





CTC RECIFE PE RJ3
MARIA AUGUSTA DA SILVA
R DAS FLORES, 30 - SEGUNDA TRAVESSA
RIO DOCE
53050-000 - OLINDA - PE



7214010713 140000 0000000000 00 000000



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Edilberto Teobaldo da Silva, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 9009010930915 CE e CPF: 096.834.093-65, residente na Rua das Flores, 30, 2ª TV, Rio Doce, Calinda / PE. CEP: 53050-080.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 31.03.19

Edilberto Teobaldo da Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 11 de março de 2019 .

Edilberto Teobaldo da Silva





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 02ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP2ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0118006507

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/06/2018 às 14:18

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 16/4/2018 às 14:00

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM MARANGUAPE (BAIRRO), 01, RODOV. PE-22, S/N - Bairro: JARDIM MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE-22**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE MOTOCICLETA TITAN K3 150 DE PLACA KJG-3123 (AUTOMÓVEL)
FABIO SANTANA DA SILVA (OUTRO)
EDILBERTO TEÓBALDO DA SILVA (VÍTIMA)
LEONARDO JOSE DOS SANTOS SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EDILBERTO TEÓBALDO DA SILVA

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

EDILBERTO TEÓBALDO DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mte: RITA TEÓBALDO DA SILVA Fil: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DA SILVA Data de Nascimento: 18/6/1986 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 2002010230219/305/CE (RG) 02881408185 (CPF) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES
Endereço Residencial: RUA DAS FLORES, 39 - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

CONDUTOR DE MOTOCICLETA TITAN K3 150 DE PLACA KJG-3123 (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LEONARDO JOSE DOS SANTOS SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mte: EDNA CRISTINA DOS SANTOS Fil: JOSE ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 21/2/1990 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8440338/SDS/PE (RG) Profissão: OUTRAS PROFISSÕES
Endereço Residencial: RUA ANTONIETA GUIMARAES DE ANDRADE, 528 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

FABIO SANTANA DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA DE PLACA PER-9903 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): FABIO SANTANA DA SILVA

26/06/2018

1 de 2



que estava em posse do(s) Sr(s): **EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 EROS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PER9903 (PERNAMBUCO/LINDA)**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCOOL/GASOL**

Complemento / Observação

AS VITIMAS SUPRAQUALIFICADAS COMPARECERAM A ESTA 28ª CPOL, QUE O SR. EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA PILOTAVA A MOTOCICLETA E O SR. LEONARDO JOSE DOS SANTOS SILVA, SEGUIA NO CARONA, QUE AMBOS SEGUIAM PELA RODOVIA PE-22, JARDIM MARANGUAPE, PAULISTA - PE. QUE ANTES DO SEMAFORO DE ACESSO AO BAIRRO DE PAU AMARELO, UMA MOTOCICLETA DE PLACA KJS-1123, FEZ A CONVERSÃO EM RETORNO E PAROU À FRENTE DA MOTOCICLETA DOS NOTICIANTE OCAIONANDO A COLISÃO. QUE O SR. EDILBERTO DA SILVA, CAIU DA MOTO E SOFREU FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX ESQUERDO. QUE O CORPO DE BOMBEIROS (- CERT. N° 2018APH000893. DIV.OP.) SOCORREU A VITIMA PARA UPA DE OLINDA (ATEND. 1281498) QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE RECEBEU TRATAMENTO CIRÚRGICO. QUE A VITIMA LEONARDO, O CARONA, SOFREU ESCORIAÇÕES PELO CORPO E LESÃO EM OMBRO. QUE O CORPO DE BOMBEIROS SOCORREU (CERT. 2018APH000893 DIV. OP.) PARA UPA (ATEND. 1281498) E TRANSFERIDO PARA HMA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO. DIANTE DO EXPOSTO REGISTROU-SE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO.

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

Edilberto Teobaldo da Silva
EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA
 (VITIMA)

LEONARDO JOSE DOS SANTOS SILVA
 (VITIMA)

Isaac Martins Rodrigues Filho
 B.O. registrado por: **ISAAC MARTINS RODRIGUES FILHO** - Matrícula: **2733613**



26/06/2018 14:00

1 de 7





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000693 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA, 29 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 2002010230219 SSP-CE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 026.814.093-65, residente à SEGUNDA TRAVESSA DA RUA DAS FLORES, nº 39, RIO DOCE, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 16/04/2018, por volta das 14:21 hs, no endereço: RODOVIA PE 22, S/N, MARANGUAPE PAULISTA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA BROS PRETA PEK5903-PE : MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS PRETA KJG5123-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 026.814.093-65 e Registro Geral nº 2002010230219, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707259-7 MICHELE. Foi transportado(a) para a UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1281496. Ficou aos cuidados do médico LEANDRO FREIRE, registro 23788. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 06/06/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <https://www.cbm.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2018APH000693

