

PROCURAÇÃO

PARTE OUTORGANTE:

Nome: Gustavo Henrique Alves Freire
brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: comerciante RG
nº 6.585.816.505/PE CPF/MF nº 058.985.724-06, com
endereço residencial na Rua Maria Judite Gomes, 222,
Bairro Novo - Olinda - PE.
CEP. 53130-080.

PARTE OUTORGADA:

GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS e BRUNA VITALINO DA CONCEIÇÃO, brasileiras,
sendo a primeira advogada, devidamente inscrita na OAB/PE sob o nº 17.828 e a
última estudante de direito, todos com endereço profissional à Rua Francisco Alves,
105, sala 104, Recife – PE, onde recebem as intimações legais.

PODERES:

Para representar a PARTE OUTORGANTE em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal,
com poderes incluídos nas cláusulas "ad judícia" e "ad judícia et extra", podendo
propor ações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, transigir, recorrer,
desistir, renunciar a crédito, receber valores e dar quitação, levantar quantias em
depósito judicial através de Alvará, firmar compromissos, substabelecer no todo ou
em parte, bem como todos os poderes permitidos em direito sempre no interesse
do outorgante.

Recife, 05 de Novembro de 2020

Gustavo Henrique A. Freire
outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Gustavo Henrique Alves Freire,
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 6.585.816 SDS/PE,
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 058.985.724-06, residente
na Rua Maria Judite Lima, 222,
Barro Novo - Olinda - PE.
Cep. 53130-080

declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei de Assistência Judiciária nº
1.060/50 e demais legislações aplicáveis à espécie, e sob minha própria
responsabilidade, que não tenho condições financeiras de pagar custas do
processo, despesas com publicações e/ou outras despesas concernentes, sem
prejuízos próprios.

Recife, 05 de Novembro de 2020

Gustavo Henrique A. Freire
Declarante





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	6.585.816
DATA DE EXPEDIÇÃO 29/08/2005	
NOME << GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE >>	
FILIAÇÃO << JUBILEU DE SANTANA FREIRE >>	
<< VALERIA VANDA ALVES >>	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
PAULISTA - PE	03/01/1986
DOC. ORIGEM << CN.49857 L.43A F.79 CART.OLINDA-PE-07-02-1986 >>	
CPE	058 985 724-06
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
F-16 62.645	







Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.933/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
VALERIA VANDA ALVES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA JUDITE LINS 222

CPF: 360 128 824-91

BAIRRO NOVO/OLINDA
OLINDA/PE
53130-080

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
0775557036	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
18/06/2019	27/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	294,52

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	DATA
083893170	UNICA	29/05/2019
Nº DA UNIDADE	Nº DA INSTALAÇÃO	
29/05/2019	2000358740	2004722

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	337,000000	0,80239297	270,37
Acréscimo Bandeira AMARELA			4,74
Contrib. Ilum. Pública Municipal			17,46
ICMS Subvenção-CDE-NF 0563R1176-28/03/19			1,95

TOTAL DA FATURA

294,52

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
53070809	CAT	25/04/2019	39 849,00	29/05/2019	40 186,00	30	337,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
MÊS/ANO kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição de Energia	R\$	%
MAR 19 337		ICMS	275,11	25,00	68,77	Transmissão	R\$ 9,74 3,54%
ABR 19 349		PIS	275,11	1,16	3,19	Distribuição (Celpe)	R\$ 59,08 21,48%
MAR 19 349		CCFINS	375,11	5,37	14,77	Perdas de Energia	R\$ 18,81 6,76%
FEV 19 321						Encargos Setoriais	R\$ 13,88 5,02%
JAN 19 380						Tributos	R\$ 86,73 31,52%
DEZ 18 273						Total	R\$ 275,11 100%
NOV 18 309							
OUT 18 303							
SET 18 291							
AGO 18 284							
JUL 18 312							
JUN 18 298							
MAR 18 314							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento por meio de boleto ou depósito em nome de: 0037 baldoar/19 multa/19. Se não quiser pagar o boleto, envie e-mail para: giselle.valencia@celpe.com.br. Na data de leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em: www.celpe.com.br. Cobrança ICMS sobre a subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 28.458/13. A partir de 28/04, tarifa com reajuste médio de 5,58% para Banda Tarifa e 3,75% para Alta Tarifa-REH 2.535/13. O cliente é compensado quando há violação da continuidade individual ou do nível de tensão do fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Repel 14/ANELL), Art. 1º da Lei 10.438/02 e atualização monetária no pro. inde. O cliente é compensado quando há desatendimento do preço definido para as condições de atendimento comercial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES		NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
OLINDA	0,00	220	202 231
DMG	0,00		
FIQ	0,00		
DMIG	0,00		

