

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE: BERIVALDO FIRMINO NERES, brasileiro, solteiro, motorista, portador do RG nº 7.737.759 SDS/PE e do CPF nº 074.186.404-55, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Setenta, nº 67, Apartamento: 02, Bloco: 03, Frágoso, Olinda/PE. Cep: 53.090-500.

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: wradvogadosip@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 AÇÃO 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, 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, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 13 de fevereiro de 2020

Outorgante: Berivaldo Firmino Neres



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

BERIVALDO FIRMINO NERES, brasileiro, solteiro, motorista, portador do RG nº 7.737.759 SDS/PE e do CPF nº 074.186.404-55, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Setenta, nº 67, Apartamento: 02, Bloco: 03, Fragoso, Olinda/PE. Cep: 53.090-500. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL 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 OBRIGATORIO 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, 13 de fevereiro de 2020

Declarante: Berivaldo Firmino Neres



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

Eu, BERNARDO FIRMINO NERES,
RG/CNH nº 7.737.759, órgão expedidor: SDS, UF: PE, CPF: 074.186.404-55,
endereço: ROA SETENTA, n.º 67, APARTAMENTO=02, BLOCO=03,
FRAGOSO,
CEP: 53.090-500, cidade de OLINDA - PE, telefone(s)
(81) 9.9697.6459, **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, 13 de FEVEREIRO de 2020.

Bernardo Firmino Neres

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.



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

PE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683119718

PROIBIDO PLASTIFICAR
1683119718

NOME
BERIVALDO FIRMINO NERES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7737759 SDS PE

CPF
074.186.404-55

DATA NASCIMENTO
30/09/1986

FILIAÇÃO
NAO DECLARADO

ELIANE FIRMINO NERES

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AE

Nº REGISTRO
04275766945

VALIDADE
06/09/2023

1ª HABILITAÇÃO
16/01/2008

OBSERVAÇÕES
EAR

Berivaldo Firmino Neres

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
10/09/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR
19181038158
PE087947455

PERNAMBUCO





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **074.186.404-55**

Nome: **BERIVALDO FIRMINO NERES**

Data de Nascimento: **30/09/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/04/2005**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:10:39** do dia **20/12/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **F45F.EB46.E4C3.4562**



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

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





CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES GETULIO VARGAS - NUM. - 00895 - BA
IRRO NOVO OLINDA PE 53030-010DADOS DO CLIENTE
BERIVALDO FIRMINO NERES MATRICULA: 104874198 Set/2019
R SETENTA, N. 00067 - BL 03 APT 002 - FRAGOSO OLINDA PE 53090-
500
INSCRICAO: 096.360.785.2451.078 GRUPO: 18 DEB. AUTOMATICO: 104874198

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A115122329	DATA LEIT. ANTERIOR 13/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 14/10/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO	

ÁGUA:
LEIT ANT: 464 CONSUMO: 7
LEIT ATU: 471
LEIT FAT: 471
ESGOTO:
LEIT ANT: VOLUME: 7
LEIT ATU:
LEIT FAT:HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	132	132	128
COR APARENTE	132	132	125
CLORO RESIDUAL	132	132	123
COLIF. TOTAIS	132	132	130
E. COLI	132	132	130

MÉDIA: 07 /07 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	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	7 M3	44,08
ESGOTO 100,00 % DO VALOR DE ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	7 M3	44,08
MULTA P/IMPONTUALIDADE 08/2019		1,76
JUROS DE MORA 07/2019		0,25

CONSUMO RATEIO (m3): 0

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	88,16	1,65	1,45
COFINS	88,16	7,60	6,70

VENCIMENTO: 25/10/2019

TOTAL A PAGAR: 90,17

MENSAGEM:

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 7 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 608.99. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/02/2020 15:55:17

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021915551705500000057290078

Número do documento: 20021915551705500000057290078

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 apreendida, 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 "tentativos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

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

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 predispoem a acidentes pela distração.

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

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

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para 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 068044 Série 000069



Benedito Farias de Almeida
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Bernivaldo Firmino Neres
 Loc. Nasc. PA Est. PE Data 30/07/1986
 Filiação Elisane Firmino Neres
 Doc. Nº P. M. N. U. 823 E. R. 2736436

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / Estado
 Obs.: Rel. 929 DRT PE-76
 Data Emissão 02/02/2004

Assinatura do Funcionário

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.
 Doc.



