

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITA EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Rx PULM 9: PULM 1/3 MÚNIO
Rx PUL 1/1 PULM
19/04/18 #Emerg. Pediatra 11
11:50 menor evolui com EOR, eufórica, delir, dila cãce
MHFI imobilizado. AW-HSD. Paracet (4) espontânea. Agn
Agua no cãce. Agn
19/04/18 Em tempo: Apresentando da interna. Medicado conforme
presc. Siga com cuidados do expir.

() Paciente () Familiar

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente dese nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Data: ____/____/____

Assinatura

() Paciente () Familiar

Autorização de Procedimento

Nome: _____ RG: _____
Endereço: _____ Tel.: _____
Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: PULM 1/1 + PUL 1/1

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

Usuario do Atendimento
ROSAIBS

7/19/2018 8:58:41 AM
2 de 2



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

19/07/2018 09:02



Nome Paciente: RUAN VICTOR GOMES DE OLIVEIRA
Cód. Paciente: 1063955
Data de Nascimento: 21/06/2009
Sexo: Masculino
Idade: 9
Senha: FN0016
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 786739

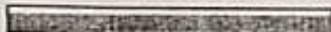


19/07/2018 09:02 - MARIA ALICE CORREIA SALVINO - COREN: 52061 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

VERDE - POUCO URGENTE

Cor:



VERDE

Queixa Principal: GENITORA INFORMA QUE O MENOR FOI ATROPELADO HÁ MAIS DE 12H. COM TALA GESSADA NOS MMII. SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

Observação:

-

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - EVENTO RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 0

Acolhido(a) por: MARIA ALICE CORREIA SALVINO
Data: 19/07/2018 09:02

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de

Scanned by CamScanner





**** SES/FUSAM ****
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

RESUMO DE ALTA - CLÍNICA CIRÚRGICA

Nome: Ricardo Victor Gomes de Oliveira
Reg.: 1663955 Enf.: _____ Leito: _____

DATA DE ENTRADA: 19/1/18 DATA DE SAÍDA: 21/1/18

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: _____

Fratura fechada do

EXCELSIOR SEGUROS

14 JAN. 2019

SEGURO DPVA

DIAGNÓSTICO FINAL: _____

Recluso sinuado

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): _____

Tramado

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: _____

PARA CONTROLE EM 1/1/18

MÉDICO RESPONSÁVEL CRM

Maurício Vasconcelos
CRM 10.452
Ortopedia - Acolupuntura

105-HGOF





PACIENTE



RESPONSÁVEL – PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Rua Victor Gomes RG: _____

NOME DO RESPONSÁVEL: Adriana Beatriz Tavares

NOME DO MÉDICO: Thiago Centurão CRM: 23937

PROCEDIMENTO A SER REALIZADO: Redução do manto da

Declaro ter sido esclarecido pelo médico acima mencionado sobre a proposta de tratamento e procedimento a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas, sendo estas, claramente esclarecidas pelo médico. Que me foi dada a oportunidade de fazer perguntas, sendo todas respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no hospital para ser alcançado/obtido o melhor resultado. Também estou ciente que poderão ocorrer complicações durante o(s) tratamento(s) assistência clínica ou procedimento, assim como poderá ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Confirmando que recebi explicações de meu médico, compreendi e concordei com tudo que me foi esclarecido.

Declaro também que nada omiti em relação a minha saúde e que informei todos os medicamentos que eventualmente esteja utilizando, assim como anteriores ocorrências de reações alérgicas e que concordo que esta declaração pode fazer parte integrante do prontuário médico.

Recife, 25 de 07 de 18

Assinatura, nome legível e carimbo

DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro para os devidos fins, que esclareci o(a) paciente e/ou seu(ual) responsável, sobre o diagnóstico e prognóstico da doença, objetivo proposto, resultados esperados, possíveis tratamentos alternativos, riscos previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como sobre as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar os tratamentos. Respondo a todas as perguntas formuladas pelo(a) paciente e/ou responsável e acredito ter sido compreendido.

