

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Eu, Jemerson de Oliveira Felix
brasileiro, com RG 7494818
CPF/MT 101.176.624-88, residente e domiciliado à
na Rua Libano, 101 - Peixinhos, Olinda
CEP _____, por este instrumento particular
de mandato, nomeia e constitui seu bastante procurador, Bel.
RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, advogado, registrado no
OAB/PE sob o nº 23.351-D e o Bel. JAIME MARCAL DANTAS FILHO,
brasileiro, solteiro, advogado, registrado na OAB/PE 33.947; todos
com escritório localizado a Rua Helena de Lemos, n. 330,
Empresarial da Ilha, Sala 102, Recife/PE, a quem concede amplos
poderes para, com a cláusula "ad judicium et extra" representar o
autorante em qualquer ação em que o mesmo seja autor,
assistente, réu ou em qualquer modo interessado; interpor todos
os recursos em direito admitidos, inclusive perante a Superior
Instância, variar de ações, requerer medidas preparatórias ou
proventivas, e mais os poderes especiais, transigir, desistir, firmar
acordos, receber, dar quitação, confessar, representar em
audiência e finalmente, praticar todos os demais atos necessários
para o bom e cabal desempenho do presente mandato;
especialmente para MOVER AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL E
OU SECURITARIA, podendo ainda autorizar seus procuradores
supra a requerer os benefícios da Assistência Jurídica Gratuita
nos termos da Lei 1.060/50 e 7.115/93, por último praticar todas as
medidas necessárias para o bom e fiel cumprimento do presente
mandato, inclusive substabelecer, bem como os poderes
especiais para realizar a retirada do alvará judicial de
pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinete e
afins.

Recife, _____ de _____ de _____

Jemerson de Oliveira Felix

RG. _____

Empresarial da Ilha - Rua Helena de Lemos, n. 330, sala 102, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP 50750-630.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Jeremias de Oliveira Felix
, brasileiro, _____, com RG 7494818
CPF/MF 101.176.624-28, residente e domiciliado à
na Rua Libano, 101 - Peixinhos - Olinda
_____, CEP _____, 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
1.060/1950.



Recife, _____ de _____ de _____

Jeremias de Oliveira Felix
RG. _____







| | |
|---|-----------------------------|
|  | |
| CPF: 000.000.000-00 | DATA DE POSIÇÃO: 20/07/2015 |
| SILVANIA LUCIA DE OLIVEIRA | |
| R. LUIZ ANTONIO 101 | |
| S. 2000-200 OLINDA PE | |
|  | |



986373399
985277600

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **15E0115004470**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **01/10/2015** às
15:06

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **10/8/2015** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA BRASILIA, 1 - Bairro: JARDIM BRASIL**
- **OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR VAGANTE)
JONATA DE OLIVEIRA FELIX (OUTRO)
JEMERSON DE OLIVEIRA FELIX (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JEMERSON DE OLIVEIRA FELIX

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

JEMERSON DE OLIVEIRA FELIX (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mse:
LUCIENE DE OLIVEIRA FELIX Pai: JAMERSON JOSÉ DA SILVA FELIX Data de Nascimento:
11/10/1992 Naturalidade: OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 7494212/SD3/PE
(RG). 10117662488 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO
Telefones Celulares:
- **885277600**

Endereço Residencial: **RUA LIBANO, 101 - CEP: 55000-000 - Bairro: PEIXINHOS -**
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

JONATA DE OLIVEIRA FELIX (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

01/10/2015 15:01



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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JONATA DE OLIVEIRA FELIX**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEMERSON DE OLIVEIRA FELIX**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VINHO** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFA7667** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **334001851**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE SEGUIA PILOTANDO A MOTO ORA MENCIONADA QUANDO AO PASSAR POR UMA LOMBADA NO ENDEREÇO CITADO VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E CAIR NO CHÃO, SENDO SOCORRIDO POR FAMILIARES E LEVADO PARA A POLICLINICA AMAURY COUTINHO CONFORME REGISTRO N° 17976, DEPOIS TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE PASSOU POR TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

Jemerson de Oliveira Felix.
JEMERSON DE OLIVEIRA FELIX
(VÍTIMA)

[Assinatura]
B.O. registrado por: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO MAT. 220.926-8**
Matrícula: **220.926-8**

