

**EWERSON VILAR &
RENATHA CAVALCANTI
ADVOCACIA**

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: **ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO**, brasileiro, casado, mecanico, inscrito no CPF sob o n.º 080.464.974-01 e RG:7.452.819 SDS/PE, com endereço Rua Antonio Benvindo de Barros, nº 00027 -Centro - Surubim - PE.

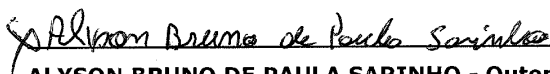
OUTORGADOS: **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 52010-075 - Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 - **99797.7634**. Endereço eletrônico: renathaccs@hotmail.com e evl.advogado@yahoo.com.br

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 à **OUTORGADA**, 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 **ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO**, 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.

SURUBIM-PE, 10 de MARÇO de 2020.



ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO - Outorgante/Declarante



**EWERSON VILAR &
RENATHA CAVALCANTI**
ADVOCACIA

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: **ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO**, brasileiro, casado, mecanico, inscrito no CPF sob o n.º 080.464.974-01 e RG:7.452.819 SDS/PE, com endereço Rua Antonio Benvindo de Barros, nº 00027 -Centro - Surubim - PE.

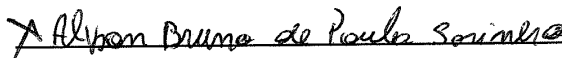
OUTORGADOS: **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 52010-075 - Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 - **99797.7634**. Endereço eletrônico: renathaccs@hotmail.com e evl.advogado@yahoo.com.br

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 à **OUTORGADA**, 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 **ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO**, 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.

SURUBIM-PE, 10 de MARÇO de 2020.


ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO - Outorgante/Declarante



SINISTRO 3200055735 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO**CPF/CNPJ:** 08046497401**Posição em 11-02-2020 14:43:49**

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
12/02/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 01/2020

DELEGACIA DE POLICIA
DE
"SANTA CECÍLIA"
- P.B.

Versando sobre: Acidente de trânsito.

Hora e data do fato: 12h20MN do dia 15 de outubro de 2019

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 11h00min do dia 10/janeiro/2020.

Local do Ocorrido: sítio Cecília de Cima, nas proximidades do BAR da PRAIA, do senhor SEBASTIÃO, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB

COMUNICANTE/VÍTIMA: ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO, brasileiro, casado, filho de GENILDO PEREIRA SARINHO e MARIA LENILDA DE PAULA SARINHO, com 34 anos de idade, nascido em 28/09/1985, natural de Surubim/PE, portador do CPF: 080.464.974-01 e RG nº 7.452.819 SDS-PE, residente no sítio CECÍLIA DE CIMA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB, fone: (81) 98114 7788.

TESTEMUNHA: A ARROLAR POSTERIORMENTE.

ACUSADO: A INVESTIGAR.

HISTÓRICO: Informa o comunicante/vítima que no dia e horário mencionado em tela, estava conduzindo uma moto de MARCA HONDA BROS 150, COR BRANCA, PLACA KKG 5990, ANO 2003, CHASSI 9C2KD02303R009275, RENAVAL 813937701, LICENCIADA EM NOME DE JOSE VALDO ANDRADE, sentido centro desta cidade ao sítio CECÍLIA de CIMA, QUE informa a vítima que ao trafegar próximo ao BAR da PRAIA, perdeu o controle da mencionada moto, vindo a cair ao solo, sofrendo lesões graves na sua perna direita e logo após o acidente a vítima deu entrada no HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES, NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE -PB; Onde foi submetido a tratamento cirúrgico.

Alyson Bruno de Paula Sarinho
COMUNICANTE/VÍTIMA ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO

Moacir Antonio da Silva
COMISSÁRIO DA POLICIA CIVIL MOACIR ANTONIO DA SILVA







você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 58538 Série 80075

ASSINATURA DO PORTADOR

Renatha Catharina Cavalcanti e Silva



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Aluísio Gomes de Paula
 Loc. Nasc. Sanjoão Est. PA Data 18/11/85
 Filiação Genildo de Jesus de Souza
Marcelo de Jesus de Souza
 Doc. Nº 12.528.819-5

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 10/11/2005 DRT 10000000

Assinatura do Funcionário
RENATHA CATHARINA CAVALCANTI SILVA
 RG: 125500 - SSP/PE

9

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.



