

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

JONATHAN SILVA FERNANDES, brasileiro, solteiro, zelador, portador do RG n.º 8.092.003 SDS/PE e do CPF n.º 703.999.784-37, residente e domiciliado na Rua Supia n.º 128, Vasco da Gama, Recife/PE. CEP. 52.081-451.

OUTORGADOS: **Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF n.º 917.578.194-87, e-mail: adsonadv@hotmail.com; e **Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, brasileira, divorciada, portadora do RG n.º 7.742.986 SSP/PE e do CPF n.º 884.647.684-00, e-mail: wradvogadosjp@hotmail.com, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, n.º 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 22 de maio de 2019.

Outorgante: Jonathan Silva Fernandes.



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

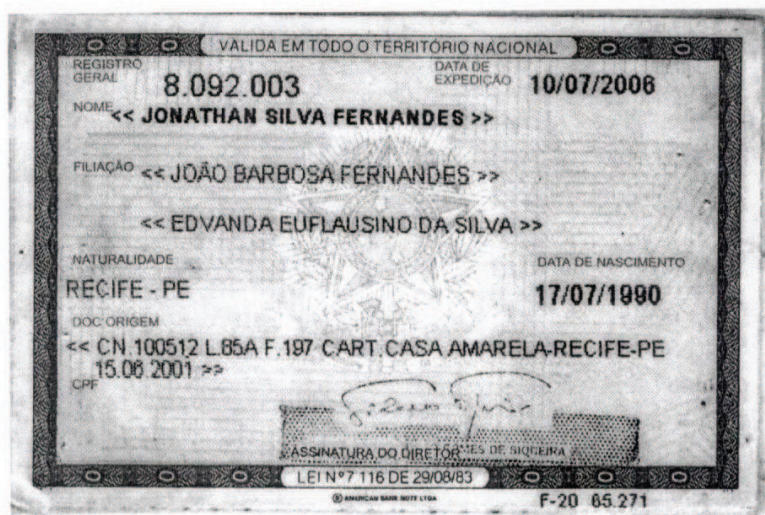
JONATHAN SILVA FERNANDES, brasileiro, solteiro, zelador, portador do RG n.º 8.092.003 SDS/PE e do CPF n.º 703.999.784-37, residente e domiciliado na Rua Supia n.º 128, Vasco da Gama, Recife/PE. CEP. 52.081-451.

Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 22 de maio de 2019.

Declarante: X Jonathan Silva Fernandes.







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **703.999.784-37**

Nome: **JONATHAN SILVA FERNANDES**

Data de Nascimento: **17/07/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/12/2012**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **14:50:11** do dia **03/06/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **9E58.46A6.E5C8.27ED**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





CTC RECIFE PE PL2
EDVANDA EUFLAUSINO DA SILVA
R SUPIA 128
CS FRENTE VASCO GAMA
52081-451 RECIFE PE



7210139109506670000000146230121218

Dt.Post: 12/12/2



 **MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número **03888** Série **00099**

Jonatham Silva Fernandes
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome **Jonathan Silva Fernandes**

Loc. Nasc. **Recife** Est. **PE** Data **17/07/1990**

Filiação **DAO CARBOSA FERNANDES E EDVANDA EUFLAUSINO DA SILVA**

Doc. Nº **RE 8.092.003-SDS-PE**

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº

Exp. em/...../..... Estado

Obs.:

Data Emissão **18/09/2009** - **SRTE** **PE**

Aristoteles Paulo da Silva
Assinante do Cartão
Insc. SIG Nº 100701



CONTRATO DE TRABALHO

Empregador **Condomínio do Edifício Colorado**
 CNPJ/MF **Rua Capitão Rui Lucena, 160**
 Rua **Boa Vista - CEP nº 50.070-080**
 Município **RECIFE** Est. **PE**
 Esp. do estabelecimento **Condomínio**
 Cargo **Zelador**
 CBO nº **514120**
 Data admissão **08** de **MAIO** de **2015**
 Registro nº **01** Fls./Ficha **14**
 Remuneração especificada **R\$ 800,00 (oitocentos reais) p/mês**
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Condomínio do Edifício Colorado
 1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador.....
 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento.....
 Cargo.....
 CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD nº





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 017ª CIRCUNSCRIÇÃO - VASCO DA GAMA -
DP17ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0107000213**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/02/2019** às **10:35**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **7/12/2018** às **01:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA ASSUNCAO, 1** - Bairro: **VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **TEATRO LOMBADINHO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ELEMENTO DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JONATHAN SILVA FERNANDES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JONATHAN SILVA FERNANDES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDVANDA EUFLAUSSINO DA SILVA Pai: JOÃO BARBOSA FERNANDES Data de Nascimento: 17/7/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8092003/SDS/PE (RG), 70399978437 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ZELADOR Telefones Celulares: - 983601329