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **10.908.192/0001-92**
JM EXPRESS SERVIÇOS TRANSPORTES LTDA EPP
 CNPJ/MF
 Rua **Rua Noruega, 523, N°**
 Município **Imbituba** CEP **51.180-310**
 Esp. do estabelecimento **Recife PE**
 Cargo
 CBO n°
 Data admissão **02** de **fevereiro** de **2015**
 Registro n° Fls./Ficha
 Remuneração especificada **R\$ 1.430,21 (um mil quatrocentos e vinte e sete reais e vinte e um centavos)**
JM EXPRESS SERVIÇOS ou a rogo c/test.
 1° 2°
 Data saída **30** de **setembro** de **2015**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Marta Maria Alves
 1° **Sócia Administradora**
CPF 042395.594-82
 Com. Dispensa CD N°

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO n°
 Data admissão de de
 Registro n° Fls./Ficha
 Remuneração especificada
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1° 2°
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1° 2°
 Com. Dispensa CD N°





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0116003671**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019 às 12:03**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **27/10/2019 às 16:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MEXICO, 01** - Bairro: **RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO**
/BRASIL - Ponto de Referência: **PROXIMO A PRAÇA QUE VAI PARA O TODO DIA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA NÃO IDENTIFICADA (AUTOR \ AGENTE)
BERIVALDO FIRMINO NERES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA NÃO IDENTIFICADA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BERIVALDO FIRMINO NERES

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

BERIVALDO FIRMINO NERES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELIANE FIRMINO NERES**
Data de Nascimento: **30/9/1986** Naturalidade: **PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07418640455**
(CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ASTRONOMO** Telefones Celulares:
- **996976459**

Endereço Residencial: **RUA SETENTA, 02, BLOCO 03 APARTAMENTO 02 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, ARMAZÉM DE SILVERIO**

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

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

BICICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BERIVALDO FIRMINO NERES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **BERIVALDO FIRMINO NERES**
Categoria/Marca/Modelo: **UTILITARIO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)**

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA NÃO IDENTIFICADA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE)**



Complemento / Observação

VEIO A ESTA DELEGACIA INFORMAR QUE FOI VÍTIMA DE ATROPELAMENTO QUANDO ESTAVA TRANSITANDO -RUA MÉXICO COM SUA BICICLETA QUANDO DE REPENTE SURTIU UMA MOTO E LHE ATINGIU PELAS COS -TAS CAUSANDO AVARIAS EM SUA BICICLETA NO GUIDOM E A LUVA ESQUERDA, QUE ELE AO CAIR SOFREU -TRAUMA NO BRAÇO DIREITO E NO QUEIXO, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA A UPA DE OLINDA LOCAL ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HSPITAL MI -GUEL ARRAES DE ALENCAR ON FOI CIRÚGIADO E QUE PASSOU 05(CINCO) DIAS INTERNADO NAQUELE -HOSPITAL.SOLICITA PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.XX

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

• *Berivaldo Firmino Neres*
BERIVALDO FIRMINO NERES
(VITIMA)

B.O. registrado por: *ALDEMAR GOMES DA SILVA* - Matrícula: **3809323**

06/12/2019 12:10



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/10/2019 16:55

Nome Paciente: BERIVALDO FIRMINO NEVES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0216
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 27/10/2019 16:56 - 27/10/2019 16:57

MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE QUEDA DOR EM MSD

Observação: NG ALERGIA

Exatidão sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA EUGENIA SOUSA PEREIRA - COREN: 595633 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2019 16:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/02/2020 15:55:17

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021915551736600000057290084>

Número do documento: 20021915551736600000057290084

Num. 58250203 - Pág. 1

Atendimento: **1543603**

Senha da Classificação: **1543603**

Data e Hora: **27/10/2019 17:09**

Paciente: **176390 BERIVALDO FIRMINO NERES**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **30/09/1986** Idade: **33 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **ELIANE FIRMINO NERES**

Nome do Pai:

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

CRM: **1234567**

Endereço: **SAO MARCOS**

CEP: **53439700**

Bairro: **JANGA**

Cidade/UF: **PAULISTA**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: **81 8768-9024 ESPOSA**

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*trauma contuso pelo chute
para quebrar a perna e bico de
perna de - pelo chute.*

Exame Físico

dr. deprimido pelo chute.