Recife, _____ de _____ de _____

Assinatura, nome legível e carimbo

Adriana Beatriz Tavares

Rua Aprígio Guimarães, S/N – Tejipió,
Recife – PE
CEP 50020 – 640
Fone: 31828500

HOF1205



H.O.F.

SES-PE

Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
DUAN VICTOR GOMES DE OLIVEIRA
Sexo:
MASCULINO
CNS:
898000653226634
Mãe:
LUANA DA SILVA GOMES

Idade:
9 Anos 0 Mês 28 Dias
Nasc:
21/06/2009
Contatos:
81. 83222492 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 19/07/2018 08:58
Prontuário: 1063955
Nº. Atendimento: 786739
Serviço: ORTOP. E

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Endereço:
RUA JERÔNIMO DE ALBUQUERQUE, N.º 250 - : BAIRRO: VARADOURO - CIDADE:
OLINDA - UF: PE

Admissão

Queixa Principal

DORES EM MMII

História Clínica

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ATROPELAMENTO, APRESENTANDO DORES E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MMII

Exame Físico

PERNA D: EDEMA E DEFORMIDADE, EXAME NEUROVASCULAR NORMAL
PERNA E: EDEMA E DEFORMIDADE, EXAME NEUROVASCULAR NORMAL

Observações

Conduta

INTERNAMENTO

THIAGO DE ALMEIDA LIMA E SILVA - CRM: Nº.17991

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449 / CRM: 17991

30 7 18
Antônio

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Antônio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500

Scanned by CamScanner





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: RUAN VICTOR GOMES DE OLIVEIRA		Nº DO REGISTRO: 1063955
CLINICO: ORTOPEDIA		Nº DO LEITO: 39-03
OPERADOR: DR HERMES WAGNER		
1º ASSISTENTE: DR RICARDO VILLAR	2º ASSISTENTE: DR TULIO PORTO	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA CAROL	
ANESTESIA: SEDAÇÃO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 25/07/2016	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA + GESSO COXO-PODÁLICO EM MID		
OPERAÇÃO REALIZADA: A PROPOSTA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
3. REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA + CONFIRMAÇÃO POR RADIOSCOPIA
4. COLOCAÇÃO DE GESSO COXO -PODÁLICO

EXCELSIOR SEGUROS

14 JAN. 2019

SEGURO DPVAT



Registro Civil das Pessoas Naturais

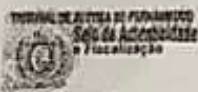
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

RUAN VICTOR GOMES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE:

074526 01 55 2009 1 00189 177 0155384 69



ANEXO-PE

ATO GRATUITO

AAU028493

SELO
Autenticidade
e Fiscalização



FUNDAÇÃO
1
AKV080239

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Trinta e um de junho de dois mil e nove

DIAS

21

MES

06

ANO

2009

HORA NASC

01h30min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Olinda/PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Olinda-PE

LOCAL DE NASCIMENTO

No Hospital do
Tricentenário Olinda-PE

SEXO

Masc

FILIAÇÃO

SILVIO RODRIGO TRINDADE DE OLIVEIRA, natural de Olinda/PE
e LUIANA DA SILVA GOMES, natural de Ahreu e Lima/PE

AVÓS

Severino Fernando de Oliveira e Mônica Trindade da Costa
(paternos) e Adeildo Felinto Gomes e Adriana Deodato da
Silva (maternos)

EXCELSIOR SEGUROS

14 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

GENÉTI

Não

NOME E NATURALIDADE DOS GENÉTI

Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO

Trinta de junho de dois mil e nove

Nº DAV

Não informado

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro A-189, às folhas 177 verso, sob o
nº 155394.

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.

