

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS, brasileiro, divorciado, serviços gerais, CTPS nº 98798 SÉRIE 00013, CPF 071.709.074-45 residente e domiciliado Engenho Novo, 85, Usina Maravilha, Goiana-PE, CEP 55900-000.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, SALAS 09 e 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE.

PODERES: Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia" prevista no Art. 38 do Código de Processo Civil, conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, desistir, recorrer, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, agravar de instrumento e de petição, arguir exceção, formular recursos extraordinários e inominados, acompanhar andamento de processo, apresentar contra-razões, levantar, requerer ou receber Alvará Judicial, para dar quitação e transigir, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Olinda, 24 de Abril de 2018.

Israel Francisco dos Santos
Outorgante



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
 DEPARTAMENTO DE CONTROLE DE PASSAGENS
 PASSAPORTE

Nº 144 00012

Nome: **Israel Francisco dos Santos**

Loc. Nasc. **Goiânia - PE** Data de Nasc. **17-01-81**

Filiação **Israel Francisco dos Santos**

Doc. **16211** Data de Emissão **16-04-88**

ESTADOUENSES E ESTRANGEIROS

Expediente de Entrada no Brasil em: Por:

Expediente de Saída do Brasil em: Por:

Data de Cadastro **98-04-98**

Assinatura do Expediente **MAURÍCIO**

Nome de Legação **MAURÍCIO R. de Souza**



**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF****MINISTÉRIO DA FAZENDA**

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

NP do CPF: **071.709.074-45**

Nome:

Data Nascimento:

Situação Cadastral:

Data de Inscrição no CPF:

Dígito Verificador:

Comprovante emitido às: **15:29:46** do dia **25/01/2018** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **876C.0FE4.F54C.EE6B**

Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA		2a VIA			
<p>COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO AV. JÃO DE BARROS, 111. BOA VISTA. REGIPE, PERNAMBUCO CEP 50150-002 CNPJ 06.935.832/0001-08 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0003943-93</p>		<div style="text-align: center;">  <p>celpe <i>Grupo Neocenergia</i> www.celpe.com.br</p> </div> <p style="text-align: right;">Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02 COMERCIAL 115 PRONTIDÃO 115 Atendimento ao cliente 24h ou de 9h às 18h: 0800 281 0142 Ouvidoria 0800 282 5599</p> <p style="text-align: right;">Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0187-Ligação Gratuita do Telefone Fixo Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 187-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis</p>			
<p>DADOS DO CLIENTE</p> <p>NOME: RITA SILVEIRO DOS SANTOS</p> <p>CNP: 439.554.129-34</p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>DATA DE VENCIMENTO</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">13/04/2018</p> <p>TOTAL A PAGAR (R\$)</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">11,52</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</p> <p>06/04/2018</p> <p>DATA DA REPRESENTAÇÃO</p> <p>06/04/2018</p> <p>NÚMERO DA NOTA FISCAL</p> <p>011809424</p> </td> </tr> </table>		<p>DATA DE VENCIMENTO</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">13/04/2018</p> <p>TOTAL A PAGAR (R\$)</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">11,52</p>	<p>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</p> <p>06/04/2018</p> <p>DATA DA REPRESENTAÇÃO</p> <p>06/04/2018</p> <p>NÚMERO DA NOTA FISCAL</p> <p>011809424</p>
<p>DATA DE VENCIMENTO</p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">13/04/2018</p> <p>TOTAL A PAGAR (R\$)</p> <p style="font-size: 1.5em; font-weight: bold;">11,52</p>	<p>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</p> <p>06/04/2018</p> <p>DATA DA REPRESENTAÇÃO</p> <p>06/04/2018</p> <p>NÚMERO DA NOTA FISCAL</p> <p>011809424</p>				
<p>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</p> <p>EG Nº0435</p> <p>MARAVILHAGEM RURAL II 32500-000 GOMANA PE</p>		<p>CONTA CONTRATO</p> <p>004000574553</p> <p>RP DO CLIENTE</p> <p>2362810544</p> <p>4º DA INSTALAÇÃO</p> <p>0101242313</p>			
<p>RESERVAÇÃO AO FISCO</p> <p>EDGB.6403.A731.F101.DEFB.A760.4000.3682</p>		<p>CLASSIFICAÇÃO</p> <p style="text-align: center;">B2 RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL Monoetário</p>			
<p>As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 442/03), tarifas, créditos, parâmetros técnicos e normas de segurança a disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br</p>					

