



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JEISON ALVES DE SOUZA SILVA, brasileiro, menor
IMPUBERE, representado por seu
genitor(a) FLÁVIO ERNESTINO DA SILVA brasileiro(a), estado civil
CASADO, Profissão: DESPACHANTE, RG: 7.699.192
expedição: SBS/PE, CPF nº. 058.544.604-57 residente e domiciliado na
Rua: PAV DE LECIAS, Bairro: CRUZ DA FLORESTA Cidade: CARASSU -
PE, CEP

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira,
solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av.
Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço
eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judícia",
conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou
Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e
testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a
ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer,
acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará
Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15,
podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em
que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse
dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que
se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais
despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 13 de ABRIL de 2018.

Flávio Ernesto da Silva
Outorgante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

SERVIÇO REGISTRAL DE IGARASSU

Av. MARIO MELO - 30, CENTRO, IGARASSU/PE

CEP: 53.610-600 Fone: (081)3543-4852

Email: servicoregistraldeigarassu@gmail.com

Certidão de Nascimento

NOME

JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA

MATRÍCULA:

077669 01 55 2002 1 00086 146 0045981 34

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) Vinte e quatro de agosto de dois mil e dois.		DIA 24	MES 08	ANO 2002
HORA DE NASCIMENTO 23h05min	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO PAULISTA - PE			
MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO IGARASSU - ESTADO DE PERNAMBUCO		LOCAL DE NASCIMENTO HOSPITAL CENTRAL		SEXO Masculino
FILIAÇÃO FLAVIO ERNESTINO DA SILVA e JOICE ALVES DE SOUZA				
AVÓS EDMILSON ERNESTINO DA SILVA e GILVANIZE MARIA DA SILVA (paternos) e EVARISTO PEDRO DE SOUZA e SEVERINA ALVES DE SOUZA (maternos)				
CEMPOS Não	NOME E MATRÍCULA DO(S) CEMPO(S) Nada consta.			
DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO) Um de outubro de dois mil e dois.		NÚMERO DA DNT Não informado.		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro A-86, as folhas 1466 sob o nº 45081. Não constam averbações à margem do termo.				

Nome do ofício
SERVIÇO REGISTRAL DE IGARASSU

MARIA DE FATIMA RODRIGUES NEVES
Oficial registradora

MISTEFFANY VANDERLEI DA HORA
Escrevente Autorizada

Município/UF
IGARASSU/PE

Endereço
AV. MARIO MELO, Nº 30

Selo nº 0677669 RZ101201601.01298
Consulte a Autenticidade do Selo Digital em: www.tpe.jus.br/selodi
ATO GRATUITO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
IGARASSU, 7 de abril de 2016.

Misteffany Vanderlei da Hora
OFICIAL / ESCRIVENTE AUTORIZADA

Serviço Registral de Igarassu
Misteffany Vanderlei da Hora
Escrevente Autorizada









NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JOICE ALVES DE SOUZA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA PAU DE LEGUA 10

CPF: 078.063.194-27 NIS: 16327667794

PAU DE LEGUA/CRUZ DE REBOUCAS
 GARASSUPE
 53600-000

CLASSIFICAÇÃO
 BT RESIDENCIAL
 BARRAGEM COMISS
 Monofásico

CONDIÇÃO CONTRATO 7025688320 MÊS/ANO 11/2017
 DATA DE VENCIMENTO 14/11/2017 DATA DE FÉTIMA LETURA 09/12/2017
 TOTAL A PAGAR (R\$) 101,41

Nº DA NOTA FISCAL 002264593
 SÉRIE ÚNICA
 EMISSÃO 07/11/2017
 APRESENTAÇÃO 07/11/2017 Nº DO CLIENTE 2016831555 Nº DA INSTALAÇÃO 8440477

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 50 kWh	53,0000000	6,23633914	7,08
Consumo Ativo superior a 50 até 100 kWh	75,0000000	0,40614262	29,36
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	91,0000000	0,80771379	66,39
Acrescimo Bandeira VERMELHA			7,41
Multa por atraso NF 000387158 - 07/10/17			2,96
Juros por atraso NF 000387158 - 07/10/17			0,16
Atualização ICPM NF 000387158 - 07/10/17			0,13

TOTAL DA FATURA

101,41

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE CONTAS	CONSUMO (kWh)
31037923	CAT	07-10-2017	554,00	07-11-2017	745,00	1,00000	191,00