Olinda-PE, 9 de dezembro de 2011

NOME DO OFICIAL

1ª Zona Judiciária

OFICIAL REGISTRADOR

Valquíria Nunes Viana dos Santos

MUNICÍPIO/UF

Olinda-PE

ENDEREÇO

Praca João Pessoa, s/n, Centro

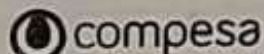
Jadecira Maria Alves de Souza
Instituta

[Handwritten signature]
Carimbo do Oficial Registrador

[Handwritten signature]

Scanned by CamScanner





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 16322474 Ago/2018
AURELINA DO NASCIMENTO SILVA MATRÍCULA:
R JERONIMO DE ALBUQUERQUE, N. 00250 - - VARADOURO OLINDA PE 5
3020-350
INSCRIÇÃO: 096.110.300.0033.000 GRUPO: 17 DEB, AUTOMÁTICO: 016322474

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO FATIVO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE CONSUMIDORES COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO NÃO MEDIDO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E) N MEDIDO

AGUA:
LEIT ANT: CONSUMO: 10
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

07/2018 10
06/2018 10
05/2018 10
04/2018 10
03/2018 10
02/2018 10
MÉDIA: 10

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	115	115	108
COR APARENTE	115	115	96
CLORO RESIDUAL	115	115	111
COLIF. TOTAIS	115	115	112
E. COLI	115	115	115

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	10 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 07/2018		0,88
JUROS DE MORA 06/2018		0,23
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 08/2018		2,50

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 25/09/2018

TOTAL A PAGAR: 44,91

MENSAGEM:

IMPRIMIR EM: 13/09/2018 08:10:40

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

DA IDENTIFICAÇÃO DAS PARTES:

Mãe: <i>de Ruan Victor Gomes de Oliveira</i>		
Pelo Presente Instrumento Particular:		
<i>Luana da Silva Gomes</i>		
Nacionalidade:	Estado Civil:	
<i>Brasileira</i>		
RG:	CPF:	Nasc.:
<i>8765490</i>	<i>702.392.094-64</i>	
Profissão:		
Endereço:		
<i>Rua Jerônimo de Albuquerque, 250</i>		
Bairro:	CEP:	
<i>Varadouro</i>	<i>53020350</i>	
Município:	Estado:	TELEFONE:
<i>Oinda</i>	<i>PE</i>	

CONTRATADO: Bela. CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, advogada, solteira, inscrita na OAB/PE 12.262, Rua Francisco Leopoldino, nº 405, Várzea - Recife/PE CEP: 54460-090, TELEFONE: 99939-8323

As partes acima identificadas têm, entre si, justo e acertado o presente Contrato de Prestação de Serviço, ficando desde já aceito, pelas cláusulas abaixo descritas.

DO OBJETO DO CONTRATO

Cláusula Primeira: O presente contrato tem como OBJETO a prestação de serviços pelos CONTRATADOS para promover em nome do CONTRATANTE todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho do seu mandato do contrato.

Parágrafo único: estes serviços poderão ser feitos administrativamente ou por vias judiciais, caso necessário.

DA FASE JUDICIAL

Cláusula Segunda: caso necessário A intervenção judicial para o desempenho do seu mandato do contrato, pela procuração outorgada, os CONTRATADOS, constituirão, em nome do contratante, profissionais especializados para tais fins. A opção do CONTRATANTE em propor demanda judicial é expressa por sua concordância nos termos do presente contrato.

Parágrafo único: as despesas referentes ao trâmite judicial serão, a princípio, suportadas pelos CONTRATADOS e não se constituem em honorários profissionais objeto deste Instrumento, ficando o CONTRATANTE, no ato do recebimento do seguro, obrigado a ressarcir-las.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE

Cláusula Terceira: A CONTRATANTE obriga-se pela veracidade e exatidão das informações prestadas aos CONTRATADOS, fornecendo-lhe procuração e aos seus sócios com fins específicos para agir em seu nome, além de todos os documentos pessoais e demais documentos indispensáveis que lhe forem solicitados etc. devendo pagar a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do proveito econômico auferido na fase judicial do presente instrumento, caso se faça necessário.

DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

Cláusula quarta: é obrigação dos CONTRATADOS realizar a prestação de contas nos moldes do presente contrato.

Cláusula quinta: a partir da entrega da documentação, os CONTRATADOS serão responsáveis pela sua guarda e utilização devida.