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



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





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

ATENDIMENTO: RUA MARIO ESTANISLAU - NUM. - 00005 - SAO SEBAS
TIAO SURUBIM PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 24533697 Jan/20:0
MARINALVA PAULA DA SILVA
R ANTONIO BENVINDO DE BARROS, N. 00027 - CENTRO SURUBIM PE 557
50-000
INSCRIÇÃO: 145.730.370.2110.000 GRUPO:6 DEB.AUTOMATICO: 024513697

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A11U139352	DATA LEIT. ANTERIOR 28/12/2019	DATA LEIT. ATUAL 28/01/2020	TIPO DE CONSUMO (AVL) MÉDIA HD

ÁGUA:

LEIT ANT: 1377 CONSUMO:5
LEIT ATU: TAXA MINIMA
LEIT FAT: 1387

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

12/2019 03
11/2019 06
10/2019 06
09/2019 06
08/2019 04
07/2019 07
MÉDIA: 05

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ			
COR APARENTE			
CLORO RESIDUAL			
COLIF. TOTAIS			
E. COLI			

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

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

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)
5 M3 44,08

IMPOSTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
ISS	44,08	1,65	0,73
ICMS	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO: 15/02/2020

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:



2019

HTCG-Painel Administrativo

**GOVERNO
DA PARAIBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/10/2019

Paciente: ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO Idade: 034 Nº ATEND: 2015825

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 15/10/2019 HORA: 14:40:30

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM () NÃO HAS () SIM () NÃO
DEF. MOTORA () SIM () NÃO

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE

ESCALA DE DOR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor meio dor pior dor

ESCALA DE DOR

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Tereza Vianna Duarte
ENFERMEIRA
COREN-PB 287.537



2019

HTCG-Painel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
v. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/10/2019
Data: 15/10/2019
Paciente: ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO Idade: 034 N° ATEND: 2015825

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 15/10/2019 HORA : 14:40:30

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

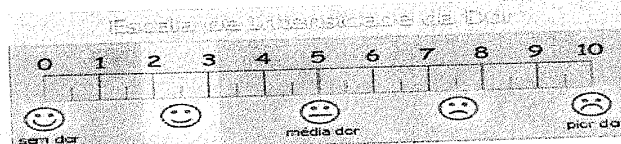
DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS:
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL:
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Tereza Viana Duarte
ENFERMEIRA
CARBEN-PR 287.537

3/3

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=2015825&dataatend=2019-10-15&horaatend=14:40:30



Data da internação: 15/10/2019 Hora: 16:26:21

SUS Sistema Único da Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				3 - CNES 2362856	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
5 - NOME DO PACIENTE ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2015883	
7 - CARTÃO DO SUS 702406066354024		8 - DATA DE NASCIMENTO 28/09/1985		9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA LENILDA DE PAULA SARINHO				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 957489058	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) NAO INFORMADO, 0, CENTRO					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Santa Cecília		14 - COÓRDEADA DO MUNICÍPIO 251315		15 - UF PB	
				16 - CEP 58463000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PROBLEMA ADMITIDO APRESENTANDO DOR / DEFORMIDADE E IMPOTÊNCIA ERECA PREENHIDA SEM OUTROS SINTOMAS GASTRO CUNHA E MANEJAMENTO GERAL					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS AUMAS					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) ANÁLISE DE TOXICOLOGIA E HEMOGLOBINA					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA ABERTA DE PERNIL DIREITO		21 - CID 10 PRINCIPAL S62.01		22 - CID 10 SECUNDÁRIO S62.02	
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS S62.03					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ORTEZ DE GIPSO T. 1310 DIREITO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO Dr. Fábio de Moura SpA			
26 - CLÍNICA ORTEZ DE GIPSO		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 12		28 - DOCUMENTO (EX) CNS 980016002656095	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE FABIO DE MOURA SPA		30 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/10/2019		31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM 1310	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
32 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURO		33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR					
AUTORIZAÇÃO					
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA		43 - COD. ORGÃO EMISSOR 20051923183590800000061053174		44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 2015883	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF 111		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 111		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11/11	
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 111					





● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0934

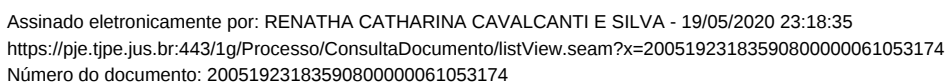
Paciente: Allyson Bruno e Paula Scrinato
Hospital: U.E. Jussara de A. S. Gomes
Médico: Dr. Eldemir e Dr. Juliano
Data da Cirurgia: 29/10/19 Procedimento: Prost. Uterina Destro
Prontuário: 2015825 Convênio: _____
Instrumentadora(O): Ana Circulante: _____

[illegible]

Recife, 24 de 10 de 20 19

Circulante

Medicine

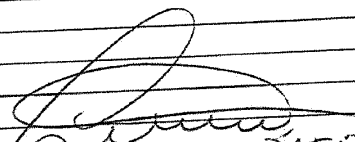


Folha de Sala - Recuperação Pós-Anestésica	
Paciente: <u>Allyson Bruno de Paula Sarinho</u>	Idade: <u>34 A</u>
Convênio: <u>Suro</u>	Data: _____
Procedimento: <u>Proteção e interesse de feitura de tórax distal</u>	
Do: _____	
Cirurgião: <u>Drº Olimar</u>	Auxiliar: _____
Anestesista: <u>Drº Almir</u>	
Início: <u>11:00</u>	Término: <u>12:15</u>
Anestesia <u>Raquel</u>	

[illegible][illegible]

Observações:

Por cirurgia e suturada, movimento de vómito
transiente e momentâneo - sem perigo. Alta de 32^{as}

 153

Assinatura Anestesista

Circulante

MOD.