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50056-160
Fone: (81) 2182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Srandimento: 1281496

Senha de Classificação:

0263

Data e Hora: 16/04/2018 16:33

Paciente: 252250 EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/06/1988 Idade: 29 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: RITA TEBALDO DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: FLORES DAS

39

Bairro: RIO DOCE

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53050080

Usuário Atendimento: LUANNAAMO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoas Físicas):

Fone: 81 8938-0280

CRN/Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dor de cabeça noturna
fratura exposta de fêmur.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

Conduta Terapêutica

Transferido ao HMA 07/06/2018

Prescrição Médica

Carbamazepina 1G - 02x/dia EV - 18/05
Carbamazepina
Fármaco SPM - 1 - Metax E
Sala de parto
2x/dia 30mg
Carbamazepina 1G - 02x/dia EV - 18/05

Destino:

Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

2x/dia 1G + 02 EV 01/06

Data:

Senha:

Carimbo/Médico



1281496



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/04/2018 15:22

Nome Paciente:	EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA
Cód. Paciente:	252250
Data de Nascimento:	18/06/1988
Sexo:	Masculino
Idade:	29
Senha:	0263
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 16/04/2018 15:25 - 16/04/2018 15:27

JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Procedente: **URGENCIA - AMARELO**
Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TRAZIDO PELO EM VITIMA DE COLISÃO COM ESCORIAÇÃO EM MSE, DOR EM JOELHO, NG VOMITOS, NG DESMAIO

Observação: ALERGIA -
HAS - DM -
USIATT

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/04/2018 15:27

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 15:15:29

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032815152956400000042457888>

Número do documento: 19032815152956400000042457888

Num. 43096229 - Pág. 9



RETORNO

HOSPITAL DE BASE DE SÃO PAULO



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Albino Teóbaldo da Silva registro: 114154
Enfermagem: _____ Leito: _____

507 #
20/12/18 ao 12/04/18 p/ TC + LC + reimplante de
unha e hálux (E).
Pós-cirurgia satisfatória, sem sequelas.
F.O. satisfatória.
CD. Satisfeita.
Retorno a 1-2.

Dr. CARLOS MAGALHÃES S. PEREIRA
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 30260





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	3 - CNES	6431589
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431589

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente	ROBERTO TEODALDO DA SILVA			6 - Nº Prontuário	114154
Cartão Nacional de Saúde	7 - Data de Nascimento	8 - Sexo	9 - Estado Civil	10 - Tipo de Serviço	10.1 - Endr
710200054743457	18/06/1995	M	C	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
Nome da Mãe	MICA TEODALDO DA SILVA			12 - Telefone do Contato	8104726064
Nome do Responsável	MARIA AUGUSTA			14 - Telefone do Contato	
Endereço (Rua, Nº, Bairro)	3 TRAVESSA DAS FLORES, 29 - RIO DOCE				
16 - Município	17 - BGE	18 - UF	19 - CEP		
OURDA	250946	PE	63050062		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Descrição da Lesão e/ou Doença

PACIENTE VITIMIZADO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO NA CIRCUNSTÂNCIA DE FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX ESQUERDO

2 - Condições que justifiquem a internação

NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO CIRÚRGICA

3 - Descrição dos Resultados de Exames Complementares

EXAME DE RADIOGRAFIA - RX

4 - Diagnóstico atual - Código

FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO

5 - CID-10 Principal

S924

6 - CID-10 Secundária

W189

7 - CID-10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

8 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA

9 - Especialidade

CIRÚRGICA

10 - Centro de Atendimento

2

11 - Documento

00 CNES / 1 CPF

12 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

990015275437513

13 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANI DE CARVALHO BRITO

14 - Data de Solicitação

16/04/2018

15 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

01/17/2018 14239

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

16 - Tipo de Acidente	17 - CID-10 Secundária	18 - Nº do Documento	19 - Data
20 - Tipo de Trabalho	21 - CID-10 Secundária	22 - CNES / Empresa	23 - Data
24 - Tipo de Trabalho	25 - CID-10 Secundária	26 - CNES / Empresa	27 - Data
28 - Vínculo com o Previdente	29 - Tipo de Vínculo		
30 - Vínculo	31 - Tipo de Vínculo		