X Luana da Silva Gomes

em

Scanned by CamScanner



DO RECEBIMENTO

Cláusula sexta: Os CONTRATADOS estão autorizados a praticar todo e qualquer ato que julgue necessário para um bom resultado. Poderá, portanto, receber, passar recibos, endossar cheques, depositar os cheques em sua conta corrente, dar quitação dos valores por si recebidos.

Cláusula sétima: Os CONTRATADOS estão autorizados a promover a abertura de conta corrente e poupança para recebimento do seguro DPVAT nas Instituições bancárias credenciadas em nome da CONTRATANTE.

Cláusula oitava: Não há prazo determinado para o término do procedimento.

Cláusula nona: Os comprovantes, cópias e documentos serão mantidos nos arquivos dos CONTRATADOS por 12 (doze) meses após o fim do processo. Após esse período, os CONTRATADOS estão autorizados a dar o encaminhamento devido aos documentos relativos aos serviços prestados à CONTRATANTE.

DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Cláusula décima: A CONTRATADA se compromete a prestar toda e qualquer informação que a CONTRATANTE julgue necessária sobre a prestação de seus serviços. Tanto na fase administrativa como na judicial, se necessária.

Cláusula décima primeira: A CONTRATANTE pagará aos CONTRATADOS 30% (trinta por cento), do proveito econômico que for auferido, a título de remuneração pelos serviços prestados.

Cláusula décima segunda: A CONTRATANTE aceita e autoriza os CONTRATADOS a proceder os descontos de seus honorários em percentual acima descrito e demais despesas administrativas como cartório, sedex, eventuais consultas médicas, serviços despachante, perícias, etc; tudo que envolva o fiel cumprimento deste mandado, tais como a do parágrafo único da Cláusula Segunda, entre outras, no ato de prestação de contas e repasse da importância recebida, que deverá ser feito através de débito, saque ou transferência em conta que houver o recebimento do seguro DPVAT.

DA RESCISÃO

Cláusula décima terceira. Em havendo desistência, distrato, revogação do presente instrumento ou prática de qualquer ato violador destes termos, reputar-se-á vencido e exigível o total da remuneração dos serviços contratados, bem como as despesas descritas na Cláusula Décima Segunda, constituindo o presente contrato em título executivo extrajudicial, nos termos do Código de Processo Civil.

DO FORO

Cláusula décima quarta: Para dirimir quaisquer controvérsias oriundas do CONTRATO, as partes elegem o foro da comarca de Recife/Pernambuco.

Recife, 28 de março de 2017

Cláudia da Silva Gomes

CONTRANTE

Camilla Almeida Lopes Tavares
CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES
OAB-PE 32.262

Testemunha

Testemunha

Scanned by CamScanner



[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ruan Victor Gomes de Oliveira representado por
Luana da Silva Gomes
RG 8765790 CPF 702.392.094-64 PROFISSÃO Do lar

ESTADOCIVIL casada ENDEREÇO Rua Jerônimo
de Albuquerque, nº 250, Varadouro - Olinda
53020350

OUTORGADOS: CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES, OAB PE - 32.262 todos com endereço profissional na Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho - Olinda/PE CEP: 53110-770

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "ad judícia", para defender os interesses e direitos do outorgante, e ações e processos de qualquer natureza, até o final da decisão como autor, réu, assistente ou oponente, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartições, órgãos ou autarquias Federais, estaduais e Municipais, contra qualquer pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, em defesa dos legítimos interesses do outorgante, conferindo-lhe poderes ainda para confessar, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber alvará, solicitar a justiça gratuita, desistir, renunciar e assinar, interpor recursos necessários, tomar vistas em processos, representar em audiência ou judicialmente, contestar qualquer ação, receber notificação e intimação, incluindo também os poderes da procuração "ad negotia", a fim de requerer e fazer levantamento de valores creditados em favor do outorgante, através de alvará judicial, RPV ou Precatório, junto às instituições financeiras (CEF, Banco do Brasil S/A e outros), que façam referência aos depósitos judiciais que os outorgados atuaram como patrocinador da ação, podendo ainda pedir retenção de honorários advocatícios combinados de acordo com contrato de honorários, ou seja, 30% (trinta por cento) do proveito econômico, sem prejuízo dos honorários sucumbenciais, enfim requerer, assinar e praticar tudo o mais que se fizer necessário para o perfeito desempenho do mandato em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes que lhe são outorgados.