Hipótese Diagnóstico

Fração não letal de. (Peroneo)

C. Luta Terapêutica

*dr. deprimido
Avaliação Clínica Médica (Trauma em Perna)*

Prescrição Médica

*- acetaminofeno
- Cefalexina 500mg 2x 12h
- Etoricoxib 90mg 2x 12h
- Xanax 1mg 1x 12h
- Fito 1200mg 1x 12h
- Saco Amarelo*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

UMA

Senha:

*Sérgio P. de Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 23166
CBO 36211010*



1543608

OBILIZAÇÃO

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 27/10/2019 19:14

Nome Paciente: BERIVALDO FIRMINO NERES
Cód. Paciente: 176390
Data de Nascimento: 30/09/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33 anos
Senha: 0280
Convênio: -
Atendimento: SAME:

Período: 27/10/2019 19:15 - 27/10/2019 19:16

MIRELA DOS SANTOS SILVA - COREN: 6472 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RELATO DE QUEDA COM TRAUMA EM FACE
JÁ ATENDIDO PELA TRAUMATO

Observação:

ALERGIA -

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: MIRELA DOS SANTOS SILVA - COREN: 6472 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/10/2019 19:16

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/02/2020 15:55:17

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021915551736600000057290084>

Número do documento: 20021915551736600000057290084

Num. 58250203 - Pág. 3

Senha da Classificação: XXXXXXXXXX

Atendimento: **1543685**

Data e Hora: **27/10/2019 19:17**

Paciente: **176390 BERIVALDO FIRMINO NERES**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **30/09/1986** Idade: **33** anos

Convenio: **2**

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **ELIANE FIRMINO NERES**

Nome do Pai:

CRM: **123456**

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **CLINICO - PLANTONISTA**

Bairro: **JANGA**

Endereço: **SAO MARCOS**

CEP: **53439700**

Usuário Atendimento: **ERIKATF**

Cidade/UF: **PAULISTA**

Data de Emissão:

RG (Identidade):

Fone: **81 8768-9024** ESPOSA

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Data de Emissão CRN:

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*Queda de bicileta há 4h;
fractura/dor no
antebraço pelo antebraço/Aq. trans.*

Exame Físico

*RCF = 15 / simétrico;
lesão de continuidade no membro
superior / Abol = 2 / dor leve;*

Hipótese Diagnóstica

fractura / dor

Indicação Terapêutica

*A zola de antebraço
Aq. trans.*

Mariana Bezerra

CRM-PB: 27069

*Alva clínica
nos exames.*

Prescrição Médica

*Dra. Débora Carolina Pereira
Médica
CRM-PB: 19.268*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha: _____



Carimbo/Médico



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/10/2019 02:46

Nome Paciente: BERIVALDO FIRMINO NERES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 30/09/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33 anos
Senha: 0005
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/10/2019 03:14 - 28/10/2019 03:18

LAÍS FERREIRA COSTA - COREN: 470137 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DA UPA DE OLINDA, RELATA ACIDENTE COM BICICLETA. APRESENTA FRATURA EXPOSTA EM RADIO DISTAL DIREITO

Medicamento(s):

FAZ USO DE METFORMINA E GLIBENCLAMIDA

Observação:

NEGA ALERGIAS E HAS
DM +

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 8
- GLICOSE: 149.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- TEMPERATURA(C): 36.60 °C

RECEBADO
NEPI-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Assinado eletronicamente por:
LAÍS FERREIRA COSTA - ENF
Enfermeiro

Acolhido(a) por: LAÍS FERREIRA COSTA - COREN: 470137 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/10/2019 03:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 19/02/2020 15:55:17

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021915551736600000057290084>

Número do documento: 20021915551736600000057290084

Num. 58250203 - Pág. 5



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 501318

Senha da Classificação:

0005

Data e Hora: 28/10/2019 03:22

Paciente: 130784 BERIVALDO FIRMINO NERES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 30/09/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ELIANE FIRMINO NERES

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA 70

67

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: JULIANAPP

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 03:22

Queixa Principal

Paciente encaminhado da UPA de Olinda, ciclista vítima de atropelamento por moto, há ± 12h, apresentando deformidade e firmamento em punho D (membro dominante). Diabético não insulino-dependente, nega alergias.

Exame Físico

CE, LOTE, expulso e apical. MSD: Deformidade + firmamento em dorso de punho D, com NVC preservados + dor à manipulação local.
Rx - Fx distal do rádio D.

Hipótese Diagnóstico

Fx/Lx de terço distal do rádio D

Prescrição Médica

Solicito RX p/ avaliação.