AUTORIZAÇÃO

32 - Nome do Profissional Autorizador	33 - CNES / Orgão Emissor	34 - Nº de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
35 - Data de Autorização	36 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
37 - CID-10 Principal	38 - CID-10 Secundária	
39 - CID-10 Causas Associadas	40 - CID-10 Secundária	

41 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

42 - CID-10 Principal

43 - CID-10 Secundária

44 - CID-10 Causas Associadas

45 - CID-10 Secundária

46 - CID-10 Causas Associadas

47 - CID-10 Secundária

48 - CID-10 Causas Associadas

49 - CID-10 Secundária

50 - CID-10 Causas Associadas

51 - CID-10 Secundária

52 - CID-10 Causas Associadas

53 - CID-10 Secundária

54 - CID-10 Causas Associadas

55 - CID-10 Secundária

56 - CID-10 Causas Associadas

57 - CID-10 Secundária

58 - CID-10 Causas Associadas

59 - CID-10 Secundária

60 - CID-10 Causas Associadas

61 - CID-10 Secundária

62 - CID-10 Causas Associadas

63 - CID-10 Secundária

64 - CID-10 Causas Associadas

65 - CID-10 Secundária

66 - CID-10 Causas Associadas

67 - CID-10 Secundária

68 - CID-10 Causas Associadas

69 - CID-10 Secundária

70 - CID-10 Causas Associadas

71 - CID-10 Secundária

72 - CID-10 Causas Associadas

73 - CID-10 Secundária

74 - CID-10 Causas Associadas

75 - CID-10 Secundária

76 - CID-10 Causas Associadas

77 - CID-10 Secundária

78 - CID-10 Causas Associadas

79 - CID-10 Secundária

80 - CID-10 Causas Associadas

81 - CID-10 Secundária

82 - CID-10 Causas Associadas

83 - CID-10 Secundária

84 - CID-10 Causas Associadas

85 - CID-10 Secundária

86 - CID-10 Causas Associadas

87 - CID-10 Secundária

88 - CID-10 Causas Associadas

89 - CID-10 Secundária

90 - CID-10 Causas Associadas

91 - CID-10 Secundária

92 - CID-10 Causas Associadas

93 - CID-10 Secundária

94 - CID-10 Causas Associadas

95 - CID-10 Secundária

96 - CID-10 Causas Associadas

97 - CID-10 Secundária

98 - CID-10 Causas Associadas

99 - CID-10 Secundária

100 - CID-10 Causas Associadas

AIH
261810159091-8

Código do Laudo: 424728





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTAB. EMISSOR SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAS

2 - CNES

5431009

EST. RECEBIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL MIGUEL ARRAS

4 - CNES

5431509

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Nome do Paciente

EVILBERTO TEÓBALDO DA SILVA

3 - Nº Prontuário

114184

2 - Data de Nascimento

18/05/1988

8 - Sexo

M

10 - Raca

02 - Parda

10.1 - Endr

0000 - MSO Se Aplicar

11 - Nome da Mãe

ELTA TEÓBALDO DA SILVA

12 - Telefone de Contato

8154729066

13 - Nome do Pai

MARIA AUGUSTA

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço

TRAVESSA DAS FLORES, 38 - RIO DOCE

17 - UF

260950

18 - UF

PE

19 - CEP

53060082

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO X MOTO HA 10 HORAS COM FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO

20 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

21 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

22 - Descrição da Lesão e do Estado do Paciente

FRATURA EXPOSTA DE HALUX ESQUERDO

23 - CID 10 Principal

S924

24 - CID 10 Secundária

W190

25 - CID 10 Causa Relacionada

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO METATARSO INTER-FALANGEANA

