

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-9

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIEL



João Victor E. de Freitas

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

9.634.645

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

29/06/2016

NOME

<< JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO BEZERRA DE FREITAS NETO >>  
<< DANIELLE RODRIGUES CORREA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

14/01/1998

DOC. ORIGEM

<< CN 10677 L 26 F 249 CART 40DIST

PAULISTA PE 26.01.1998 >>

CPF

704.210.194-41

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1516460723006131214.6913416

F-71 12.121

- 43



## **INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**OUTORGANTE:** JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS, brasileiro, solteiro, cobrador, portador do RG 9.634.645 SDS/PE, inscrito no CPF sob o n.º 704.210.194-41, residente na Rua Sessenta e Quatro, nº.146, Lote 16, Bairro: Jardim Paulista/ Navarro, CEP.: 53409-150- Cidade: Paulista, Estado de Pernambuco,

**OUTORGADOS:** CARLA ROCHA LEMOS, brasileira, solteira, advogada, OAB/PE 27.103 D e DIVANETE MARIA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, solteira, advogada, OAB/PE 34.040, ambas com endereço profissional à Avenida Conde da Boa Vista, nº. 50, sala 909, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50060-004.

**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 NCPD, 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.

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

Recife/PE, 17 de Agosto de 2020.

**Outorgante/Declarante**

*João Victor C. de Freitas*





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -  
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0118002039

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 03/03/2020 às  
10:42

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 20/2/2020 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1,  
ROD. BR. 191 - JARDIM PAULISTA - PAULISTA - Bairro: JARDIM  
PAULISTA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: NA  
DESCIDA PARA JARDIM PAULISTA  
Local do Fato: VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES (OUTRO)  
JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): DESCONHECIDO

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

**JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:  
DANIELLE RODRIGUES CORREA Data de Nascimento: 14/1/1998 Naturalidade: RECIFE /  
PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO  
Profissão: COBRADOR Telefones Celulares:  
- 988932381**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 146, RUA 64, N. 146 -  
JARDIM PAULISTA BAIXO - PAULISTA - CEP: 55060-000 - Bairro: JARDIM PAULISTA -  
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES (presente ao plantão) - Sexo:  
Feminino Mãe: KÁTIA MARIA FARIAS DE LIMA FERNANDES Pai: MAURO GERALDO  
BARBOSA FERNANDES Data de Nascimento: 8/4/1998 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO /  
BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão:  
SECRETARIA(O) Telefones Celulares:  
- 984678611**



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/tnv/.infopol/xml/BOEPreview.html

Endereço Residencial: **BAIRRO DE ARTHUR LUNDGREN I (BAIRRO), 96, RUA SALOA, N. 96 - ARTHUR LUNDGREN I - PAULISTA - CEP: 55000-000 - Bairro: ARTUR LUNDGREN I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEÍCULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QCA7234** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)  
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

**VEÍCULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEIL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

**ALEGA O QUEIXOSO, QUE NO DIA 26/02/20, POR VOLTA DAS 16:00 HORAS, TRAFEGAVA NA ROD. BR 101, SENTIDO PAULISTA, EGRESSO DO TRABALHO, QUANDO NA ENTRADA QUE DÁ ACESSO A JARDIM PAULISTA, O VEÍCULO FIAT UNO CINZA, DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE SEGUIA EM SUA FRENTE, FREIOU BRUSCAMENTE, OBRIGANDO O MESMO A TENTAR DESVIAR, CAUSANDO SUA QUEDA, QUE ACIONOU O SAMU E M O MESMO NÃO CHEGOU. QUE LEVANTOU-SE PEGOU SUA MOTO E FOI PRA CASA. QUE LÁ CHEGANDO, FOI SOCORRIDO PELA SUA GENITORA, QUE O CONDUZIU PARA A UPA DE OLINDA, SENDO ATENDIDO PELO DR. LEONARDO OLIVEIRA, CRM N. 9298, ONDE APÓS EXAMES DE IMAGENS, FOI CONSTATADO FRATURA DO UMERU PROXIMAL DIREITO, QUE DE LÁ FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, ONDE FOI SUBMETIDO A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA. DIANTE DO EXPOSTO, FAX CIENCIA A ESTA AUTORIDADE POLICIAL.**

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

**JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS**  
(VITIMA)

**KAROLINA MAYARA FARIAS FERNANDES**  
(OUTRO)

B.O. registrado por: **EDMARIO MARQUES DE MENEZES** - Matrícula: **3848841**





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA  
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 14 de Julho de 2020.

### DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento nº1595381, onde se lê o nome do paciente JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS, leia-se **JOÃO VICTOR CORREA DE FREITAS**. Informamos que o que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante apresentação posterior do RG: 9.634.645.

Atenciosamente,

UPA - OLINDA  
Milena Moura  
Coordenadora Geral

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES – IMIP HOSPITALAR

UPA OLINDA

RODOVIA PE 15, S/N  
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE  
FONE: 3184-4303



## UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/02/2020 15:52

Nome Paciente: JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento:  
Sexo: Masculino  
Idade: 22  
Senha: 0129  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 20/02/2020 16:37 - 20/02/2020 16:38

WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA MSD + MMII HOJE

Observação: ALERG -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: WALKIRIA AMORIM REGO - COREN: 5808 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/02/2020 16:38

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 18/08/2020 13:47:21

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081813472103300000065246632>

Número do documento: 20081813472103300000065246632

Num. 66506342 - Pág. 4

Atendimento: 1595381

Senha da Classificação:

Data e Hora: 20/02/2020 16:41

0129

Paciente: 536731 JOAO VICTOR CORREIA DE FREITAS Sexo: MASCULINO  
Nome Social: \_\_\_\_\_  
Data do Nascimento: 14/01/1998 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO  
Nome da Mãe: DANIELLE RODRIGUES CORREA Nome do Pai: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567  
Endereço: RUA SEXTENTA E QUATRO - 146 Bairro: JARDIM PAULISTA  
Cidade/UF: PAULISTA PE Cep: 53409150 Usuário Atendimento: DANIELEMS  
RG (Identidade): \_\_\_\_\_ Data de Emissão: \_\_\_\_\_  
CPF (Cadastro de Pessoa Física): \_\_\_\_\_ Fone: 88532381  
CRN (Certidão de Registro de Nasc): \_\_\_\_\_ Data de Emissão CRN: \_\_\_\_\_

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal**

Apresenta queixa de dor no tornozelo direito e no tornozelo esquerdo há alguns dias. A dor é constante e piora com a movimentação. Não há inchaço nem vermelhidão.

**Exame Físico**

Dr. com o exame e o exame de APM.

**Hipótese Diagnóstica**

Lesão ligamentar grau I no tornozelo direito.

**Conduta Terapêutica**

Reposicionamento e imobilização com gesso.

**Prescrição Médica**

Medicamentos: Analgésico, Anti-inflamatório, Antibiótico.  
Exames: Radiografia do tornozelo direito e esquerdo.  
Procedimentos: Redução e imobilização com gesso.

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

Transferido:

Para:

HPA.

Senha:

Carimbo Médico  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 23138  
180116087



## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOÃO VICTOR CORREIA DE FREITAS

NOME SOCIAL:

IDADE: 22 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 21/02/20

DATA NASC.: 14/01/98

REG: 134505

DATA DA ALTA: 29/2/20

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITA

### TRATAMENTO REALIZADO:

- 28/02/20 RAFI COM AMARRILHA E PARAFUSOS

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR. ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO I SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) DR. TIAGO NOGUEIRA ÀS SEXTAS FEIRAS 12HS; RETORNO NÃO EX-CEDER 30 DIAS
- CURATIVO DIÁRIO
- MANTER TIPOIA E MEXER DEDOS DA MÃO/PUNHO /COTOVELO DE MEMBRO SUPERIOR OPERADO CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- 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: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO

FERIDA OPERATÓRIA: COM CURATIVO OCLUSIVO ESTÉRIL, LIMPO, DE BOM ASPECTO

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

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL:

João Marcelo  
Médico  
CRM - 17.725

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





IMIP  
INTEGRATED MANAGEMENT  
INFORMATION PROJECT

**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia: 63170 Sala: 0002 SALA 02  
Paciente: 134505 JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS  
Convênio Atend.: 1 SUS - INTERNACAO Atendimento: 518442  
Leito: 203 ORTO-503-LEITO 003 Carteira  
Dt. Inicio: 28/02/2020 14:00 Dt. Fim: 28/02/2020 15:29 Idade: 22 Anos  
Cid Pré-Operatório: S422 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMER0  
Cid Pós-Operatório: S422 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO UMER0

