

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DANIEL AMARAL DA SILVA, Brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: MOTOBOY, portador (a) do RG nº 10207841 e CPF nº 72163201473, residente e domiciliado(a) na Rua 70 BL 16, ALDO BONAPARTE II, Fátima, Cidade: PAULISTA, CEP: 53402123, Tel./Whatsapp: 987021769, E-mail: _____

OUTORGADOS: **RODRIGO ALVES DIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351 e **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 53.167. Ambos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Salas 06/07, Recife – PE, CEP 50750-630.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e connecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive requerer os benefícios da justiça gratuita em favor do seu constituinte, como também retirar alvará judicial de pagamento em cartório, e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, quando necessário podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

Daniel Amaral da Silva
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **RETER** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

PAULISTA 07 DEZEMBRO de 2020
Daniel Amaral da Silva
CONTRATANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, DANIEL AMARAL DA SILVA,
brasileiro (a), profissão: MOTOBOX, carteira de
identidade/RG nº 10207841, inscrito (a) no CPF sob o nº
71163001473, residente e
domiciliado (a)
RUA 70, 16, AL. 16, RES. LUIZ BONAPARTE, FLORES, FRAGOSO, PAULISTA CEP:
53402723 declaro sob as penas da lei que não tenho
condições de arcar com custas processuais, bem como quaisquer custos
adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto
requero os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei
1060/50.

PAULISTA, 07 de DEZEMBRO de 2020.

Daniel Amaral da Silva
Declarante





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 53030-010

DADOS DO CLIENTE
MARCELO AMARAL DA SILVA MATRÍCULA: 106584677 Mar/2020
R SETENTA, N. 00025 - BLOCO 16 APT 04 - FRAGOSO OLINDA PE 5309
0-500
INSCRIÇÃO: 096.360.780.0080.030 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 106584677

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A11S122889	DATA LEIT. ANTERIOR 13/03/2020	DATA LEIT. ATUAL 13/04/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO

ÁGUA: LEIT ANT: 443 CONSUMO: 8
LEIT ATU: 451
LEIT FAT: 451
ESGOTO: LEIT ANT: VOLUME: 8
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
02/2020 08 /08	TURBIDEZ	115	115	111
01/2020 08 /08	COR APARENTE	115	115	79
12/2019 11 /11	CLORO RESIDUAL	115	115	115
11/2019 07 /07	COLIF. TOTAIS	115	115	111
10/2019 07 /07	E. COLI	115	115	115
09/2019 06 /06				
MÉDIA: 08 /08				

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	8 M3	44,08
ESGOTO 100,00 % DO VALOR DE ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO	8 M3	44,08
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2020		1,76

IMPRESSO EM: 13/04/2020 10:21:21



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 07/12/2020 11:25:38

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711253849100000070724471>

Número do documento: 20120711253849100000070724471

pt.phixr.com/photo/printphoto/40142124





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0114003618**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/07/2020** às **08:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/6/2020** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 01** - Bairro: **MARANGUAPE I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53444-390**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO (AUTOR \ AGENTE)
PRYSCILLA HENRIQUE LOURENCO GONDIM (OUTRO)
MT DE ALBUQUERLE EIRELE ME (OUTRO)
DANIEL AMARAL DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL AMARAL DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO

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

DANIEL AMARAL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS** Data de Nascimento: **20/8/1997** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **102007841/SDS/PE (RG), 71163001473 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOBOY**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE FRAGOSO (BAIRRO), 16, RUA 70 BLOCO 16 APTO 04 RESIDENCIAL LUIZ BONAPARTE II - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

PRYSCILLA HENRIQUE LOURENCO GONDIM (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **NEUZA LOURENCO GONDIM** Pai: **EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO** Data de Nascimento: **31/8/1987** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6379026/SDS/PE (RG), 06402926400 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ASSISTENTE ADMINISTRATIVO**
Endereço Residencial: **RUA PALMEIRINHA, 400 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MT DE ALBUQUERLE EIRELE ME - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MT DE ALBUQUERLE EIRELE ME**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL AMARAL DA SILVA**



27/07/2020

Boletim de Ocorrência

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 250 TENERE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFC9381** (PERNAMBUCO/PAULISTA)

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PRYSCILLA HENRIQUE LOURENCO GONDIM**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/DUSTER** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **ORG0819** (PERNAMBUCO/PAULISTA)

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA CONDUZIA A MOTO QUALIFICADA NESTE DOCUMENTO E O AUTOMOVEL RENAUT DUSTER CONDUZIDO POR EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO MUDOU DE FAIXA DE TRANSITO SEM SINALIZAR PROVOCANDO A COLISAO CONTRA A MOTO FAZENDO O NOTICIANTE PERDER O EQUILIBRIO E CAIR NA PISTA DE ROMAMENTO . O NOTICIANTE DECLAROU QUE UMA EQUIPE DO SAMU O REMOUEU PARA A UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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

Daniel Amaral da Silva

DANIEL AMARAL DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Sandra Maria Medeiros Fialho** - Matrícula: **3853985**
(Liberado em **27/07/2020** às **08:50**)



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	17/6/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	17/6/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:			
DANIEL AMARAL DA SILVA			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
Paciente vítima de acidente de trânsito, ocorrendo fratura exposta de J:			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):			
Osteotomia e fixação. Paciente submetido a cirurgia e osteossíntese C1/fix de KIRSCHNER			
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	Paciente submetido a Fisioterapia
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?	☐ SIM	☒ NÃO	
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Paciente C1 fratura exposta (GRAU II) de
2º	2ª osteotomia e fixação. Paciente apresenta
3º	C1 com CRÂNICA e dor + déficit de
4º	flexão + extensão. Paciente C1 com dor +
5º	Paciente C1 déficit de força + Sensação deficiente

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 3/9/2020 A 7/9/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 07/12/2020 11:25:39
 https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711253916000000070724474
 Número do documento: 20120711253916000000070724474

Assinatura e Carimbo: *Dr. Cesar Leal*
 CRM - 12396





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário			
DANIEL AMARAL DA SILVA	137235			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor	10.1 - Etnia
203344804090018	20/08/1997	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA	8198471236			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA				
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)				
RODOVIA BR-101 NORTE DE 0000051001 A 0000056001, - PARATIBE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
PAULISTA	261070	PE	53413000	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
fx exposta de 5° MTD

21 - Condições que justificam a internação
As acima

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
Raio X			
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
fx exposta de 5° MTD	S903	V299	

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
	04.08.05.		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
		(X) CNS () CPF	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)	
PLANTONISTA ORTOPEDIA	18/06/2020	Hudyson Oliveira Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 26.720 12346	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)	
	Adalberto Telino Traumatologia / Ortopedia CRM-PE 20671 TEOT: 15666	

AIH
262010249744-1



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/06/2020 00:08

Nome Paciente:	DANIEL AMARAL DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	20/08/1997
Sexo:	Masculino
Idade:	22 anos
Senha:	0002
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 18/06/2020 00:23 - 18/06/2020 00:31

KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor: **VERMELHO**

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA COM SENHA 5957719. VÍTIMA DE ACIDENE DE MOTO . APRESENTA DOR E FERIMENTO EXPOSTA DE 5º MTTE

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITÂ DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 99.00 BPM
- GLICOSE: 101.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 125.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 68.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO
VERMELHO

Acolhido(a) por: KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/06/2020 00:31



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 07/12/2020 11:25:39

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711253934200000070723065>

Número do documento: 20120711253934200000070723065



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 529038

Senha da Classificação:

0002

Data e Hora: 18/06/2020 00:37

Paciente: 137235 DANIEL AMARAL DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/08/1997 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA

Nome do Pai: MARCELO AMARAL DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RODOVIA BR-101 NORTE DE I --

Bairro: PARATIBE

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: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de queda de Moto após f.
com fratura exposta de 5º MTTD

Exame Físico

fx exposta de 5º MTTD

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

1) Interno + Ao bloco

Hudson Oliveira Rocha

Ortop.

Tratamentologia

26.720

+ Dr. Crystian

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5957 719

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Daniel Amaral da Silva Idade: 22a

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Olinda

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: Por última de acidente de moto, hoje apresentando
dor e ferimento em pé (E). Não perda de consciência e
vômitos.
Hipótese Diagnóstica: Fratura Exposta de 5º MTE.

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



Aviso de Cirurgia : 65228
Paciente : 137235
Convênio Atend. : 1
Leito : 508
Dt. Início : 18/06/2020 02:00

Sala : 0002 SALA 02

DANIEL AMARAL DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERMELHO - EXTRA 018
Dt. Fim : 18/06/2020 03:30

Atendimento : 529039
Carteira :
Idade : 22 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050713 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

URGIAO

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA QUINTO METATARSO ESQUERDO
CIRURGIA: LC + DC + REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM FIO K-
CIRURGIÃO: DR HYGINO
1º AUXÍLIO: DR HUDYSON ROCHA
ANESTESISTA: DRA MAIENA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISAO DORSAL A NIVEL DO QUINTO META E
5. REDUÇÃO DA FRATURA
6. LIMPEZA COM SF 0,9%; 5.000ML
FIXAÇÃO COM 01 FIO DE K 2-0
7. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
8. SUTURA COM NYLON 2.0
9. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:

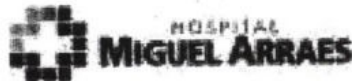
Descrição Complementar

30 06 2020

Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26.720

DR(A) : HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CRM : 14859





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DANIEL AMARAL DA SILVA

DATA NASC.:

20/08/1997

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG:137235

IDADE:[Geren **SEXO:**M

DATA DA ADMISSÃO:18/06/2020

DATA DA ALTA: 18/6/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 18/06 – LC + DC + RFFI COM FIOS K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- FAZER USO DE CEFALEXINA POR 14 DIAS;
- DOBRAR O JOELHO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA ZERO EM MEMBRO OPERADO;
- 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: TALA AXILO-PALMAR DE BOM ASPECTO COM CURATIVO ESTÉRIL LIMPO

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: ____/____/____

André Chaves de Miranda
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE: 29446

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



Atendimento: 1624412

Data e Hora: 17/06/2020 11:18

Senha da Classificação:

P0020

Paciente: 195288 DANIEL AMARAL DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/08/1997 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA Nome do Pai: MARCELO AMARAL DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA SETENTA

25

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53090500

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade): 10207841

SDS

Data de Emissão: 30/01/2018

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 71163001473

Fone: 86521931

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Relato Principal

Paciente trazido pelo SAMU, vítima de colisão moto-carro;
Apresentando dor em tornozelo e em pé.
Negou perda de consciência e vômitos. Negou demais queixas.
Refere tontura e náusea.

Exame Físico

ECG: consciente, orientado ECG = IS.

Exame físico: SI dor a mobil. cervical e compressão bêmica

Dor a mobilidade do pé e TNZ.

Rx de pé e TNZ: Fract. Exposta de 5º MTE.

Hipótese Diagnóstico

Fract. Exposta de 5º MTE.

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

1) Sol. avaliação do clínico.

2) Acalotina 100 - JFA + AD EV

3) Dipirona 500mg + AD EV

4) Curativo

5) Tala Bota.

6) Onda sonora 500mg + AD EV

MOBILIZAÇÃO

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: _____ Senha: _____

Camyla Coelho
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE 22442

Carimbo/Médico



1624412

PA 2 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/06/2020 11:14

Nome Paciente: DANIEL AMARAL D ASILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/08/1997
Sexo: Masculino
Idade: 22 anos
Senha: P0020
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 17/06/2020 11:15 - 17/06/2020 11:16

EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO SAMU PAULISTA COLISAO CARRO MOTO ESCORACOES EM MMSS MMII
CORTE EM MIESQ

Observação: ALERGIA-

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/06/2020 11:16

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 07/12/2020 11:25:39

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711253956900000070723066>

Número do documento: 20120711253956900000070723066

Num. 72140297 - Pág. 2

Atendimento: 1624438

Senha da Classificação:

0048

Data e Hora: 17/06/2020 13:30

Paciente: 195288 DANIEL AMARAL DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 20/08/1997 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA Nome do Pai: MARCELO AMARAL DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456
Endereço: RUA SETENTA -- 25 Bairro: RIO DOCE
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53090500 Usuário Atendimento: DANIELEMS
RG (Identidade): 10207841 SDS Data de Emissão: 30/01/2018
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 71163001473 Fone: 86521931
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 13:35h

Queixa Principal

Paciente com história de queda de um braço com dor em
HMB com relato de trauma por supressão. O membro,
membros. Paciente foi avaliado no ortopedico.

Exame Físico

GOB, bem-estar, eutímico, eutímico
SN. pulso, insensível, frotamento, 21 dif. de força

Hipótese Diagnóstica

1. Queda de membro

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

1. Alto do clínico, médico
2. Exame de transferência do ortopedico

Destino: 2 Encaminhado ao Ambulatorio

Transferido:

Para:

Camila Cândido Albuquerque
Médica
CRM-PE 25829

Carimbo/Médico

Carlos Medeiros
Psiquiatra
CRM 11.333
SUS 181112637460018



FARMÁCIA DI
ATENDIMENTO



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/06/2020 13:29

Nome Paciente: DANIEL AMARAL DA SILVA
Cód. Paciente: 195288
Data de Nascimento: 20/08/1997
Sexo: Masculino
Idade: 22 anos
Senha: 0048
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 17/06/2020 13:30 - 17/06/2020 13:30

ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: ORTOPEDIA SOLICITA AVALIACAO DA CM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: CLINICA GERAL

Acolhido(a) por: ADRIANA MAIA TORQUATO - COREN: 64402 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/06/2020 13:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 07/12/2020 11:25:39

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711253956900000070723066>

Número do documento: 20120711253956900000070723066

Num. 72140297 - Pág. 4



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338777

Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL AMARAL DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: DANIEL AMARAL DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000008310

Conta: 0000038495-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01279/01280 - carta_15R - INVALIDEZ