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

[illegible]

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA LUMINÁRIA	ANTERIOR		ATUAL		Nº BOMBAS	CONSUMO E	A USAR	CONSUMO MENS
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000000375470738	CAT	07/03/2016	229,00	08/04/2016	262,00	30	1,00000	0,32	30,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TEMPO DESPENDIDO	TEMPO MENSAL	TEMPO TOTAL	TEMPO ANUAL
m/h:00:00					
DE-Mais tempo sem Energia	CONSUMO	00,00	10,10	20,20	60,60
Mais de 1 hora sem Energia		1,00	2,00	10,00	30,00
Mais de 3 horas sem Energia		00,00	0,00	0,00	0,00
DE-Interrupção em -Interrupção em de critico			1 hora e 10 min	10,00	
DE-Interrupção em de energia de 1 hora e 10 min					

DATA PRESTA PARA A PROVA DE SUPORTE ELÉTRICO	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES		NÍVEL DE TENSÃO							
<p>Na data de leitura a bateria em vigor é a Verde. Mais informações em www.celtec.pt</p> <p>O cliente é responsável quanto à utilização e manutenção individual ao do nível de tensão da formatação.</p> <p>Poderá ser utilizado para mais 72 horas (MÁXIMO), sendo 18h em 100% e a utilização máxima no dia, mês decorrente incorrelacional pela Aplicação de Tensão RURAL = R\$ 0,04</p> <p>O cliente é responsável quanto à de descompartimento do prazo detido para os pedidos de elevação de capacidade.</p> <p>Fração em 1 e a unidade de formatação, o elevamento ao consumo poderá ocorrer até 2 ciclos de formatação.</p> <p>Poderá também ser utilizado a parte de disponibilidade de se obter em que ocorrer a suspensão.</p>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: center; padding: 5px;">TENSÃO INICIAL (V)</th> <th style="text-align: center; padding: 5px;">LIMITE DE VARIAÇÃO (V)</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">220</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">202</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 5px;">220</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;">202</td> </tr> </table>		TENSÃO INICIAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	220	202	220	202
TENSÃO INICIAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)								
220	202								
220	202								
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA							

CONTABILIZADO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	FAIXA DE PAGAMENTO
0040084/4683	04/2018	11,52	13/04/2018	Evite dobrar, perfurar ou rasgar. Este cartão será usado em loteria 6/60.



AUTENTICADO MEDIANTE



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Israel Francisco dos Santos
RG 98798 Série 0013, CPF 081.709.074-45
Residente na Engenho Novo, 25, Bairro Usina Paralela
Cidade Goiana, Estado de Pernambuco

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Timbaúba, 24 de Abril de 2018

Israel Francisco dos Santos

Assinatura do Declarante





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

BC

Número do Registro: 2017/ET018439 Data e Hora de Atendimento: 07/11/2017 09:55 Prioridade de Atendimento: Emergência Traumatológica Local de Entrada: Emergência Traumatológica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 21000 ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS Registro SUS: 6021994530383
Nascimento: 17/01/1981 Idade: 36 Sexo: Masculino Cor: Branco
Estado Civil: Casado(a) Profissão: APOSENTADO(a) Religião: Católica Nacionalidade: Brasileira
Documento de Identidade: 652572 Filiação: NOEMIA RITA SILVA DOS SANTOS
Endereço (Av., Rua, etc.): ENGENHO GUARUBA, 31 Complemento: UF: PE CEP: 08188-7203572
Bairro: FREIXEIRAS
Acompanhante: O MESMO
Ocorrência: OCORRÊNCIA TRAUMATOLÓGICA - Out. por Membros Superiores: Não Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Processo: COMÚN