Orientado por Dr. Jefferson Caluene:

Internamento ao bloco às 07h

Data zero

Solicito LAB

VPM.

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
CRM-PE 21686 CRM-BA 33039

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação



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

Página.: 0001

Data.....: 28/10/2019

Hora.....: 18:10

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 60520 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 130784 BERIVALDO FIRMINO NERES
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Atendimento : 501321
Leito : 744 VERD2-45 Carteira :
Dt. Início : 28/10/2019 16:40 Dt. Fim : 28/10/2019 18:10 Idade : 33 Anos
Cid Pré-Operatório : S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
Cid Pós-Operatório : S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Procedimentos

Procedimento: 0408020407 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS I
ANTEBRAÇO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIÃO 16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
ANESTESISTA 11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO
CIRURGIA: RFFE COM FIXADOR EXTERNO DE COLLES
CIRURGIÃO: DR. FAGNER ATHAYDE
1º AUXÍLIO: DR. PEDRO CUNHA
2º AUXÍLIO: DR. ICARO
ANESTESIA: DRA. CONCEIÇÃO

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO;
5. APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO DE COLLES COM 2 PINOS DISTAIS E 2 PINOS PROXIMAIS
6. CONTROLE COM RX;
7. CURATIVO
8. BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM : 16863

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

Página.: 0001

Data.....: 31/10/2019

Hora.....: 11:12

Aviso de Cirurgia : 60596

Paciente : 130784

Sala : 0002 SALA 02

BERIVALDO FIRMINO NERES

Atendimento :

Convênio Atend. :

Carteira :

Leito :

Idade :33 Anos

Dt. Início : 31/10/2019 09:50 Dt. Fim :31/10/2019 11:20

Cid Pré-Operatório : S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Cid Pós-Operatório : S525

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Procedimento: 0408020407

TRAT CIR FRAT EXTRE META DISTAL OSSOS AN (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 74

BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Equipe Médica

CIRURGIÃO

10605 FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO

CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSÍNTESE COM PLACA 3,5MM E FIOS DE KIRSCHNER

CIRURGIÃO: DR FABIO COUTO

1º AUXÍLIO: DR PEDRO / DR LIVIO (RESIDENTES CIR. MÃO)

INSTRUMENTADOR (A): PIERLA

ANESTESISTA: DR GENESIO

ANESTESIA: BLOQUEIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;

2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA

3. GARROTEAMENTO EM MSD

4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

5. INCISÃO VOLAR (HENRY) DE 10CM

DISSECÇÃO POR PLANOS;

VISUALIZADA FRATURA FRAGMENTO GRANDE DA COLUNA RADIAL COM CISALHAMENTO + FRAGMENTO VOLAR-ULNAR

REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA + FIXAÇÃO COM FIOS K 1,5MM

9. APOSIÇÃO DE PLACA 3,5MM EM T 5X4 FIXADA COM 3 PARAFUSOS PROXIMAIS (Nº 18)

10. OBSERVADA BOA REDUÇÃO;

11. SUTURA POR PLANOS

12. RETIRADA DE GARROTE, BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

31

Dr. Pedro Thiago de Sousa Lima
Ortopedia
CRM-PE 23122DR(A) : FABIO HENRIQUE DO COUTO SOARES
CRM : 10605

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAS



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: BERIVALDO FIRMINO NERES

REG: 130784

IDADE: 33

SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 28/10/19

DATA DA ALTA: 1/11/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE RÁDIO DISTAL À DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 28/10/19 RFFE COM FIXADOR EXTERNO DE COLLES
- 31/10/19 REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSINTESE COM PLACA 3,5 MM E FIOS DE K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;;
- 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 PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Ian Lacerda
CRM-PB 90247
CRM-PE 23590

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

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

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **501321**

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **BERIVALDO FIRMINO NERES**
 Idade: 33a 0m 28d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Prontoário: 130784
 Profissão: Escolaridade: Data de Nascimento: 30/09/1986
 R.G.: 7737759 C.P.F.: 07418640455 Telefone: CEP 53040970
 Endereço: RUA 70, 67 - RIO DOCE - OLINDA - PE
 Origem: INTERNACAO
 Convênio: SUS - INTERNACAO
 Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-29
 Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
 Endereço: - Numero: 14 11 19
 fone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 01 / 11 / 19 Hora da Alta: 12 : 00
 Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
 Condições de Alta: BOAS
 Diagnóstico Principal.....: FX NAÔIO DISTAL PLATE 170
 Diagnóstico Secundário01.:
 Diagnóstico Secundário02.:
 Procedimento.....: 28/10 PLFFE com fixação externa colles
 31/10 Abertura cruenta + osteossíntese com placa 3/5
 + FIOS K
 Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG
 Médico e CRM: Dr. Ian Lacerda CRM-PB 9824 CRM-PE 23590