Endereço Residencial: **RUA SUPIA, 128, CASA - CEP: 55099-000 - Bairro: VASCO DA GAMA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): ELEMENTO DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/GO 125 TITAN K3 Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação



O QUEIXOSO ESCLARECE QUE NO DIA 07/12/2018, POR VOLTA 01H00, ENCONTRAVA-SE NA RESIDÊNCIA DA SUA GENITORA, LOCALIZADA NA RUA ALCAPUZ, 188, CASA AMARELA, RECIFE-PE, PRECISOU IR BUSCAR O SEU FILHO DE MENOR IDADE DE NOME JONATHAN MIGUEL NA RUA ASSUNÇÃO, VASCO DA GAMA RECIFE-PE, AO SAIR DA RUA ONDE MORA A SUA GENITORA PEGOU UMA MOTO TAXI COM DESTINO A RUA ASSUNÇÃO NO VASCO DA GAMA-RECIFE-PE, AO CHEGAR NA SUBIDA DA RUA ASSUNÇÃO O MOTOQUEIRO DA MOTO TAXI NÃO CONSEGUIU SUBIR A LADEIRA E O VEÍCULO LEVANTOU O PNEU DIANTEIRO, O QUEIXOSO JUNTAMENTE COM O MOTOQUEIRO CAIRAM AO SOLO, O QUEIXOSO TEVE UMA FRATURA(QUEBROU) NA TIBIA DA PERNA ESQUERDA, DE IMEDIATO INFORMOU O FATO AO MOTOQUEIRO QUE SEM MOTIVO O MESMO SAIU DO LOCAL EM ALTA VELOCIDADE, FOI QUANDO O QUEIXOSO LIGOU PARA A SUA ESPOSA PEDINDO SOCORRO, MINUTOS DEPOIS A SRA. PRISCILA COMPARECEU NO LOCAL E LIGOU PARA O CORPO DE BOMBEIRO - 192, APÓS UMAS 02(DUAS) HORA COMPARECEU NO LOCAL UMA AMBULANCIA DO BOMBEIRO QUE MOBILIZOU O QUEIXOSO E CONDUZIU O MESMO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, LOCALIZADO NA CIDADE DO PAULISTA-PE, ONDE LÁ RECEBEU OS ATENDIMENTOS MÉDICOS E FICOU ENTERNADO, APÓS 05(CINCO) DIAS O QUEIXOSO FOI CIRURGIADO E RECEBEU ALTA DA JUNTA MÉDICA. PELO ESPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS POLICIAL.

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

Jonathan Silva Fernandes
JONATHAN SILVA FERNANDES
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE CARLOS DA SILVA - Matrícula: 158.555-8





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000217 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). JONATHAN SILVA FERNANDES , 28 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 8092003 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 703.999.784-37, residente à RUA SUPIA, nº 128, , VASCO DA GAMA , RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 07/12/2018, por volta das 02:33 hs, no endereço: RUA ASSUNÇÃO, 126, VASCO DA GAMA RECIFE-PE, referente a um(a) QUEDA E MOTO, envolvendo VEÍCULO RETIRADO DO LOCAL, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) JONATHAN SILVA FERNANDES , inscrito sob o CPF nº 703.999.784-37 e Registro Geral nº 8092003, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718002-0 ELMO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 456208. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 22/02/2019

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 2019APH000217

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 07/12/2018 03:53



Nome Paciente: JONATHAN SILVA FERNANDES
Cód. Paciente: 121010
Data de Nascimento: 17/07/1990
Sexo: Masculino
Idade: 28
Senha: 0006
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 456208
SAME: 107944

Período: 07/12/2018 04:53 - 07/12/2018 04:54

AURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE EM AR AMBIENTE GEMENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO NEGA VÔMITO, DESMAIO, DOR TORACICA E ABD. REFERE DOR EM MIE O MESMO IMOBILIZADO C/ BOA PERFUSÃO PERIFERICA

Observação:

VINDO C/ BOMBEIROS /NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / CARDIOPATIA /ASMA / AVCI / HAS

Esquema sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

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

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Dados Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- SACR - REGUA DE DOR: 3
- FREQUENCIA CARDIACA: 83.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

Enfermeiro

REVISADO
NEPI-HMA

NEPI-HMA

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/12/2018 04:54

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 04/06/2019 14:42:22

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060414422278800000045481199>

Número do documento: 19060414422278800000045481199

Num. 46183378 - Pág. 1



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



A'endimento: 456208

Senha da Classificação:

0006

D'ta e Hora: 07/12/2018 03:59

Paciente: 121010 JONATHAN SILVA FERNANDES

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/07/1990 Idade: 28 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: EDNALVA EUFLAUSINO DA SILVA

Nome do Pai: JOAO BARBOSA FERNANDES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA ALTO NOVO MUNDO --

6180

Bairro: VASCO DA GAMA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Usuário Atendimento: ROBERTAMB

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: 06:50h

Queixa Principal

Pete vítima de queda de moto às 02h. Nega VNC ou vômitos.
Refere dor no M.E. Nega alergias.