28/03/2019

Local e Data

Luana da Silva Gomes
Outorgante

Scanned by CamScanner



DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

Eu, Ruan Victor Gomes de Oliveira representado por
Luana da Silva Gomes
_____, brasileiro(a) portador do RG: 8765790 e

CPF: 702.192.094-6 DECLARO, nos termos das Leis nº 7.115/1983 e

1060/50, para os devidos fins, de que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do sustento meu e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

28/03/2019

Local e Data

Luana da Silva Gomes

DECLARANTE

Rua Sergio Gonçalves, nº 32, Salgadinho – Olinda/PE CEP: 53110-770
Fones: 3241.4001 / 8876.5452

Scanned by CamScanner





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

EXCELSIOR SEGUROS

14 JAN. 2019

SEGURO DPVAT

Certidão nº 2018APH001116 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). LUANA DA SILVA GOMES, 21 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8765790 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 702.192.094-64, residente à RUA JERONIMO DE ALBUQUERQUE, nº 250, VARADOURO, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/07/2018, por volta das 16:59 hs, no endereço: RODOVIA PE-15, XXX, VARADOURO OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo VEÍCULO EVADIU-SE DO LOCAL, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) RUAN VICTOR GOMES DE OLIVEIRA, inscrito sob o CPF nº e Registro Geral °, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798257-7 ROGERIO. Foi transportado(a) para o UPA DE OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1323878. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 22/08/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH001116

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

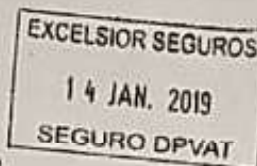
Scanned by CamScanner



14/01/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

ASL-004055/18



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0114005736

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/07/2018 às 17:00

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 18/7/2018 às 16:30

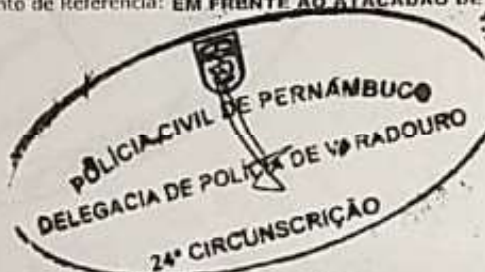
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SANTA TERESA (BAIRRO), 1, AV PAN NORDESTINA** - Bairro: **SANTA TEREZA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM FRENTE AO ATACADÃO DE OLINDA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
LUANA DA SILVA GOMES (NOTICIANTE)
R.V.G.D.O. (Menor de Idade) (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

LUANA DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ADRIANA DEODATO DA SILVA** Pai: **IGNORADO** Data de Nascimento: **20/8/1996** Nacionalidade: **ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **981222492** **985175441**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE VARADOURO (BAIRRO), 250, RUA JERONIMO DE ALBUQUERQUE - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **VARADOURO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

R.V.G.D.O. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **LUANA DA SILVA GOMES** Data de Nascimento: **21/6/2009** Nacionalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE VARADOURO (BAIRRO), 250, RUA JERONIMO DE ALBUQUERQUE - CEP: 55000-000 -**
Bairro: **VARADOURO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=114&idOc=7225496&nroBO=18E0114005736&tipo=simples&natPrincipal=ATROPELAM...> 1/2

Scanned by CamScanner



14/01/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

INFORMA A NOTICIANTE QUE É MÃE DE RUAN VICTOR E QUE NO DIA E LOCAL ACIMA MENCIONADO O MESMO FOI VITIMA DE UM ATROPELAMENTO PROVOCADO POR UIM DESCONHECIDO QUE RESULTOU EM FERIMENTOS COMO: FRATURA DA PERNA DIREITA E DUAS FRATURAS NO PÉ ESQUERDO.