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
PERÍODO	CONSUMO (kWh)	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
NOV 17 191	191	6,23633914	7,08
OUT 17 201	201	0,40614262	29,36
SET 17 128	128	0,80771379	66,39
AGO 17 128	128		7,41
Jul 17 91	91		2,96
JUN 17			0,16
MAY 17			0,13
ABR 17			
MAR 17			
FEV 17			
JAN 17			
DEZ 16			
NOV 16			

NOTA: Este documento é emitido em nome da Companhia Energética de Pernambuco, inscrita no CNPJ nº 10.835.932/0001-08, sob o nº de inscrição estadual nº 0005943-93, e é considerado documento válido para fins fiscais e contábeis. A validade deste documento é condicionada à sua autenticidade e integridade, sendo que qualquer alteração ou falsificação acarretará em responsabilidade legal para o emissor. Este documento não substitui a Nota Fiscal emitida pela Companhia Energética de Pernambuco.

NOTA: Este documento é emitido em nome da Companhia Energética de Pernambuco, inscrita no CNPJ nº 10.835.932/0001-08, sob o nº de inscrição estadual nº 0005943-93, e é considerado documento válido para fins fiscais e contábeis. A validade deste documento é condicionada à sua autenticidade e integridade, sendo que qualquer alteração ou falsificação acarretará em responsabilidade legal para o emissor. Este documento não substitui a Nota Fiscal emitida pela Companhia Energética de Pernambuco.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				NÍVEL DE TENSÃO		
TIPO DE INTERFERÊNCIA	VALOR (dB)	LIMITE (dB)	LIMITE (dB)	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	VALOR
DI	2,43	5,31	10,82	220	202	231
PI	1,00	3,50	6,60			
PO	2,43	2,03	0,00			

CONDIÇÃO CONTRATO 7025688320 MÊS/ANO 11/2017 DATA DE VENCIMENTO 14/11/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 101,41
 83860000001-8 01410011007-0 02568832010-0 10378068053-8



Souza em 16.00hs

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Consultório: 917452

Senha da Classificação:

P0048

Data e Hora: 02/11/2017 13:03

Paciente: 163751 JEIBSON ALVES DE SOUZA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 01/11/2012 Idade: 5 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: JOICE ALVES DE SOUZA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: ROSIMERE MARIA

22

Bairro: CRUZ DE REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53630778

Usuário Atendimento: IRANDIRAB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 91475280

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg

DATA: _____ HORA: _____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Dores no abdômen - de início a 1 semana antes da primeira menstruação e de início há 24h.

EXAME FÍSICO:

Inspeção: De constatação no fêmur anterior de fratura e de fratura de fêmur anterior. Fratura de fêmur anterior. Inspeção: De constatação no abdômen de fratura de fêmur anterior.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

1) Exatidão de fratura de fêmur anterior - fratura de fêmur anterior
2) Fratura de fêmur anterior - fratura de fêmur anterior

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

2 - fratura de fêmur anterior - fratura de fêmur anterior

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORÁRIO

1) (Cefalosporina 1g - 12h) - 15.29
2) (Cefalosporina 1g - 12h) - 15.29
3) (Cefalosporina 1g - 12h) - 15.29
4) (Cefalosporina 1g - 12h) - 15.29
5) (Cefalosporina 1g - 12h) - 15.29

Médico / Crampe:

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

Médico / Crampe:

Dr. MUYAN S. de ME
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 14013

16 NOV 2017

24 HORAS - IGARASSU

Formulário de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/11/2017 12:56

Nome Paciente: JEIBSON SIC

Cód. Paciente:

Data de Nascimento:

Sexo: Masculino

Idade: 15

Senha: P0048

Convênio:

Atendimento:

SAME:

Período: 02/11/2017 12:59 - 02/11/2017 13:01

KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Idade:

Dor: AMARELO

Queixa Principal: AFIRMA DOR EM MID E MSE APOS ACIDENTE DE MOTO SIC

Observação: ACIDENTE DE MOTO. SIC

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15

Acolhido(a) por: KALDERON TORRES RAFAEL - COREN: 5388 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/11/2017 13:01

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

paciente abrigado med. apresentou quadro de melancolia + recebeu alta em 16.06.18; acompanhado por familiares (Suspeito).
 16.06.18
 em tempo de refúgio P/HMA p/ meus próprios, autorizado p/ médico de plantão)