Exame Físico

A: VAs periferias, s/adar. Be C: FC: 82bpm. D: ECG IS, PIFR.
E: fala em M.E.

Hipótese Diagnóstica

Politrauma

Prescrição Médica

1. Dipirona 2g IV
2. Clonazepam 0,5mg + SE IV com L IV
3. Rx Trauma
4. Aval. ortop

7 04: Pro

Dr. Fernando C. Norberto
Cirurgião Geral / RQE Nº 4408
Cir. Cabeça e Pescoço / RQE Nº 4407
CRM-PE 18.708

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





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 - Nº Prontuário			
JONATHAN SILVA FERNANDES	121010			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
708202143537342	17/07/1990	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
EDVANDA EUFLAUSINO DA SILVA	8198359132			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
EDVANDA EUFLAUSINO DA SILVA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
RUA ALTO NOVO MUNDO, 6180 - VASCO DA GAMA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
RECIFE	261160	PE	52081031	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
Plt vítima de acidente automobilístico travando pelo sarau e fix fechadura de osso da perna. Nódulo alveolar e comêto Jolly

21 - Condições que justificam a internação
Corrente

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
Anamnese, Exame físico e Radiológico

23 - Diagnóstico Inicial/ Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
Fr de Osso da Perna Esq.	S82.2	V29.9	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
Tratamento Cirúrgico	04.08.05.050-0		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
Ortopedia		(X) CNS () CPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
PLANTONISTA ORTOPEDIA	08/12/2018	Dra. Jane Eliza Ortopedia (Radiologia) 12346	

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	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	

AIH
261810296735-9

Código do Laudo: 456336





PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

PACIENTE: JONATHAN SILVA FERNANDES

REGISTRO: 121010

O presente Termo tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quanto aos principais aspectos relacionados ao Procedimento Cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Hospital Miguel Arraes.

Fica aqui registrado que foi esclarecido detalhadamente para o paciente e/ou responsável o propósito, os benefícios, os riscos e as alternativas para o procedimento cirúrgico proposto.

Procedimento proposto: _____

1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alteração(ões) e diagnóstico(s) de meu (ou de meu familiar) estado de saúde, com indicação de realização do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) descrito(s) acima.

2. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como também poderão ocorrer situações imprevisíveis ou fortuitas.

3. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais como sangramento, infecção, problemas cardiovasculares e respiratórios, e morte, além de complicações específicas relacionadas a cada procedimento sendo, neste caso, PSEUDOARTROSE, CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, LESÃO NEUROLÓGICA E/OU VASCULAR, RIGIDEZ ARTICULAR, DEFORMIDADES NOS MEMBROS, ARTROSE PÓS-TRAUMÁTICA, OSTEONECROSE AVASCULAR, OSTEOMIELITE, EXPOSIÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE, AMPUTAÇÃO DE MEMBROS, SÍNDROME DA IMPLANTAÇÃO DE CIMENTO ORTOPÉDICO E DÉFICIT MOTOR.

4. Estou ciente de que para realizar o(s) procedimento(s) proposto(s), será necessário o emprego de anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesista, estando também ciente dos riscos e benefícios e alternativa.

5. Autorizo a equipe de profissionais do Hospital Miguel Arraes a intervir no procedimento.

6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

7. Confirmando que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Tive a oportunidade de fazer perguntas que me foram respondidas satisfatoriamente. Assim, tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Paulista, 7 de dezembro de 2018

✓ Eduarda Paula

Assinatura do paciente / responsável

Nome:

R.G.:

Assinatura da testemunha 1
Nome:

R.G.:

Assinatura da testemunha 2
Nome:

Assinatura e carimbo do médico

Estrada da Fazendinha S/N Jaguaribe Paulista - PE CEP: 53.413-000
PABX: 31819600 Fax: 31819617





MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JONATHAN SILVA FERNANDES
IDADE: 28 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 08/12/18

REG: 121010

DATA DA ALTA: 12/12/18

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TÍBIA EM 11/12

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- 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: ____/____/____

Pro. Luciana Moser
Ambulatório - Ortopedia
CRM 17.171

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **456336**

Usuário: JULIANAPP

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JONATHAN SILVA FERNANDES** Prontuário: 121010
Idade: 28a 4m 22d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 17/07/1990
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 52081031
L.G.: 8092003 C.P.F.: , 6180 - VASCO DA GAMA - RECIFE - PE
Endereço: RUA ALTO NOVO MUNDO
Dados da Internação
Data e Hora da Internação: 08/12/2018 04:00
Origem: INTERNACAO Plano: GERAL
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-33
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 17 12 18
Endereço: Número: 2
Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 12 / 12 18 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: com condições clínicas
Diagnóstico Principal.....: frat. do om. de punho @
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Prescrição.....: RF + F2 cl G.M
Médico e CRM: REVISADO CIH-HMA
CRM: 17.171