27 - Código do Procedimento

040806038

28 - Tipo de Procedimento

CIRURGICA

29 - Data de Realização

2

30 - Documento

00 CNS

31 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Solicitante/Assistente

820016278437513

32 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

ORMANE DE CARVALHO BRITO

33 - Data de Realização

16/04/2019

34 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

DR. AYROR F. C. F. 18236

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - Local do Acidente

36 - CNP / Seguradora

37 - Nº do Acidente

38 - Sexo

39 - Local do Acidente

40 - CNP / Seguradora

41 - CNP / Empresa

42 - CNP / Empresa

43 - Local do Acidente

44 - CNP / Seguradora

45 - CNP / Empresa

46 - CNP / Empresa

47 - Local do Acidente

48 - CNP / Seguradora

49 - CNP / Empresa

50 - CNP / Empresa

51 - Local do Acidente

52 - CNP / Seguradora

53 - CNP / Empresa

54 - CNP / Empresa

55 - Local do Acidente

56 - CNP / Seguradora

57 - CNP / Empresa

58 - CNP / Empresa

59 - Local do Acidente

60 - CNP / Seguradora

61 - CNP / Empresa

62 - CNP / Empresa

AUTORIZAÇÃO

63 - Nome do Profissional Autorizador

64 - CNP do Profissional

65 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

66 - Assinatura

67 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizador

68 - CNP do Profissional

69 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

70 - Assinatura

71 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizador

72 - CNP do Profissional

73 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

74 - Assinatura

75 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizador

76 - CNP do Profissional

77 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

78 - Assinatura

79 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizador

80 - CNP do Profissional

81 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

82 - Assinatura

83 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizador

84 - CNP do Profissional

85 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

86 - Assinatura

87 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizador

88 - CNP do Profissional

89 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

90 - Assinatura

91 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizador

92 - CNP do Profissional

93 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

94 - Assinatura

95 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizador

96 - CNP do Profissional

97 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

98 - Assinatura

99 - Nº do Documento (CNS/CPP) do Profissional Autorizador

100 - CNP do Profissional

101 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

AIH
261810159091-8

Código do Laudo: 434726





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 424723

Unidade: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA			Prontuário:	114154
Idade:	29a 9m 29d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:		Escolaridade:		Data de Nascimento:	18/6/1988
R.G.:		C.P.F.:		Telefone:	CEP 53050082
Endereço:	2 TRAVESSA DAS FLORES		39	- RIO DOCE	- OLINDA - PE
Dados da Internação					
Origem:	INTERNACAO		Data e Hora da Internação:	17/4/2018 00:01	
Convênio:	SUS - INTERNACAO		Plano:	GERAL	
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA		Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACAO	
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA		Leito:	VERDE-15	

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data de Alta:	17/04/18	Hora da Alta:	
Motivo:	<input checked="" type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> A Pedido	<input type="checkbox"/> Transferência
	<input type="checkbox"/> Dito	<input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta:	Sem Complicações		
Diagnóstico Principal.....:	Fratura Fechada do Humerus		
Diagnóstico Secundário01:	Hx de D.C. + Remissão (em tratamento)		
Diagnóstico Secundário02:			
Procedimento.....:	Hx de D.C. + Remissão de 1 ano		

REVISADO
CCIH-HM

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Atores a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésicos, 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




HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/04/2018 22:57


Nome Paciente: EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA
Cód. Paciente: 114154
Data de Nascimento: 18/06/1988
Sexo: Masculino
Idade: 29
Senha: 0030
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 424720
SAME: 101306

Período: 16/04/2018 23:12 - 16/04/2018 23:17

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

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO - MOTO C/ QUEIXAS DE DOR EM PÉ ESQ. C/ PRESENÇA DE SANGRAMENTO NEGA VÔMITOS E OU DESMAIOS NEGA DOR ABD E TORAX C/ ESCORIAÇÕES EM MMSS EM ARA AMBIENTE

Observação: PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA C/ SENHA 5405779 /NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / ASMA / CARDIOPATIA

Exatidão sintoma: TRAUMA

Indicador(es):
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 3
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 73.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 14.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

H.M.A. - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local: PE 55 / 1. Lesões Escoriações

REVISADO
NEPI-HMA

REVISADO
NEPI-HMA

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

Data Impressão: 16/04/2018 23:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 424720

Data e Hora: 18/04/2018 22:59

Senha da Classificação:

0039

Paciente: 114154 **EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA** Sexo: MASCULINO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 18/08/1988 Idade: 29 anos Convênio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA
 Nome da Mãe: RITA TEOBALDO DA SILVA Nome do Pai: RAIMUNDO NONATO FERREIRA DA SILVA
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12345
 Endereço: 2 TRAVESSA DAS FLORES, - 38 Bairro: RIO DOCE
 Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores na região da coluna lombar e na região do joelho direito há 4 meses.
Chamado de dor de coluna (L5/S1).

Exame Físico

Mus. (-) EM (-) Distensão (-)
Teste de Laseque (+)

Hipótese Diagnóstica

Doença degenerativa da coluna (D)

Prescrição Médica

Paracetamol.