Ass: Juliana Alves

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: () Melhorada () Com Atestado

() TRANSFERÊNCIA

LOCAL:

HMA

SENHA:

5290283

() ÓBITO

Data:

/ /

AS

14.06.18

()

ATESTADO DE ÓBITO

()

SVO

()

IML

Médico / Cremeps:

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

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

DATA:

/ /

HORA:

: :

NOME LEGÍVEL:

RG:

GRAU DE PARENTESCO:

ASSINATURA:

RECEPÇÃO / CARIMBOS:



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência ☒ Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica () **SENHA 2260 262**
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Jaime da Silva Idade: 35
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Itapetininga - SP

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: Motocicleta (☒) 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: Paciente com dor no peito e no abdômen

Hipótese diagnóstica: Infarto agudo do miocárdio

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 () Deformidades do tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA			6 - Nº Prontuário	108792
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898003453963247	24/08/2002	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	JOICE ALVES DE SOUZA			12 - Telefone de Contato	8199348491
13 - Nome Responsável	FLAVIO ERNESTINO DA SILVA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	PAULO DE LEGUAS, 10 - CRUZ DO REBOUCAS				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
IGARASSU	260680	PE	53630970		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA CERCA DE 6H, APRESENTANDO FERIMENTO EM DORSO DO PE E EM JOELHO DIREITO.

21 - Condições que justificam a internação
FRATURA DE 2º MTT DIR

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA EXPOSTA DO 2º MTT DIR	S023	W199	0408050209

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento	
REDUCAO INCRUENTA DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS	0408050209	
30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	02/11/2017	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetos			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	

AIH
261710093972-8

Código do Laudo: 401956



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 401964

Usuário: JACKELINEEFL

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

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA
Idade: 15a 2m 9d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: Escolaridade: Telefone: 10
Endereço: PAULO DE LEGUAS CEP 53630970 - IGARASSU - PE
Origem: INTERNACAO
Convênio: SUS - INTERNACAO
Data e Hora da Internação: 2/11/2017 19:35
Plano: GERAL
Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-20
Medico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 03/11/17 Hora da Alta: 10:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Bom
Diagnóstico Principal..... Frac. espont. de 2º MIT @
Diagnóstico Secundário01.: lesão parcial de tendão de quadríceps
Diagnóstico Secundário02.:
Prescrição..... 1kgc + dx + pie k m
2MIT + tenossinovite do
quadríceps
Médico e CRM: Dra Luciana Mosa CRM 17171 Ortopedia

Assinatura e RG do 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 03 de 11 de 17

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/11/2017 16:21



Nome Paciente: JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA
Cód. Paciente: 108792
Data de Nascimento: 24/08/2002
Sexo: Masculino
Idade: 15
Senha: 0020
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 401956
SAME: 96442

Período: 02/11/2017 16:53 - 02/11/2017 16:54

RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA - COREN: 332323 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE CRUZ DE REBOLSA COM SENHA: 5290262 HD:
FERIMENTO EXTESO EM JOELHO D+ FRATURA 2º MTT D

Observação:

HAS-DM-ALERGIAS-

luxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 94.00 BPM
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
VERIFICADO

Acolhido(a) por: RENATA ASSUNCAO MARTINS DE OLIVEIRA - COREN: 332323 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/11/2017 16:56

Página 1 de 1

tema de Acolhimento com Classificação de Risco

Atendimento: 401956
Data e Hora: 02/11/2017 16:26

Senha da Classificação:

0020

Paciente: 108792 JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 24/08/2002 Idade: 15 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: JOICE ALVES DE SOUZA Nome do Pai: FLAVIO ERNESTINO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: PAULO DE LEGUAS 10 Bairro: CRUZ DO REBOUCAS
Cidade/UF: IGARASSU PE Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

eso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Relato de acidente de moto no dia 01/11/2017, com lesão no membro superior direito e lesão no membro inferior direito.

Exame Físico

neurocirculação preservada. hemodinâmica estável. pulso de 120 batimentos por minuto.

Hipótese Diagnóstica

Lesão extensa do membro superior direito + fratura exposta do membro inferior direito.