**Procedimentos**

Procedimento: 0408020334 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DO UMER0 (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia:

**Equipe Médica**

CIRURGIÃO 19865 TIAGO CERQUEIRA LIMA NOGUEIRA  
ANESTESISTA 5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE UMER0 PROXIMAL D  
CIRURGIA: REDUÇÃO CIRUENTA + FIXAÇÃO COM AMARRILHA E PARAFUSOS  
CIRURGIÃO: DR TIAGO NOGUEIRA  
1º AUXÍLIO: DR SAN LACERDA  
ANESTESISTA: DRA GRACA COUTO  
ANESTESIA: SEDAÇÃO + BLOQUEIO

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM POSIÇÃO DE "CADEIRA DE PRAIA"
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA DE MSD.
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.
4. INCISÃO LONGITUDINAL EM SULCO DELTO-PEITORAL D
5. DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS ATÉ FOCO DE FRATURA
6. REDUÇÃO DA FRATURA
7. MONTAGEM DE AMARRILHAS COM REISERÇÃO DO MANGUITO ROTADOR
8. APOSIÇÃO DE 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS COM ARRUELAS
9. LIMPEZA COM SF 0.9%
10. CHECADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
11. SUTURA POR PLANOS.
12. CURATIVO.
13. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL.

**Sangue e Derivados:**

Qt. Solicitada

2 CONCENTRADO DE HEMACIAS

2

*[Assinatura]*  
Dr. Ivo Lacerda  
Cirurgião Especialista  
CRM: 000000000

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**



**Protocolo de Encaminhamento**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>TIPO DE OCORRÊNCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | <b>SENHA</b> <u>5881993</u>                                         |
| Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( )<br>Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                                                                     |
| <b>IDENTIFICAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                                                                     |
| Nome do Paciente: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               | Idade: <u>22</u>                                                    |
| Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fone: _____   |                                                                     |
| Endereço Residencial: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Bairro: _____ |                                                                     |
| Cidade: <u>PAULISTA - RJ</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                                                                     |
| <b>CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                                                     |
| Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )<br>Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )<br>Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto: S( ) N( )<br>Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )<br>Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )<br>Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: _____<br>Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )<br>Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )<br>Queda: ( ) Altura Aproximada _____ Metros ( ) Queda da Própria Altura<br>Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo _____ ( ) Arma Branca/Tipo: _____<br>Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: _____<br>Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento |               |                                                                     |
| <b>CAUSAS CLÍNICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                     |
| História Clínica Atual: <u>Quebra de um dente de a cerca de 10</u><br><u>R. 10 dias atrás sem nenhum trauma</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                     |
| Hipótese Diagnóstica: <u>fratura de um dente</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                     |
| <b>AValiação CLÍNICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                     |
| Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x<br>Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S( ) N( ) Tiragem Intercoastais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )<br>Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gemido/Estridor: S( ) N( )<br>Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )<br>Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifóide: S( ) N( )<br>Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )<br>Pulso: Rítmico ( ) Arritmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )<br>Colocação da Pele: Normocorada ( ) Palidez ( ) Cianose ( )<br>Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )                                                                                                                                                             |               |                                                                     |
| FR: RN 35-50<br>< 1 ano 30-50<br>Crianças 20-30<br>Adulto 12-30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | FC: RN 120-160<br>< 1 ano 90-140<br>Criança 80-110<br>Adulto 60-100 |





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 518305

Data e Hora: 20/02/2020 23:22

Senha da Classificação:

0031

Paciente: 134505 JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/01/1998 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: DANIELLE RODRIGUES CORREA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: RUA CENTO E SESENTA E C -

146

Bairro: JARDIM PAULISTA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso

Altura

Temperatura

Horas

Sinal Principal

Prontidão com relato de queda de nariz  
há 9h (com contusão infra m.5.0) (ver foto)  
Dor no (D) - nariz abotoado

Exame Físico

Nx com fratura de osso no septo superior do  
cartilagem do nariz

Hipótese Diagnóstica

Fx do 6.º? / fratura do osso? (D)

Prescrição Médica

Tac de osso (D)

Dr. Bruno F. Freire  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 20.150

Dr. Bruno F. Freire  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PE 20.150