NOTIFICADO

Modo de Transp: -

AValiação da Enfermagem / Acompanhante

EPIDEMIOLOGIA

Queixa principal:

- () Febre () Vômito () Dificuldade de respirar () Tontura
() Taquicardia () Convulsão () Diarreia () Letargia () Disquezia () Constipação
() Fadiga () Distúrbios visuais () Parosismo episódico () Dor de cabeça
X Dor Local: MSE (Mão) há 2 horas
() Queixa urinária: idem
() Sangramento: Leds
X Outras queixas: acidente de trânsito Domingo

Encaminhamento:

- () Clínica Geral
() Pediatra
() Clínica
X Ortopedia
() Ginecologia
() Mastologia
() Endocrinologia
() Oncologia

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos:

- () Hipertensão () Diabetes () Problemas cardíacos () Asma Brônquica X Siga
() Tuberculose () Convulsão () Tabagismo () Doença renal () Alergias
() Outros:
() Uso de medicamentos:

Casos:

Sinais Vitais

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R/min

Exames Diagnósticos auxiliares

- () Glicemia Capilar mg/dL

AValiação Médica

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA):

Lesão queto do dorso do 5º dedo
do + edema

Exame Físico: Peso: 49 kg

Rx queto do dorso do 5º dedo

Hipótese: Diagnóstico / conduta

2 Vo (torn) comp. 1h.

talco lavo polgar

Indicação de Atendimento:

Oriento realizar exame físico

e torn. amarelo do Rx





Laudo para solicitação de autorização de internação

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO	
HOSPITAL MIGUEL ARRAES		2 - CNES 8431569	
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL MIGUEL ARRAES	
		4 - CNES 8431569	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Nome do Paciente		9 - Nº Prontuário	
ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS		100080	
1 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raza/Cor
898002934530363	17/04/1981	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	03 - Parda
11 - Nome da Mãe		12 - Telefone de Contato	
NOEMIA RITA SILVINO DOS SANTOS		8181253512	
13 - Nome Responsável		14 - Telefone de Contato	
IGNORADO			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
RUA ENGENHO GUTUBA 31 - CENTRO			
16 - Município	17 - BGE	18 - UF	19 - CEP
GOIANA	250620	PE	56900974
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - Anamnese e Sinais e Sintomas Clínicos			
Paciente sem comorbidades associadas com a lesão. Dor em mão esquerda após queda. Exame físico: fratura da base do 1º metacarpo esquerdo, nega alergias.			
21 - Condições que justifiquem a internação			
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA			
22 - Principais Resultados da Prova Diagnóstica			
AS SUPRA CITADAS			
23 - Descrição Inicial / Código	24 - CID-10 Principal	25 - CID-10 Secundário	26 - CID-10 Causas Associadas
FRATURA DA BASE DO 1º METACARPO ESQUERDO - BENNET	S62.3	Z00.0	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METACARPO-FALANGIANA			
28 - Código do Procedimento	29 - Código do Procedimento		
0408020538			
30 - Especialidade	31 - Centro de Atendimento	32 - Documento	33 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	360010278437533
34 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	35 - Data da Solicitação	36 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
BORMANE DE CARVALHO BRITTO	11/11/2017	16339	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
37 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	39 - Nº Seguro	40 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	41 - CNPJ Empresa	42 - CNAB Empresa	43 - CBOR
37 - () Acid. Trabalho Típico			
44 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			
AUTORIZAÇÃO			
45 - Nome do Profissional Autorizador	46 - Cód. Órgão Emissor	47 - Nº da Autorização de Internação (Hospitalar/AIH)	
	E280000001		
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
() CNS () CPF			
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		
	Dr. Fábio Athayde		
	Médico Ortopedista		
	CRM 15883 - TEOT 12531		
261710295347-6			