Prescrição Médica

1 - Analgésico intravenoso

2 - Antibiótico intravenoso de amplo espectro

Dr. Thiago Antônio F. Costa

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido Para
() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Comade Glasgow (EGG)

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 Respostas Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando
Localiza Estímulo Doloroso
Retirada ao Estímulo Doloroso
Descorticação
Descerebração
Sem Resposta Motora

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Mídrise () Miose ()

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderada
ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()
Lesões Intra-Torácicas: S() N() Fraturas Pélvis: S() N()
Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S() N() Informante: Vitima () Outros ()
Hábito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S() N() Informante: Vitima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Langa-perfume () Anfetamina () Êxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização Taça Gessada: S() N()

Antibióticoterapia: S() N() Especificar: Colocefaloxima

Oxigenioterapia: 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

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:

Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Hora: 14:50

Dr. Aurivaldo R. de Melo
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 14013

02 NOV 2017

Médico Assistente

Local e data

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JEBSON ALVES DE SOUZA SILVA REG: 108792

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
2/11/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
02/11/17	HD FX EXPOSTA 2° MTT DIR
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 5H, APRESENTANDO FERIMENTO EM DORSO DO PÉ E EM JOELHO DIREITO.
	RX: FRATURA DE 2° MTT DIR
	NV PRESERVADO, SEM SANGRAMENTO ATIVO
	CD: INTERNAMENTO, AO BLOCO
03/11/17	# 500 #
10:00	# 10.11 Pres. suporte de 2° MTT G -
	1° DPO CC + DC + pK
	1) Ferimento de penetração
	crato de tecido de granulação
	(paralelo) - 1° DPO Amarelo
	Pto. insulável sem eliminação
	em queixa
	EBB, semirrigida, diminuída
	PO: limpa, seca, sem flegm
	Rx → boa reação cap e motor
	CO: Alta de cicatrização e tela
	gástrica e controle analógico

Marilia Lima Gomes
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13340

Dra. Luciana Mose
CRM 17171
Trauma - Ortopedia

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

Página.: 0001
Data.: 02/11/2017
Hora.: 22:43

Visão de Cirurgia : 46029
Paciente : 108792
Convênio Atend. : 1
Leito : 696
Dt. Início : 02/11/2017 21:02

Sala : 0001 SALA 01
JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-20
Dt. Fim : 02/11/2017 22:28

Atendimento : 401964
Carteira :
Idade : 15 Anos 9 Dias 22 Horas

Pré-Operatório : S923
Pós-Operatório : S923

FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Procedimentos

Procedimento: 0408050462

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIA NOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Convênio: 001
Anestesia: 05

Equipe Médica

CIRURGIAO

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DO 2º MTT DIREITO+ LESÃO PARCIAL DE TENDÃO QUADRICIPTAL E FERIMENTO EXTENSO EM JOELHO DIREITO
INDICACAO TERAPÊUTICA: LIMPEZA CIRURGICA+ FIXACAO DA FRATURA DE 2º MTT COM FK + TENORRAFIA DE TENDÃO QUADRICIPTAL E SUTURA EM MID
COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS:
CONDIÇÕES PRÉ - OPERATÓRIAS IMEDIATAS

OPERADOR: DR. SORMANE
1º AUXILIAR: DRA. MARILIA
ANESTÉSICO: RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA: DRA. SIMONE
TIPO DE INTERVENÇÃO:
ACIDENTES E MEDICAÇÃO DURANTE A INTERVENÇÃO:
AGNÓSTICO OPERATÓRIO/CÓDIGO:

RELATO DE INTERVENÇÃO

VIA DE ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS
SUTURA DRENAGEM - SÍNTESE MATERIAL EMPREGADO- CURATIVOS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO E DESBRIDAMENTO EM PE DIREITO, ENTRE O 1º E 2º PDD
5. ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA DO 2º MTTD
6. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 8.000ML
7. REDUÇÃO E ESTABILIZAÇÃO DE FRATURA COM FK 1,5 INTRAMEDULAR NO 2ºMTTD
8. SUTURA DE FERIMENTO EM PE DIREITO
9. ABORDAGEM DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO, VISUALIZADO LESÃO PARCIAL DE TENDÃO QUADRICIPTAL
10. LAVAGEM EXAUSTIVA DE FERIMENTO E TENORRAFIA DO TENDÃO QUADRICIPTAL EM JOELHO DIREITO
11. DEBRIDAMENTO E SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO
12. CURATIVO ESTÉRIL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Marilia Lima Gomes
Cirurgia Plástica
CRM 15.000