CONSUMO	VALOR	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
OLINDA	0,00	4,83	9,67	19,34
DMG	0,00	3,17	6,35	12,70
FIQ	0,00	2,58	0,00	0,00
DMIG	0,00	0,00	0,00	0,00

CONTA CONTRATO 0775557036 MÊS/ANO 05/2019 DATA DE VENCIMENTO 18/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 294,52

83830000002-0 94520011000-1 77555703610-7 13948897713-0





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0135004318

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/11/2019** às **15:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **16/5/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARPINA, 1, PE 90 - EM FRENTE ITAIPAVA** - Bairro:
BAIRRO NOVO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO (AUTOR \ AGENTE)
GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO

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

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALERIA VANDA ALVES** Pai: **JUBILEU DE SANTANA FREIRE** Data de Nascimento: **3/1/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE OLINDA (BAIRRO), 278, RUA VULCÃO - CASA 03 - BAIRRO BOM SUCESSO - CEP: - Bairro: - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

PETRUCE JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **PDE0540** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **116724828** Chassi: **9C6RG5010K0014990**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2019** Combustível: **GASOL/GNV**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PETRUCÉ JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PETRUCÉ JOSÉ LEAL HELIODORO FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELEL/JEEP/COMPASS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

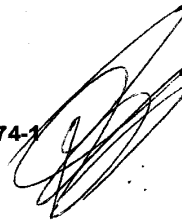
O QUEIXOSO DECLARA QUE QUANDO TRAFEGAVA SENTIDO NA PE-90, SENTIDO LIMOEIRO, EM FRENTE A ITAIPAVA, UM JEEP COMPASS, CONDUZIDO POR PETRUCÉ JOSÉ, TENTOU FAZER UMA ULTRAPASSAGEM E ATINGIU DE FRENTE O QUEIXOSO QUE FOI ARREMESSADO POR CIMA DO CARRO E TEVE FRATURA EXPOSTA NO RADIO DO BRAÇO DIREITO. O QUEIXOSO FOI SOCORRIDO PELO SAMU E POSTERIORMENTE, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, ENCERRO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Gustavo Henrique A. Freire

GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
(VITIMA)

B.O. registrado por: **PEDRO CELESTINO NETO** - Matrícula: **221.474-1**



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

REG:125741

IDADE:33

SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:16/05/19

DATA DA ALTA: 17/5/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDMENTO + REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR MARCONDES MEIRELES(SETOR DE AMBULATÓRIOS, N.º 1, 1º ANDAR, 1º TERREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- MANTER TALA AXILO-PALMAR, CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR;
- MEXER DEDOS DA MÃO DIREITA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO 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.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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

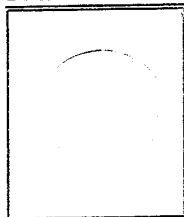


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/05/2019 14:55



Nome Paciente: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
Cód. Paciente: 125741
Data de Nascimento: 03/01/1986
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0021
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 477969
SAME: 112499

Período: 16/05/2019 15:12 - 16/05/2019 15:18

IVIANE KELLY SENA DO NASCIMENTO - COREN: 399103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE CHEGA AO SERVIÇO ENCAMINHADO DE CARPINA COM SENHA PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA APOS ACIDENTE COLISÃO CARRO X MOTO, COM FX DE RADIO SE QUEIXA DE DOR, NEGA VOMITO E DESMAIO NEGA PERDA DA CONSCIENCIA

Exatidão:

NEGA DM
NEGA HAS
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

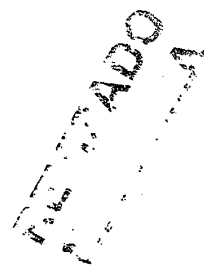
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 81.00 BPM
- GLICOSE: 99.00 MG/DL
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C



HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não ()
Local
Enfermeiro
Coren: 399103

Acolhido(a) por: IVIANE KELLY SENA DO NASCIMENTO - COREN: 399103 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/05/2019 15:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 477969 Prontuário: 125741 SAME: 112499 Hora Atend: 15:00 Data Atend:16/05/2019
Paciente..... : GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE Idade: 33 a
Endereço..... : RUA VULCAO
Bairro..... : BONSUCESSO
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53240110
Convênio..... :SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 16/05/2019 Hora Saída : 18:25

Prestador da Evolução Médica: JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA

DIAGNOSTICO

INTERNAMENTO SOLICITADO PELA ENFERMEIRA OSCALENY

JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA / 15979
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 477983

Usuário: ELISAMASP

DADOS DO PACIENTE

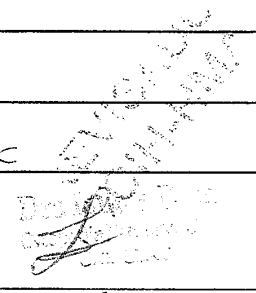
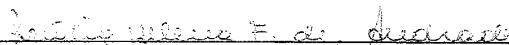
Paciente:	GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE			Prontuário:	125741
Idade:	33a 4m 11d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	03/01/1986
R.G.:	6585816	C.P.F.:		Telefone:	34321672
Endereço:	RUA VULCAO		, 278 - BONSUCESSO	CEP	53240110
					- OLINDA - PE
Dados da Internação					
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação:	16/05/2019 18:26		
Convênio:	SUS - INTERNACAO	Plano:	GERAL		
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA		
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito:	VERD2-EXTRA		

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

29 05 19

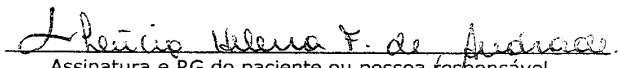
DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta:	17 / 05 / 19	Hora da Alta:	
Motivo:	☒ Melhorado	☐ A Pedido	☐ Transferência
	☐ Óbito	☐ Evasão	
Condições de Alta:	Boas condições clínicas		
Diagnóstico Principal.....:	Fratura exposta distal do Radio D		
Diagnóstico Secundário01.:			
Diagnóstico Secundário02.:			
Procedimento.....:	LC + DC + RHT e / Fx K		
			
	Médico e CRM:		
			
	Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG		

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 _____


Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





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	GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE			6 - Nº Prontuário	125741
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
	03/01/1986	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	VALERIA VANDA ALVES			12 - Telefone de Contato	8198888802
13 - Nome Responsável	LUCIA HELENA FERREIRA			14 - Telefone de Contato	34321672
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA VULCAO, 278 - BONSUCESSO				

16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
OLINDA	260960	PE	53240110

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HA 4H, APRESENTANDO DEFORMIDADE EM PUNHO D COM LESÃO CUTÂNEA LOCAL, ALÉM DE DOR EM TORNOZELO D. NEGA COMORBIDADES OU ALERGIAS.

21 - Condições que justificam a Internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE OUTRAS PARTES E DE PARTES NÃO ESPECIFICADAS DO PUNHO E DA MÃO	S628 SS25	V299 V239	040802045

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO OU FRATURA / LUXAÇÃO NO PUNHO	040802045

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016277746192
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA	16/05/2019	15979	

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 Trajeto			

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	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
261910217423-8

Código do Laudo: 477969





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE

REG:125741

IDADE:33 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:16/05/19

DATA DA ALTA: 17/5/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DISTAL DE RÁDIO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDMENTO + REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS K

ORIENTAÇÕES:

- ➔ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR MARCONDES MEIRELES(SETOR DE AMBULATÓRIOS, N.º 1) TERREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- ➔ MANTER TALA AXILO-PALMAR, CUIDADO PARA NÃO DANIFICAR;
- ➔ MEXER DEDOS DA MÃO DIREITA CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA;
- ➔ NÃO LEVANTAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR DIREITO 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.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