Dr. Paulo F. Costa
 CRM-PE 25.300

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

() Encaminhado ao setor de Internação

Senha: _____





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrica () Psiquiátrica ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 57062

IDENTIFICAÇÃO

Idade: 29

Nome do Paciente:

Nº REGISTRO - ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Sexo: M () F () Profissão:

Nº NTA TITULO DA NTA

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/MOLÊNCIA)

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 ()
Quedas: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau () () Queda da Própria Altura
Queda: () Altura Aproximada: _____ Metros () Arma Branca/Tipo: _____
Agressões: () For Arma de Fogo/Tipo: _____ ()
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Eleção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual:

Hipótese Diagnóstica:

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ PA: _____
Vias Aéreas: FR _____ Diapnéia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () S.A.N.: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de pele: S () N () Respiração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Sinais Cardíacos: Normofonéticos () Hipofonéticos ()
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
Crianças 20-30
Adulto 12-20

FC: RN 120-150
≤ 1 ano 90-140
Crianças 80-110
Adulto 60-100



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA REG: 114154

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
16/4/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
23:30	# ADMISSÃO
HAS -	PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO NA APRO-
DM -	XIMADAMENTE 10 HORAS COM FERIMENTO EM HÁLUX
ALERGIA -	ESQUERDO COM DOR INTENSA.
	EF: EGB, EUPNEÍCO, CORADO, CONSCIENTE, ORIENTADO
	FERIMENTO EM BASE DE UNHA DE HÁLUX ESQUERDO COM
	SANGRAMENTO ATIVO
	EXAME NEUROVASCULAR PRESERVADO
	HD: 1) FRATURA EXPOSTA DE HÁLUX ESQUERDO
	C: 1) INTERNAMENTO
	2) ATB + ANALGESIA + VAT + SAT
	3) AO BLOCO CIRÚRGICO,
17/04/18	Dr. André Luiz Ortopedia e Traumatologia 17/04/18
	# 505
	Pr. 603 - GP Fr. 5 para de 16/04/18 - 17/04/18
	Paciente em boas condições, sem dor.
	Boa noite, sem dor.
	Boa noite, sem dor.
	Boa noite, sem dor.



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

Página: 0001

Data: 17/04/2018

Hora: 01:03

Ficha de Cirurgia Descritiva

Atendimento Cirúrgico: 40078	Sala: 0001	SALA 01	Atendimento: 424723
Paciente: 114154	EDILBERTO TEOSALDO DA SILVA		Carteira:
Plano de Atendimento: 1	SUS - INTERNACAO		Idade: 29 Anos 30 Dias 1 Hora
Leito: 801	VERD2-15		
Di. Inicio: 17/04/2018 00:32	Di. Fim: 17/04/2018 00:57		
Ord. Pre-Operatório: 3024	FRATURA DO HALUX		
Ord. Pós-Operatório:			

Procedimentos

Procedimento: 0408020342	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO) (PRINCIPAL)	ao PE
Contorno: 001	SUS - INTERNACAO	
Anestesia: 42	LOCAL	

Equipe Médica

CIRURGIÃO	13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE
-----------	-----------------------------------

Descrição**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DO HALUX ESQUERDO
CIRURGIA: LIMPEZA CIRÚRGICA + DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + REIMPLANTAÇÃO DA UNHA
CIRURGIÃO: DR. ALEXANDRE ANDRADE
1º AJUDANTE: DR. AYRON FERRAZ
ANESTESIA: LOCAL

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA LOCAL.
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA.
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS.
- 4) OBSERVADA LESÃO DE PORÇÃO DISTAL DE HALUX ESQUERDO COM DESINSERÇÃO DE LEITO UNGUEAL.
- 5) DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS E LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0.9%.
- 6) SUTURA COM NYLON 2-0.
- 7) CURATIVO ESTÉRIL.
- 8) TALA BOTA MIE.
- 9) A SALA DE RECUPERAÇÃO.
- 10) RADIOGRAFIA CONTROLE.

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

DR(A): ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE
CRM: 13344

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento:	424733		
Di Atendimento:	17/04/2018	- 00:01	Di Alta: 17/04/2018 - 13:18
Paciente:	114154	EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA	
Serviço:	37 ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA	Convênio:	1 SUS - INTERNACAO
Leito:	591 VERD2-15	Plano:	1 GERAL
Motivo Alta:	1 ALTA MELHORADA	Usuário:	ANACOS
CID:			
Procedimento de Alta	0301090070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA		
Observação de Alta			

ANA CLAUDIA OLIVEIRA DA SILVA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 08 de Maio de 2018.

DECLARAÇÃO

Declaramos que na ficha de atendimento nº1281496, onde se lê o nome da mãe RITA TEBBALDO DA SILVA, lê-se RITA TEOBALDO DA SILVA. Informamos que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação do RG: 2002010230219.

Atenciosamente,

UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES
IMIP HOSPITALAR

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



SINISTRO 3180335285 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRACÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO EDILBERTO TEOBALDO DA SILVA

CPF/CNPJ: 02681409365

Posição em 18-03-2019 14:25:20

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
13/11/2018	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