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





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JONATHAN SILVA FERNANDES REG: 121010

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
7/12/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
10H30	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, VEM TRAGO PELO SAMU POR CONTA DE FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNA. PACIENTE NEGA DESMAIO, NEGA VOMITOS, NEGA NAUSEAS, ATENDIDO INICIALMENTE PELA CIRURGIA GERAL. NEGA COMORBIDADES, NEGA OUTROS SINTOMAS
	AO EXAME: REG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCARDICO
	NORMOCORADO, HIDRATADO. COM TALA COXOPODÁLICA EM MIE. TEC <2S, SEM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, SEM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL
	RADIOGRAFIA: FRATURA DE OSSOS DA PERNA
	HD: FRATURA DE OSSOS DA PERNA
	CONDUTA: INTERNO + TALA COXOPODÁLICA + SOLICITO
	EXAMES SOB ORIENTAÇÕES DE DR FAGNER ATHAYDE
	ATA não impressa por falta do CNS no atendimento do paciente
	Dr. Hudysen Oliveira Rocha Ortopedia/Traumatologia CRM 26.720
08/12/18	
	PLB 5/12/18
	Prescrita a tala
	para o membro

BRUNO PAULO RIBEIRO
CRM 12417
Cirurgia Geral



08/12/18

8:00

STA

Prévia evoluída Estável em
Alto em queixas novas
momentâneas.

ps. com. EGB. apneia
PMI E: TAA com parox.
pulso periferico.

Dr. Jonathan

Dr. Felipe Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 48.948

01/12/18

#207

MD: fratura de osso da perna E

paciente segue estável, sem queixas, sem intercorrências

do exame: REG, LOTE, eufneles, normocardia

REG 22, taxa coxo pedállica

conduta: aguardando cirurgia

Dr. Hudson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720

12/12/18

11:20

#207

MD: TO RFFI com haste intramedular em tíbia esquerda 12/12/18

PO: estável, alqueiras.

EGB, consciente, orientado, eufórico, hidratado

PO: limpa, seca, alqueiras

ADM: de joelho e tornozelo E preservados

ML: preservado

Re: Bacteriologia: negativa

CD: alta com orientações, ATB e analgesia

Desmatar com muletas conforme com

Crativo diário

Reforço ambulatorial com 2 semanas

Terapia

Dr. Janelle Braga
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 456208 .. Prontuário: 121010 SAME: 107944 Hora Atend: 03:59 Data Atend: 07/12/2018
Paciente..... : JONATHAN SILVA FERNANDES Idade: 28 a
Endereço..... : RUA ALTO NOVO MUNDO
Bairro..... : VASCO DA GAMA
Cidade..... : RECIFE UF.: PE CEP: 52081031
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 08/12/2018 Hora Saída : 03:59

Prestadora de Evolução Médica: FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

FAGNER FONSECA DE ATHAYDE / 16863
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 456336
Dt Atendimento: 08/12/2018 - 04:00 Dt Alta: 12/12/2018 - 15:32
Paciente: 121010 JONATHAN SILVA FERNANDES

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 76 ORTL-512-LEITO 004 Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: ELISABETECS
CID:

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

Observação de Alta

ELISABETE DA CONCEICAO SILVA

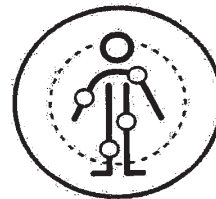
Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente JONATHAN SILVA FERNANDES
Data de nascimento 17, 07, 1990 RG 8092003 SDS CPF 703.999.789/37

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 07, 12, 2018

Nº do B.O. 19E0107000212

Resumo clínico PACIENTE vítima de acidente de trânsito, so-
freto forte trauma na parte sup. e inf. da
coluna

Diagnóstico Fratura ossos da parte baixa da coluna (L1/3 distal)

Tratamento Curativo e Haste Ortopédica + 04 parafusos de Bloqueio

Sequelas - DR nos espaços + hemorragia no disco L4-L5
no 07/12/18 + tratamento do UEL

Data da alta ambulatorial definitiva 22, 04, 19

Abreu e Lima, 22 de Abrel de 2019

Dr. Pedro Marques
Traumatologista-Ortopedia
CRM 8594

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278



SINISTRO 3190162225 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JONATHAN SILVA FERNANDES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE
SEGURADORA S/A**BENEFICIÁRIO** JONATHAN SILVA FERNANDES**CPF/CNPJ:** 70399978437**Posição em 03-06-2019 15:02:39**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/05/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