Atendimento: 477969
Senha da Classificação:
0021
Data e Hora: 16/05/2019 15:00

Paciente: 125741 GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 03/01/1986 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: VALERIA VANDA ALVES Nome do Pai: JUBILEU DE SANTANA FREIRE
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: RUA VULCAO -- CASA 3 278 Bairro: BONSUCESSO
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

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 relata dor no membro inferior direito há 1h, apresentando deformidade no punho direito com lesão cutânea local, além de dor no tornozelo D. Não comoveção do membro.

Exame Físico

A - Membro inferior direito, sem distensão ou dor ao palpá-lo. D - Glasgow 15
R - Respiração espontânea em ar ambiente, fôlego sem alterações. E - Edema em TNE D + dependentes.
C - Pulso femoral direito, sem sinais de sangramento ativo. Punho D com lesão cutânea profunda.
RA - Ex. físico do membro D (Ex. de lesão distal D + lesão articular D).

Hipótese Diagnóstico

Ex. les. articular distal D (suspeita)

Prescrição Médica

1. Internar no bloco sem trauma
2. Glóbulos de 1g + AD, IV, AGORA
3. Soro de 1g + AD, IV, AGORA
4. Soro de 1g + AD, IV, AGORA
5. Soro de 1g + AD, IV, AGORA
6. Soro de 1g + AD, IV, AGORA

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
CRM: 22222
+ Dr. Fabiano Viana
Assinatura e Carimbo/Médico
Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido Para _____ Senha: _____
() Encaminhado ao setor de internação




PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



MIGUEL ARRAS



MIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Gustavo Henrique Alves Faria REG: 0532

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

[illegible]