01/10/2015 15:01



Protocolo de Encaminhamento

| | |
|--|--|
| TIPO DE OCORRÊNCIA | |
| Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrico () SENHA _____ | |
| IDENTIFICAÇÃO | |
| Nome do Paciente: <u>Demerson de Oliveira Felix</u> | Idade: <u>22 a</u> |
| Sexo: M () F () Profissão: _____ | Fone: _____ |
| Endereço Residencial: <u>Rua Libano</u> | Bairro: <u>Perxules</u> |
| Cidade: <u>Glória</u> | |
| CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) | |
| Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta () | |
| Atropelamento: Pedestre () Ciclista () | |
| Automóvel (Colisão): Passageiro () 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: _____ | |
| Explosão 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: <u>Pte. vítima de trauma físico - caído e</u> <u>colapso de pulmão há 15 dias. Foi encaminhado ao Hospital de</u> | |
| Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura de bacia com varizes (sem consolidação)</u> <u>de ungue)</u> | |
| AValiação Clínica | |
| Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X _____ | |
| vias Aereas: FR _____ Dispneia S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: 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 () | |
| Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose () | |
| Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N () | |
| FR: RN 35-50 <1 ano 30-50 Criança 20-30 Adulto 12-30 | FR: RN 120-160 <1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100 |



EXAME NEOROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Vor 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura Ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS EGG _____

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de Sangramento externo S() N()

Lesões Infra - Torácica: S() N() Fratura Pélvis: S() N()

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

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

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

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

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

Loló () Maconha () Coia () Cocaína () Crack () Lança Perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da coluna Cervical: S() N()

Imobilização Tela Gessada: S() N()

Antibióticoterapia S() N() Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S() N()

Entubação Orotraqueal S() N()

Ventilação Mecânica Modalidade _____

F:O2: _____

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

Em desobediência

A origem da lesão 4752397.

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado _____

Médico Regulador _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Taboão 25/08/15.

Local e data

Dr. João Paulo
P. 123456789
07.08.2015

Médico Assistente



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME Jouvenal de Oliveira Filho REG _____

IDADE 22 SEXO M DATA DA ADMISSÃO 26/8/15 DATA DA ALTA 30/8/15

DIAGNÓSTICO: Furto de membro - (R)

TRATAMENTO REALIZADO:

Banda de teso

ORIENTAÇÃO:

(R) manter malhação prescrita na alta
(R) manter tratamento + analgesia
(R) retornar a 2 semanas

PROGAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM ☒ NÃO ☐

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Luiz Antônio de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13925

ASSINATURA DO MÉDICO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo HMA

Data e hora retirada da senha: 25/08/2015 21:49



Nome Paciente: JEMERSON DE OLIVEIRA FELIX
Cód. Paciente: 82783
Data de Nascimento: 11/10/1992
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: 0043
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 293887
SAME: 73139



25/08/2015 22:07 - JOSEFA PINHEIRO ALVES - COREN: 8223 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: VERDE

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA ENGENHO VELHO COM SENHA:4752397
HD:FRATURA DE OLEGRANO DIREITO

Observação: NEGA HAS,DM,ASMA E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H
- SSVV NORMAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO
NEPI - HMA

Acolhido(a) por: JOSEFA PINHEIRO ALVES - COREN: 8223 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data:25/08/2015 22:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 294082

Usuário: EDINEASS

DADOS DO PACIENTE

| | | | |
|---|----------------|---|---------------------------------------|
| Paciente: JEMERSON DE OLIVEIRA FELIX | | Prontuário: 82783 | |
| Idade: 22a 10m 15d | Sexo: M | Estado Civil: SOLTEIRO | Data de Nascimento: 11/10/1992 |
| Profissão: | | Escolaridade: | |
| R.G.: 7494818 | C.P.F.: | Telefone: 34439536 | CEP: 53260220 |
| Endereço: RUA LIBANO | | , 101 - PEIXINHOS - OLINDA - PE | |
| Dados da Internação | | | |
| Origem: URGENCIA/EMERGENCIA | | Data e Hora da Internação: 26/8/2015 15:24 | |
| Convênio: SUS - INTERNACAO | | Plano: GERAL | |
| Unidade Internação: 5 AND - ORTOPEDIA (Acomodação: ENFERMARIA 4 LEITOS | | Leito: ORTO-503-LEITO 001 | |
| Médico Internação: RICARDO BARRETO MONTEIRO DOS SANTOS | | | |