Código do Laudo: 403249



FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **403308**

Usuário: MATARASS

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS** Prontuário: 109080
Idade: 36a 9m 26d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 17/1/1981
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 55900974
R.G.: 6526773 C.P.F.: 07170907445 - CENTRO - GOIANA - PE
Endereço: RUA ENGENHO GUTTUBA, 31
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 12/11/2017 22:58
Convênio: SUS - INTERNAÇÃO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO Leito: VERD2-02
Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: Número:
Fone: Cidade: Estado civil: 20/11/17

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 22/11/17 Hora da Alta: : :

Motivo: ☐ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Boa

Diagnóstico Principal.....: Ex 1ª M7C(F)

Diagnóstico Secundário01.: REVISADO COIH-HMA

Diagnóstico Secundário02.: —

cedimento.....: Cirurgia com pla 10

Dr. Renato Holanda
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 25.345

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRARES com todos os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestesia, 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

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável no momento



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 403248

Senha da Classificação:

0029

Data e Hora: 11/11/2017 22:58

Paciente: 109080 ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/01/1981 Idade: 36 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA

Nome da Mãe: NOEMIA RITA SILVINO DOS SANTOS

Nome do Pai: LUIZ FRANCISCO DOS SANTOS

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLÁTONISTA ORTOPEdia

CRM: 12346

Endereço: RUA ENGENHO GUTUBA

A

31

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Esc.

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Viêmus no tornozelo direito com edema e dor em
mão toquada após queda da escada alguns dias atrás
fractura de Bax do 1º metacarpo (R)

Exame Físico

manuseio fraco no tornozelo. Edema moderado de face distal.

Hipótese Diagnóstica

fractura de Bax do 1º metacarpo esquerdo. Baxmt.

Prescrição Médica

Dor intenso no tornozelo de R. Somente

Dr. Thiago Mendes FERREIRA
MÉDICO
CRMPE 84.728

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de Internação



Atendimento: 403308

Dt Atendimento: 12/11/2017 - 22:58

Dt Alta: 17/11/2017 - 18:56

Paciente: 109080 ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 564 VERD2-01

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ROSEANERSN

CIC

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

Observação de Alta

ROSEANE RODRIGUES DA SILVA NASCIMENTO

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 17/11/2017
Hora.: 13:34

Visão de Cirurgia : 46289

Paciente : 108080

Convênio Atend.: 1

Leito : 554

Dt. Início : 17/11/2017 13:38

Pré-Operatório : S622

Pós-Operatório : S622

Sala : 0003 SALA 03

ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS

SUS - INTERNACAO

VERD2-01

Dt. Fim : 17/11/2017 14:34

FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO

FRATURA DO PRIMEIRO METACARPIANO

Atendimento : 403308

Carteira :

Idade : 36 Anos 13 Horas

Procedimento: 0400020377

Convênio: 001

Anestesia: 42

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS (PRINCIPA

SUS - INTERNACAO

LOCAL

Cirurgião

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA PRIMEIRO METACARPO E

CIRURGIA: REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM FIO K

CIRURGIÃO: DR. JEFFERSON CALUME

1º AUXÍLIO: DR. THIAGO MENDONÇA

ANESTESIA: LOCAL

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. REDUÇÃO INCRUENTA SOB MANOBRAS ESPECÍFICAS;
5. FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE K;
6. OBSERVADO BOA REDUÇÃO PELA FLUOROSCOPIA;
7. IMPEZA COM SF 0,9%;
8. CURATIVO + TALA;
9. BOA PERFUSÃO DISTAL;
10. AGRPA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Renato Holanda
Cirurgião Especialista
CRM: 25.1243

DR(A) JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM: 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

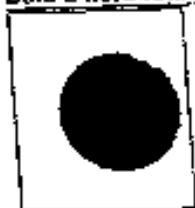


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRASCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/11/2017 22:53



Nome Paciente: ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS
Cód. Paciente: 109080
Data de Nascimento: 17/01/1981
Sexo: Masculino
Idade: 36
Senha: 0029
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
Atendimento: 403248
SAME: 96702

Handwritten signature

Período: 11/11/2017 23:12 - 11/11/2017 23:14

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

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: REFERE DOR EM MÃO ESQUERDA APÓS QUEDA DE MOTO NEGA VÔMITOS E OU DESMAIOS