1971-1972
 1973-1974
 1975-1976
 1977-1978
 1979-1980
 1981-1982
 1983-1984
 1985-1986
 1987-1988
 1989-1990
 1991-1992
 1993-1994
 1995-1996
 1997-1998
 1999-2000
 2001-2002
 2003-2004
 2005-2006
 2007-2008
 2009-2010
 2011-2012
 2013-2014
 2015-2016
 2017-2018
 2019-2020
 2021-2022
 2023-2024
 2025-2026
 2027-2028
 2029-2030
 2031-2032
 2033-2034
 2035-2036
 2037-2038
 2039-2040
 2041-2042
 2043-2044
 2045-2046
 2047-2048
 2049-2050
 2051-2052
 2053-2054
 2055-2056
 2057-2058
 2059-2060
 2061-2062
 2063-2064
 2065-2066
 2067-2068
 2069-2070
 2071-2072
 2073-2074
 2075-2076
 2077-2078
 2079-2080
 2081-2082
 2083-2084
 2085-2086
 2087-2088
 2089-2090
 2091-2092
 2093-2094
 2095-2096
 2097-2098
 2099-2100
 2101-2102
 2103-2104
 2105-2106
 2107-2108
 2109-2110
 2111-2112
 2113-2114
 2115-2116
 2117-2118
 2119-2120
 2121-2122
 2123-2124
 2125-2126
 2127-2128
 2129-2130
 2131-2132
 2133-2134
 2135-2136
 2137-2138
 2139-2140
 2141-2142
 2143-2144
 2145-2146
 2147-2148
 2149-2150
 2151-2152
 2153-2154
 2155-2156
 2157-2158
 2159-2160
 2161-2162
 2163-2164
 2165-2166
 2167-2168
 2169-2170
 2171-2172
 2173-2174
 2175-2176
 2177-2178
 2179-2180
 2181-2182
 2183-2184
 2185-2186
 2187-2188
 2189-2190
 2191-2192
 2193-2194
 2195-2196
 2197-2198
 2199-2200
 2201-2202
 2203-2204
 2205-2206
 2207-2208
 2209-2210
 2211-2212
 2213-2214
 2215-2216
 2217-2218
 2219-2220
 2221-2222
 2223-2224
 2225-2226
 2227-2228
 2229-2230
 2231-2232
 2233-2234
 2235-2236
 2237-2238
 2239-2240
 2241-2242
 2243-2244
 2245-2246
 2247-2248
 2249-2250
 2251-2252
 2253-2254
 2255-2256
 2257-2258
 2259-2260
 2261-2262
 2263-2264
 2265-2266
 2267-2268
 2269-2270
 2271-2272
 2273-2274
 2275-2276
 2277-2278
 2279-2280
 2281-2282
 2283-2284
 2285-2286
 2287-2288
 2289-2290
 2291-2292
 2293-2294
 2295-2296
 2297-2298
 2299-2300
 2301-2302
 2303-2304
 2305-2306
 2307-2308
 2309-2310
 2311-2312
 2313-2314
 2315-2316
 2317-2318
 2319-2320
 2321-2322
 2323-2324
 2325-2326
 2327-2328
 2329-2330
 2331-2332
 2333-2334
 2335-2336
 2337-2338
 2339-2340
 2341-2342
 2343-2344
 2345-2346
 2347-2348
 2349-2350
 2351-2352
 2353-2354
 2355-2356
 2357-2358
 2359-2360
 2361-2362
 2363-2364
 2365-2366
 2367-2368
 2369-2370
 2371-2372
 2373-2374
 2375-2376
 2377-2378
 2379-2380
 2381-2382
 2383-2384
 2385-2386
 2387-2388
 2389-2390
 2391-2392
 2393-2394
 2395-2396
 2397-2398
 2399-2400
 2401-2402
 2403-2404
 2405-2406
 2407-2408
 2409-2410
 2411-2412
 2413-2414
 2415-2416
 2417-2418
 2419-2420
 2421-2422
 2423-2424
 2425-2426
 2427-2428
 2429-2430
 2431-2432
 2433-2434
 2435-2436
 2437-2438
 2439-2440
 2441-2442
 2443-2444
 2445-2446
 2447-2448
 2449-2450
 2451-2452
 2453-2454
 2455-2456
 2457-2458
 2459-2460
 2461-2462
 2463-2464
 2465-2466
 2467-2468
 2469-2470
 2471-2472
 2473-2474
 2475-2476
 2477-2478
 2479-2480
 2481-2482
 2483-2484
 2485-2486
 2487-2488
 2489-2490
 2491-2492
 2493-2494
 2495-2496
 2497-2498
 2499-2500
 2501-2502
 2503-2504
 2505-2506
 2507-2508
 2509-2510
 2511-2512
 2513-2514
 2515-2516
 2517-2518
 2519-2520
 2521-2522
 2523-2524
 2525-2526
 2527-2528
 2529-2530
 2531-2532
 2533-2534
 2535-2536
 2537-2538
 2539-2540
 2541-2542
 2543-2544
 2545-2546
 2547-2548
 2549-2550
 2551-2552
 2553-2554
 255



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 02/06/2019 17:49

Nome Paciente:	GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	03/01/1986
Sexo:	Masculino
Idade:	33
Senha:	0029
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 02/06/2019 18:01 - 02/06/2019 18:08

ANA CRISTINA BRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: DOR REGIAO PUNHO DIREITO, REALIZOU ABORDAGEM CIRURGICA DIA 17/05/19, CHEGA COM MEMBRO IMOBILIZADO + EDEMA DAS FALANGES E OCTOVE. DIREITO.

Observação: DEMANDA ESPONTANEA.

Programa sintoma: EDEMA/ICTERÍCIA/FRAQUEZA/CÂIMBRAS

Discriminador(es): - EDEMA LOCALIZADO COM FLOGOSE E SEM SINAIS SISTÊMICOS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM
- GLICOSE: 96.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA BRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 02/06/2019 18:08

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 480228 Prontuário: 125741 SAME: 112499 Hora Atend: 18:11 Data Atend:02/06/2019
Paciente..... : GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE Idade: 33 a
Endereço..... : RUA VULCAO
Bairro..... : BONSUCESSO
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53240110
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano....: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 02/06/2019 Hora Saída : 22:08

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO
ENF. ANDREIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



LAUDO CARACTERIZADOR DE DEFICIENCIA

Atesto que GUSTAVO HEILANE MES FREIRE está enquadrado na conceituação do artigo 2º, da Lei nº 13.146/2015 (LBI), qual seja: "Pessoa com deficiência é aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas" ou nas categorias discriminadas no artigo 4º do Decreto nº 3.298/1999, com as alterações do Decreto nº 5.296/2004, no §1º, do artigo 1º, da Lei nº 12.764/2012 (Transtorno do Espectro Autista) e no enunciado da Súmula nº 377 do Superior Tribunal de Justiça (Visão monocular), observados os dispositivos da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, ratificados pelo Decreto nº 6.949/2009.