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

Senha

( ) Transferido Para

( ) Encaminhado ao setor de internação



# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/02/2020 23:01



Nome Paciente: JOAO VITOR CORREIA DE FREITAS  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 14/01/1998  
Sexo: Masculino  
Idade: 22  
Senha: 0031  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

: 20/02/2020 23:16 - 20/02/2020 23:18

ROBERTA RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 445779 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

NÃO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PC ENCAMINHADO UPA DE PAULISTA COM SENHA 5887993 COM HD: FRATURA UMERO PROXIMAL D, APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTO HÁ APROX 7 HORAS

Observação:

NEGA ALÉRGICAS MEDICAMENTOSA/ HAS/ DM

Exatograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)  
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 0  
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 76.00 BPM  
- GLICOSE: 99.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 131.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 49.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %  
- TEMPERATURA(C): 35.40 °C

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

RECEBIDO  
HMA

Enfermeiro  
CARLA ROCHA LEMOS  
COREN-PE 154.995-8/99

Acolhido(a) por: ROBERTA RODRIGUES DE OLIVEIRA - COREN: 445779 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/02/2020 23:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES

Rua Estrada da Fazendinha, 5/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP.: 53.400 - 000

## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 518442

Usuário: ALESSANDRAPSF

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOAO VICTOR CORREA DE FREITAS  
Idade: 22a 1m 7d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO  
Profissão: Escolaridade: Prontuário: 134505  
R.G.: C.F.F.: 70421019441 Telefone: CEP 53407730  
Endereço: RUA CENTO E SESSENTA E QUATRO, 146 - JARDIM PAULISTA - PAULISTA - PE  
Data e Hora da Internação: 21/02/2020 16:27  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Plano: GERAL  
Convênio: SUS - INTERNACAO  
Unidade Internação: 5 AND - ORTOPEDIA I Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS Leito: ORTO-503-LEITO 004  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

### DADOS DO RESPONSÁVEL

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

FATURADO  
12/02/2020  
MADDA  
FATURISTA

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 09/03/20 Hora da Alta: 12:00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Boa

Diagnóstico Principal.....: FASTO (B)

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento.....: RAFI + Massagem + fisioterapia

REVISADO  
SCIH-HMA

João Marcelo Xavier  
Médico  
CRM- 17665

Assinatura e RG  
Responsável pela retirada do paciente

### 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 \_\_\_\_\_

X João Victor P. de Freitas  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1446678416

### Via para Pagamento

### Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

**Dados do Cliente**

**DANIELLE RODRIGUES CORREIA**  
 PROX A PADARIA PAN GOMES -  
 RUA SEXTENTA E QUATRO 146 -  
 LOTE 16 -  
 JARDIM PAULISTA/NAVARRO -  
 53409-150 PAULISTA PE -

**Atendimento ao Cliente**

 **CELPE - 116**  
 Atendimento 24 horas.  
 ANEEL - 167  
 Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

|                                |                            |
|--------------------------------|----------------------------|
| <b>Conta Contrato</b>          | <b>Nº da Nota Fiscal</b>   |
| 007034284142                   | 117627879                  |
| <b>Período de Fornecimento</b> | <b>Data da Nota Fiscal</b> |
| 23/06/2020 a 24/07/2020        | 24/07/2020                 |
| <b>Valor Nota Fiscal (R\$)</b> | <b>Data de Vencimento</b>  |
| R\$ 233,66                     | 11/08/2020                 |

| BANCO DO BRASIL S/A | 001-9 | Vencimento                      | Agência/Cd. Cedente | Espécie               | Quantidade | Valor do Documento                   | (-) Desconto/abatimento |
|---------------------|-------|---------------------------------|---------------------|-----------------------|------------|--------------------------------------|-------------------------|
|                     |       | 11/08/2020                      | 3064-3/91105-4      | R\$                   |            | R\$ 233,66                           |                         |
| (-) Outras deduções |       | (*) Mora/multa p/ dia de atraso |                     | (*) Outros acréscimos |            | Ficha de Caixa Autenticação Mecânica |                         |
| Nosso Número        |       | Nº do Documento                 |                     | Valor Cobrado         |            |                                      |                         |
| 28074600111514926   |       | 0345301144                      |                     | R\$ 233,66            |            |                                      |                         |

ICMS - Base de cálculo: R\$ 0,00 Aliquota: 25,00 Valor do Imposto: R\$ 50,49

Destaque aqui