5/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

Data: 25/10/2019

NOME: Wagner Luiz Egito de Araujo



GOVERNO DA PARAÍBA



GOVERNO DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO

Data da Internação: 15/10/2019

Data da Alta: 25/10/2019

Registro: 2015883

Tempo de Permanência: -18185

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050608

Principais Exames: EXAME FÍSICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 24/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM PERNA DIREITA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCOCERRENCIA

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTA AMBULATORIAL, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, ARFLEX 200 MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data: 25/10/2019

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito de Araujo

Assinado eletronicamente por:
Wagner Luiz Egito de Araujo
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 26.266

0.1.1.148/projetohctcg/impresumoalta.php?contar=2015883



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 19/05/2020 23:18:35
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051923183590800000061053174>
Número do documento: 20051923183590800000061053174

Num. 62167475 - Pág. 19

24/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME: Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 24/10/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 164290

DATA DA CIRURGIA: 24/10/2019

Número do Atendimento: 2015883 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO

Data da Internação: 15/10/2019

Atendimento: 2015883

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Diagnostico Pós-Operatório: *O mesmo*

Cirurgia: OSTEOSÍNTESE

Data da Cirurgia: 24/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Instrumentador:

Anestesista: ALMIR COLACO CATAO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSE + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB ESCOPIA;
4. INCISÃO MINIMAMENTE INVASIVA PROXIMAL E DISTAL EM FACE ANTERO-MEDIAL DE PERNA DIREITA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
5. OSTEOSÍNTESE COM PLACA BLOQUEADA DE TÍBIA DISTAL DE 8 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 24/10/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
DE ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CNPJ: 08.778.268/0038-52

10.1.1.148/projetohctg/impredecri.php?ID=4896&contar=2015883

1/1





RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO

Data da Internação: 15/10/2019

Data da Alta: 25/10/2019

Registro: 2015883

Tempo de Permanência: -18185

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050608

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 24/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM PERNA DIREITA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCOCERRENCIA

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTA AMBULATORIAL, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, ARFLEX 200 MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data: 25/10/2019

Assinatura: Wagner Luiz Egito de Araujo
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 28974

RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito de Araujo



24/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME : Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268-0038-52
Data: 24/10/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 164290

DATA DA CIRURGIA: 24/10/2019

Número do Atendimento: 2015883 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO

Data da Internação: 15/10/2019

Atendimento: 2015883

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Diagnostico Pós-Operatório: *O mesmo*

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 24/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Instrumentador:

Anestesista: ALMIR COLACO CATAO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. REDUÇÃO INCRUENTA DO FOCO DE FRATURA SOB ESCOPIA;
4. INCISÃO MINIMAMENTE INVASIVA PROXIMAL E DISTAL EM FACE ANTERO-MEDIAL DE PERNA DIREITA + DISSECÇÃO POR PLANOS | + HEMOSTASIA;
5. OSTEOSINTESE COM PLACA BLOQUEADA DE TÍBIA DISTAL DE 8 FUROS + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS SOB ESCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 24/10/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Euler Fabricio A. Cruz
DR. ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-PA 10000

10.1.1.148/projetohctg/impredescri.php?ID=4896&contar=2015883

1/1





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): Aryson Bruno
do RUA SARAIVA PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 582.3 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 15 / 10 / 19 A 25 / 10 / 19 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 25 / 10 / 19

Ass. do médico responsável
Dr. Wagner do Carmo
MR. ORTOPEDIA - TRM do CRM
CRM - PB 892

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060



0/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 25/10/2019

NOME : Wagner Luiz Egito de Araujo



GOVERNO DA PARAIBA



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ALYSON BRUNO DE PAULA SARINHO

Data da Internação: 15/10/2019

Data da Alta: 25/10/2019

Registro: 2015883

Tempo de Permanência: -18185

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: 0408050608

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 24/10/2019

Equipe:

Cirurgião: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 1: JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3: WAGNER LUIZ E DE ARAUJO

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM PERNA DIREITA, COM DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCOCERRENCIA

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTA AMBULATORIAL, ATESTADO MEDICO, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ORIENTAÇÕES ORTOPEDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA,

Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12 H POR 07 DIAS, DIPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, ARFLEX 200 MG VO 1X AO DIA POR 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data: 25/10/2019

Assinatura: Wagner Luiz Egito de Araujo
Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
CRM - PB 8946

RESPONSÁVEL : Wagner Luiz Egito de Araujo



LD



D
AP