Observação: PROCEDENTE DO HOSP BELARMINO C/ SENHA 5296470/ NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / ASMA / CARDIOPATIA

Exatograma sintoma: TRAUMA

Eliminador(es):
- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA. NÁUSEA, VÔMITOS. CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 2
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 64.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVISADO

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

Data Impressão: 11/11/2017 23:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**MIGUEL ARRABES**[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ISRAEL FRANCISCO

REG: 409080

CLINICAL:

ENFERMAGEM:

LETC:

DATA/HORA	#SOT #
17/11/19	# 360
07h	
	#AD-1/ → 1° MTC-E
	#Paciente chegou atenuado, chegou com o carro em direção da fatura.
	#Ex.: esp., consistência, miúdo, romanesco, apêndice presença de uma englobante e presença com HSE + talo
	#CD: Programação de diagnóstico top
	Claudio Costa Neto Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 24.398
17/11/19	Em teste
	Procedimentos realizados & intervenções. Ata com assinatura Dr. Flávio Edson
	Dr. Renato Holanda Ortopedia/Traumatologia CRM-PE 25.345





DR. MIGUEL ARRAS



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: SAGEI FRANCISCA Registro: _____
Clínica: _____ Enfermeira: _____ Leitor: _____

Data/Hora	
04/12/14	#507
	H.D. PO FLETA BASE 1. MICE
	DALLING
	5/10/15 DE 14h
	F-2000 REPELTO
	CD: TUBO TUBO E CUBO
	H2O2
	H2O2 15 DRS
	Dr. Bernardo Sampaio
	Ortopedia e Traumatologia
	CRM-PE 23.839



Siga de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - 0P44ªCIRC
DINTER/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0134004115

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/12/2017 às
10:56

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
sucedeu no dia 7/11/2017 no período da Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, USINA
MARAVILHA, - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) - que estava em posse do(a)
Sr(a): ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS

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

**ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
NOMEIA RITA SILVIA DOS SANTOS Pai: LUIZ FRANCISCO DOS SANTOS Data de
Nascimento: 17/11/1981 Nacionalidade: GOIANA / PERNAMBUCO / BRASIL (Documento:
4326713/2007PI (RG), 77178981448 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(a) Escolaridade: 1ª.
GRAU INCOMPLETO Profissão: SERVENTE DE LIMPEZA Telefones Celular/s:
- 81263812**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, ENGENHO NOVO, USINA MARAVILHA, -
CEP: 8 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Rápido de Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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



SINISTRO 3180084617 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 07170907445**Posição em 22-03-2018 09:17:55**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/03/2018	R\$ 945.00	R\$ 0,00	R\$ 945.00



MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS**, que se encontra em posse do(a) Sr(a): **ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR 125X FACTOR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KOM5316 (PERNAMBUCO/GOIANA)** Chassi: **90CKE1220A9115491**
Ano Fabricação/Modelo: **2003/2010**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE INFORMA QUE, NA DATA E PERÍODO ESPECIFICADOS, TRAFEGAVA PELO BR-151, E ENTROU EM TERRAS DA USINA MARAVILHA. E SEGUNDO A VÍTIMA ALGUNS CARAS SAÍAM DO MATAGAL NA CARREIRA, E O CONDUTOR EM EPISÓDIO BATEU NOS CARAS E CAIU DA MOTO, FICANDO LESIONADO, E EM OCORRÊNCIA DO EVENTO FOI ATENDIDO NO HOSPITAL BELARMINO CORREIA, E A POSTERIORI FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS, E NESTE NOSOCÔMIO FEZ UMA CIRURGIA, EM CONSONÂNCIA COM DOCUMENTO HÁBIL COMPLEMENTÁRIO EM ANEXO, DELO QUE CONSIGNA O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

Israel Francisco dos Santos
ISRAEL FRANCISCO DOS SANTOS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **DANIEL PEREIRA VICENTE** - Matrícula: **181473-6**

