIA

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





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 - N° Prontuário			
MAICON ITALO DA SILVA	132513			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
708401144591783	02/12/1982	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
RAQUEL SEVERINO SANTOS DA SILVA	8199847348			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
IGNORADO				
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
RUA SEVERINO MONTEIRO DA SILVA, 44 - ALTO DA BELA VISTA	260005	PE	63515000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
FÉ VITIMA DE QUEDA DE MOTO, ENCAMINHADO DA UPA, REFERINDO DOR EM JOELHO E PÉ DIREITOS. APRESENTA LIMITAÇÃO IMPORTANTE DE O JOELHO DIREITO.

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

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

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA	S821	W199	

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

28 - Código do Procedimento	29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
0408050551	CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	704004865135062
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)	
THIAGO GOMES DOS ANJOS		22/12/2019	19769	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° 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	() Não Segurado
---------------	----------------	--------------	------------------	----------------	------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)	
	Adilson Telino Traumatologia e Ortopedia CRM 29871 - 2013 - 15666	

AIH
262010245023-0

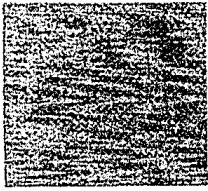
Código do Laudo: 509447



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 17/06/2020 10:00:17

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061710001784800000062454386>

Número do documento: 20061710001784800000062454386



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

Página.: 0001
Data.....: 05/01/2020
Hora.....: 16:45

Aviso de Cirurgia : 62046 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 132513 MAICON ITALO GOMES DA SILVA Atendimento : 509516
Convênio: Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 61 ORTL-509-LEITO 001 Idade : 27 Anos
Dt. Início : 05/01/2020 13:00 Dt. Fim : 05/01/2020 14:50
Cid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

CIRURGIAO 20818 FELIPE NUNES DA SILVA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DA ESPINHA TIBIAL + FRATURA AVULSAO DO LCP
INTERVENÇÃO: OSTEOSÍNTESE COM PLACA 1/3 TUBO 3,5 + CANULADO 4,5
OPERADOR: DR FELIPE NUNES
1º AUXILIAR: DR ICARO MOLIM
ANESTESISTA: DR ANTONIO
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASEPSIA + ANTISSEPSIA + GARROTE POR ESVAZIAMENTO MIDIR
3. POSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO PELA VIA POSTERO MEDIAL, REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA E FIXADO COM PLACA 1/3 DE CANA 3,5 COM DO
5. PARAFUSO CORTICAIS DITAIS E 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS PROXIMAIS
6. SUTURA POR PLANOS + MUDANÇA DE DECUBITO PARA DORSAL
7. REALIZADA INCISAO PARAPATELAR LATERAL, REALIZADA REDUÇÃO DA ESPINHA TIBIAL PARAFUSO CANULADO 4,5MM
8. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. LAVAGEM COM SF 0,9% 3.000ML
10. SUTURA POR PLANOS
11. CURATIVO
12. BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA APÓS RETIRADA DO GARROTE

OBS.: LACHMANN E GAVETA ANTERIOR +++ APÓS OSTEOSÍNTESE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : FELIPE NUNES DA SILVA
CRM : 20818

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MAICON ITALO DA SILVA

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

IDADE: 27 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 22/12/19

DATA NASC.: 02/12/92

REG: 132513

DATA DA ALTA: 6/1/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DA ESPINHA TIBIAL + FRATURA AVULSAO DO LCP

TRATAMENTO REALIZADO:

- SINTESE COM CANULADOS 4,5 + CX 3,5

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL :

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes

Médico

CRM-PE 27686 CRM-BA 33039

+ Dr. Adauto Telino

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **509516**

Usuário: ANDERSONSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	MAICON ITALO DA SILVA			Prontuário:	132513		
Idade:	27a 0m 23d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO	Data de Nascimento:	02/12/1992
Profissão:				Escolaridade:			
R.G.:	8011396	C.P.F.:		Telefone:	CEP 53515000		
Endereço:	RUA SEVERINO MONTEIRO DA SILVA, 44 - ALTO DA BELA VISTA			- ABREU E LIMA		- PE	
Dados da Internação							
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	22/12/2019 10:25		
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL		
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA		Leito: VERDE 21 509.1
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA						

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

FATURADO
10/01/2020
MADDA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	05 / 01 / 2020	Hora da Alta:	11 : 00		
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência	☐ Óbito	☐ Evasão
Condições de Alta:	Boas condições clínicas				
Diagnóstico Principal.....:	Fx espinha fibial + placa fibial D e Fx 2º PDD				
Diagnóstico Secundário01.:					
Diagnóstico Secundário02.:					
cedimento.....:	RAFI c/ placa 1/3 de cano e parafuso 4,5 mm				
Dr. Luiz Rogério Maciel Gomes Médico CRM-PE 27686 CRM-BA 33089					
Dr. Adauto Telino Médico e CRM:					
Raquel Severino da Silva Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG					

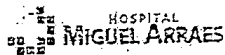
TERMO DE RESPONSABILIDADE

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 _____

Maicon Italo Gomes da Silva
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: maicon italo Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
21/04/20	# Autopêdo # Nº: 805-08 Area 200 LCA + LCP (05-01-20)
	Requer: Sem acompanhamento, Corpo Pericial Per local live F.O: Sica, Ben aspects ADM: 5-100
	CD: Refiro Bontar + J. notuopra
	Dr. Felipe Belmont Ortopedia / Traumatologia CRM PE 18.099 / TEOT 13.939





Dr. Bruno Vieira
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 22367 / TEOT 16707

Atendimento: 509516

Dt Atendimento: 22/12/2019 - 10:25

Dt Alta: 06/01/2020 - 15:25

Paciente: 132513 MAICON ITALO GOMES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 61 ORTL-509-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

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

Observação de Alta

ALYNE KARMEM DE LIMA BARBOZA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA	
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	SENHA 5841775
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()	
IDENTIFICAÇÃO	
Nome do Paciente: <u>MARCON T. SOUZA</u>	Idade: <u>44</u>
Sexo: <u>M</u> () F () Profissão: _____	Fone: _____
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	
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 ()	
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>Função de pulmão e rins diminuída</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Insuficiência Renal Crônica</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



SINISTRO 3200138007 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MAICON ITALO GOMES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO MAICON ITALO GOMES DA SILVA

CPF/CNPJ: 09774426401

Posição em 13-04-2020 10:11:08

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
14/04/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