DADOS DO RESPONSÁVEL

| | | |
|------------------|----------------------|---------------------------|
| Nome: | R.G.: | C.P.F.: FATURADO |
| Endereço: | - Número: | 15 / 09 / 15 |
| Telefone: | Cidade: | CLAUDEVAN SOUSA FATURISTA |
| | Estado civil: | |

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

| | |
|--|----------------------------|
| Data da Alta: 30 / 09 / 15 | Hora da Alta: _____ |
| Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão | |
| Condições de Alta: quando | |
| Diagnóstico Principal.....: Fr. Ombro a (D) | |
| Diagnóstico Secundário01.: _____ | |
| Diagnóstico Secundário02.: _____ | |
| Medicamento.....: Difenidramina e Bando de Tensão | |
| Dr. Luiz Antonio de Arraia Ortopedia e Traumatologia CRM 18925 Médico e CRM: | |
| Responsável pela retirada do paciente <i>Jemerson de Oliveira Felix</i> Assinatura e RG 7494818 | |

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 fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Jemerson de Oliveira Felix
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 293887 Prontuário: 82783 SAME: 73139 Hora Atend: 21:52 Data Atend: 25/08/2015
Paciente..... : JEMERSON DE OLIVEIRA FELIX Idade: 22 a
Endereço..... : RUA LIBANO
Bairro..... : PEIXINHOS
Cidade..... : OLINDA UF...: PE CEP: 53260220
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 26/08/2015 Hora Saída : 15:23
Prestador da Evolução Médica: RICARDO BARRETO MONTEIRO DOS SANTOS

RICARDO BARRETO MONTEIRO DOS SANTOS / 16306
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



0043

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Observação:

Hora: ۱۲:۳۰

[illegible][illegible]

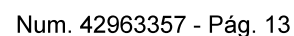
11. Quercus (G.)

10/13/2014

João Monteiro
Neurologia/Traumatologia
CRM-PR 21176

Assinatura e Carimbo/Médico

Senha:



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 31850 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 82783 JEMERSON DE OLIVEIRA FELIX Atendimento : 294082
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 201 ORTO-503-LEITO 001 Idade : 22 Anos 18 Dias 14 Horas
Dt. Início : 29/08/2015 12:30 Dt. Fim : 29/08/2015 14:00
Cid Pré-Operatório : S520 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408020229 REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA OLÉCRANO DIREITO

TIPO DE INTERVENÇÃO: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA OLÉCRANO DIREITO

OPERADOR: DR. JEFFERSON KALUME

1º AUXILIAR: DR. MARIO SENA

2º AUXILIAR: DR. RODRIGO MOUSINHO

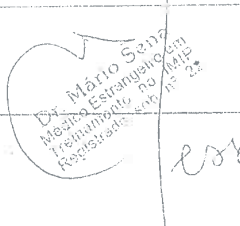
ANESTESIA: DR. CLEITON

ANESTESISTA: BLOQUEO DE PLEXO

01. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB ANESTESIA
02. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MSD
03. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
04. RETIRADA DOS PONTOS ANTERIOR DA FRATURA ESPOSTA NA REGIAO FACE POSTERIOR DO COTOVELO DIREITO
05. DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS ATE PLANO OSSEO ULNA
06. OBSERVADA FRATURA
07. LIMPEZA COM SF 0,9 % + DESBRIDAMENTO
08. REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA
09. OSTEÓSSINTESE COM BANDA DE TENSÃO COM 02 FIOS KIRSCHNER E CERCLAGEM
10. SUTURA POR PLANOS
11. CURATIVOS
12. OBSERVADA BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA DO MSD

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : 
Dr. Mário Sena
Médico Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
Registrado no CRM nº 22

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOÃO CARLOS DE OLIVEIRA FILHO REG: 82783
CLÍNICA: _____ ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

| DATA/HORA | Observações / Análises |
|-------------------|--|
| 25-08-15 22:30 | PT VITAMINAS e FOLICATO COM BOM IN 15 MIN GRAU W HGB ANE FOR TTD COM LC DA MANA W DEPRIMO CITECA MO FOLICATO COM FOLICATO PL INTEGRAÇÃO NEN DOLOREBIOMIO W MANA MST: BOM IN 15 MIN W 4 BOM MANA |

CP: 1 AN. NOMEADO

10 de Novembro
de 2015
CR