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

LUANA DA SILVA GOMES
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **LUIZ MAR DE SERRA DE MORAIS** - Matrícula: **384937-6**



Scanned by CamScanner



Atendimento: 1323878

Senha da Classificação:

0271

Data e Hora: 18/07/2018 17:37

Paciente: 292841 RUAN VICTOR DE OLIVEIRA Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 21/08/2009 Idade: 9 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: LUANA DA SILVA GOMES Nome do Pai: _____
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: JERONIMO DE ALBUQUERQUE - 250 Bairro: VARADOURO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53020350 Usuário Atendimento: ALESSANDRACS
RG (Identidade): _____ Data de Emissão: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Fone: 88133416
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 18/7

Queixa Principal

ATROFIA -
DO PE
e 25 RPA

Exame Físico

030/60/50
FACIAL
Tórax e pulmões
IR

Hipótese Diagnóstico

FRATURA
L. A. 12/10/18

Conduta Terapêutica

+ RENTON
o 1505 F. A. 12/10/18
L. A. 12/10/18

Prescrição Médica

FRAN (FRATURA)
DO PE, 2005/224
Difusão de 2005/224

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Francisco J. Suassuna Lacerda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 4561

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.089

Senha:

03/18
HOF

Carimbo/Médico



IMOBILIZAC

+ INJECÇÃO de 50mg + 50mg de 2005/224
em 8/86
Meto Clopidogrel 1mg + 1mg de 2005/224



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - F

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data hora entrada da senha: 18/07/2018 17:32

Nome Paciente: RUAN VICTOR GOMES DE OLIVEIRA
Código Paciente:
Data de Nascimento: 21/06/2009
Sexo: Masculino
Idade: 9
Senha: 0271
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/07/2018 17:34 - 18/07/2018 17:36

FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO BOMBEIRO COM RELATO DE ATROPELAMENTO COM TRAUMA EM MID + PE ESQ

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: FABIANA SOARES DE FRANCA DOS PRAZERES - COREN: 343138 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/07/2018 17:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Scanned by CamScanner





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda 02 de Agosto de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha do atendimento n°1323878, onde se lê o nome do paciente RUAN VICTOR DE OLIVEIRA, leia-se RUAN VICTOR GOMES DE OLIVEIRA. Informamos que houve uma falha na hora do cadastramento da paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação da Certidão de Nascimento Livro A-189, às folhas 177 sob o n° 155384.

Atenciosamente,


UPA - OLINDA
Robésia Alencar
Coord. de Enfermagem
COREN-PE 255969 - ENF

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES
IMIP HOSPITALAR

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

Scanned by CamScanner



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 5472039

Pt.: 282441 - RUIAN VICTOR DE OLIVEIRA

Nome do Paciente:

NOME: LÍVIA DA SILVA GOMES

O

Idade:

Sexo: M () F () Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

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:

Hipótese Diagnóstica:

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

EXAME NEUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Abertura Ocular Espontânea	4	Orientado	5
Abertura Ocular a voz	3	Confuso	4
Abertura Ocular a dor	2	Resposta Inapropriada	3
Sem abertura ocular	1	Sons Incompreensíveis	2
		Sem resposta verbal	1
			Obedece ao comando
			Localiza Estimulo Doloroso
			Retirada ao Estimulo Doloroso
			Descorticação
			Descerebração
			Sem resposta motora

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

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

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
 Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
 Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
 Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
 Uso outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()
 Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()	Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()	RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____	Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()	Volume de Fluidos Infundido: _____
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()	Outras Condutas: _____
Entubação Orotraqueal: S () N ()	Intercorrelações: _____
Ventilação Mecânica: Modalidade _____	
FIO2: _____	

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Deficiência de Tratamento

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HOF

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e data: 18/07/18

Médico Assistente: _____

Prontuário: 1063955

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOF
Notificado pelo Nepi
14.10.18

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ATROFICAMENTO,
APRESENTANDO TRAUMA NA MÃO.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Вот, конечно, интересно, какие
и какие
мил. контакты
Руса и. другие

Diag. Provisório:

FUTUM TIBIA (2)
FUTUM PU (3)

TALL GRASSLAND

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449 / CRM: 17991

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