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 28 de 10 de 19

Berivaldo Firmino
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: BERIVALDO FIRMINO NERES

REG: 130784

CLÍNICA: _____

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA	
28/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
04:00	PACIENTE ENCAMINHADA DA UPA DE OLINDA, CICLISTA VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 12H, APRESENTANDO DEFORMIDADE + FERIMENTO COM SANGRAMENTO INATIVO EM PUNHO DIREITO (MEMBRO DOMINANTE). DIABÉTICO NÃO INSULINO-DEPENDENTE, NEGA ALERGIAS.
AO EXAME:	EGR, LOTE, EUPNEICO E AFEBRIL. MSD: DEFORMIDADE + FERIMENTO NÃO SANGRANTE EM DORSO DE PUNHO DIR, COM NVC PRESERVADO.
HD:	FX LX DE TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO
CD:	ORIENTADO POR DR. JEFFERSON CALUME: INTERNAMENTO AO BLOCO ÀS 7H
	DIETA ZERO
	Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes Médico CRM-PE 27686 CRM-BA 33039
29/10/19	# SOT #
09:14	HD: FX LX de terço distal de rádio D PO (28/10): RFFE com fixador externo de Collis Paciente estável, sem queixas. MSD com fixador externo bem posicionado em punho e mão D, curativos limpos e secos, livre mobilização de artelhos e boa perfusão distal. EGB, LOTS eupneico e afebril. CD: Solicito LAB P- cardiol p/ programar 2º tempo cirúrgico.
20/10/19	# SOT #
12:04	HD: A mesma / PO: O. mesmo Paciente estável, sem novas queixas. Fixador de Collis bem posicionado em MSD, NVC preservado e curativos limpos e secos. EGB, LOTS eupneico e afebril. CD: Programa de abordagem para amanhã.
	Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes Médico CRM-PE 27686 CRM-BA 33039



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Bernardo Fimino Lima Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

18/11/19

#507#

HD: Fratura 1/3 distal do radio

(1) (Pelo + Fio 4).

Pomto ser olvido.

OF: Tolo CM Mac osso do Coracóide

At: 1) Ortopedia, 2) Neurologia, 3) Fisioterapia
Médico ASSISTENTE Dr. Fabio Couto.

(2) Traer Tolo.

21/11/19

#Cura 2 Mõ #

PO OS FX não está (1) h 21 dias.

Eviden len.

Neurobril processo de MSD.

Fo: 1) Cura e res

CO: (1) Mõta 1/3 dist.

(2) Retorno em 3 meses

(3) RX no retorno.

Dr. Livio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE: 21804 TEOT 15731



Atendimento: 501321

Dt Atendimento: 28/10/2019 - 04:41

Dt Alta: 01/11/2019 - 16:12

Paciente: 130784 BERIVALDO FIRMINO NERES

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 70 ORTL-511-LEITO 002

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

EVAIR OLIVEIRA DIAS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 501318 Prontuário: 130784 SAME: 117402 Hora Atend: 03:22 Data Atend: 28/10/2019
Paciente..... : BERIVALDO FIRMINO NERES Idade: 33 a
Endereço..... : RUA 70
Bairro..... : RIO DOCE
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53040970
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 28/10/2019 Hora Saída : 04:39

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA 5802752**
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Idade: **33**
Sexo: M (x) F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: **PAULISTA - PE**

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 ()
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: **Queixa de dor e inchaço no dorso da mão direita, iniciada há 2 dias, com dificuldade de movimentação.**
Hipótese Diagnóstica: **Fratura exposta de 1º e 2º metacarpo (Roxburgh).**

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
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 ()
Colocação 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 REUROLÓGICO

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: 15

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 Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Loiô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

Oxigênio terapia: 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: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fratura exposta + novo nível de

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: NYA

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

21/01/20

Local e data

Sérgio Phellip
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 23036
TEO Médico Assistente

SINISTRO 3200057338 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA BERIVALDO FIRMINO NERES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO BERIVALDO FIRMINO NERES

CPF/CNPJ: 07418640455

Posição em 11-02-2020 08:14:51

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\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