1. () DEFICIÊNCIA FÍSICA:

- () Paraplegia () Paraparesia () Monoplegia () Monoparesia () Tetraplegia
() Tetraparesia () Triplegia () Triparesia () Hemiplegia () Hemiparesia
() Paralisia cerebral () Ostomias () Amputação ou ausência de membro () Nanismo
() Membros com deformidades congênicas ou adquiridas ☒ Outras. Especificar: Postura atípica do puno (P)

2. () DEFICIÊNCIA VISUAL (Anexar exame oftalmológico):

- () Cegueira – Acuidade visual menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
() Baixa visão – Acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.
() Somatória da medida do campo visual em ambos os olhos igual ou menor que 60º.
() Visão Monocular – Súmula 377 STJ

3. () DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (Anexar parecer/avaliação psicológico e/ou laudo psiquiátrico)

- () Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestações antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: Comunicação, Cuidados pessoais, Habilidades sociais, Utilização de recursos da comunidade, Saúde e Segurança, Habilidades acadêmicas, Lazer e Trabalho.

4. () DEFICIÊNCIA AUDITIVA (Anexar audiometria):

- () Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis ou mais, aferida por audiograma (anexo) nas frequências de 500hz, 1000hz, 2000hz e 3000hz.

5. () DEFICIÊNCIA MENTAL (Psicossocial) – Anexar laudo psiquiátrico, psicológico ou de profissional de nível superior da área de saúde habilitado nessa deficiência.

- () Esquizofrenia () Transtorno do Espectro Autista () Outras Psicoses – Informar a CID [] e descrever limitações funcionais na vida diária e social, se há outras doenças associadas e data de início de manifestação da doença.

Em caso de deficiências múltiplas, assinalar os campos correspondentes às respectivas deficiências.

5. ORIGEM DA DEFICIÊNCIA:

- () Congênita () Doença () Pós-operatório () Acidente Comum ☒ Acidente de Trabalho (Sic)

6. Descrever a deficiência, conforme recomendações do anexo 09 (disponível no link <https://db.tt/jcMboPR3>):

Apresenta limitação total do puno - distensão total do puno D.P.

7. Descrever os impedimentos funcionais, conforme recomendações do anexo 09 (disponível no link <https://db.tt/jcMboPR3>):

Deficit na força que no puno total do puno D.
na e em atividades físicas e esportivas.

8. CID10 da deficiência constatada (Classificação Internacional de Doenças):

Localidade e data: 13.01.2020

Assinatura/Registro no Respectivo Conselho/Especialidade
[Assinatura] 0745

P.D. 562

Declaro estar ciente de que estou sendo incluído nas cotas legais de empregados com deficiência e/ou reabilitados do INSS a que se referem o artigo 93, da Lei nº 8.213/1991 e as normas elencadas neste documento.

Autorizo a divulgação da CID e apresentação do presente Laudo, prontuário médico, incluindo avaliação clínica e exames complementares à Fiscalização do Trabalho do Ministério do Trabalho e Emprego.

Local e Data:

Assinatura do Empregado :

O presente laudo pode ser assinado pelos seguintes profissionais da área de saúde: Médico (todas as deficiências), Fisioterapeuta (física), Fonoaudiólogo (auditiva), psicólogo (intelectual e mental) e terapeuta ocupacional (todas)



SINISTRO 3200317155 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE
SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** GUSTAVO HENRIQUE ALVES FREIRE**CPF/CNPJ:** 05898572406**Posição em 05-11-2020 11:54:46**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
18/09/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