Atendimento: 401964
Dt Atendimento: 02/11/2017 - 19:35
Dt Alta: 03/11/2017 - 13:29
Paciente: 108792 JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Leito: 70 ORTL-511-LEITO 002
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Plano: 1 GERAL
Usuário: FLAVIACAW
CID: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

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

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: SERBOSA JUIZ DE PAZ SILVA REG: 108792
IDADE: 17 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 02/11/11 DATA DA ALTA 03/11/11
DIAGNÓSTICO: 1) Eletrocardiograma de 25mm/s
2) Exame de urina com leucócitos
3) Exame de urina com hemácias

TRATAMENTO REALIZADO:

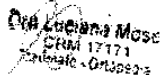
1) 100mg de Oxitetraciclina com 02/11/11
2) 100mg de Oxitetraciclina com 02/11/11
3) 100mg de Oxitetraciclina com 02/11/11
4) 100mg de Oxitetraciclina com 02/11/11
5) 100mg de Oxitetraciclina com 02/11/11

ORIENTAÇÃO:

1) Manter a medicação
2) Não fumar
3) Continuar com a medicação
4) Continuar com a medicação

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM() NÃO() com 02 meses
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 03/11/11 (M. Francisco Costa)


Dr. Luciana Mose
CRM 17171
Otorrinolaringologista

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/3ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0123000249**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/02/2018** às **16:31**

Complementa o BO Número: **18E0123000248**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/11/2017** às **13:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 1, ESTRADA DE MANJOPE - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FLAVIO ERNESTINO DA SILVA (NOTICIANTE)
EDUARDO LACERDA BELEM (OUTRO)
JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse do(a) Sr(a): JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA

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

FLAVIO ERNESTINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GILVANIZE MARIA DA SILVA** Pai: **EDMILSON ERNESTINO DA SILVA** Data de Nascimento: **28/9/1990** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7699142/SS-PE (RG), 05854420457 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ARBITRO DESPORTIVO** Telefones Celulares: **- 983908207**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 10, RUA PAU DE LEGUAS, BONFIM 03 - CEP: 55000-000 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOICE ALVES DE SOUZA** Pai: **FLAVIO ERNESTINO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/8/2002** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares: **- 93484914**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 10, RUA PAU DE LEGUAS, BONFIM 03 - CEP: 55000-000 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDUARDO LACERDA BELEM (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**



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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO LACERDA BELEM**, que estava em posse do(a)

Sr(a): **JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKV2369** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

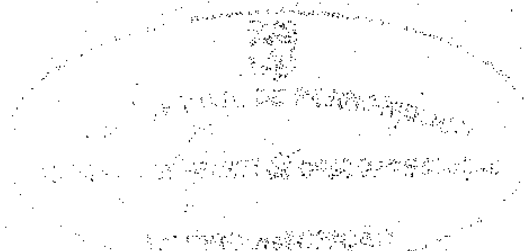
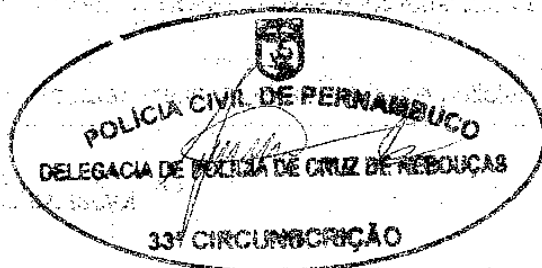
Complemento / Observação

INFORMA O SENHOR FLÁVIO QUE JEIBSON É SEU FILHO MENOR DE 15 (QUINZE) ANOS DE IDADE E QUE NA HORA DO FATO SEU FILHO PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA KKV-2369, QUANDO EM UMA CURVA ELE PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO E VEIO A CAIR AO SOLO SENDO SOCORRIDO POR UMA PESSOA QUE PASSAVA NO LOCAL, QUE O LEVOU ATÉ A UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS, IGARASSÚ, PE E EM SEGUIDA FOI EM AMINHADO AO HOSPITAL MIGUEL ARRAES, PELO EXPOSTO VEIO A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR O FATO.

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


FLAVIO ERNESTINO DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **JAIR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3811751**



PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE
SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO JEIBSON ALVES DE SOUZA SILVA
CPF/CNPJ: 05854420457

Posição em 29-03-2018 08:41:55

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/03/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
23/03/2018	Interrupção de Prazo	
21/03/2018	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)**PAGUE SEGURO**[seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo](https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo)