



Marília Vitorino

Advocacia e Consultoria Jurídica
OAB/PE 44.481

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

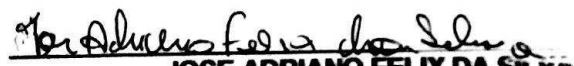
OUTORGANTES: JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA, brasileiro, solteiro, RG nº 7.108.126, CPF nº 071.959.594-06, residente e domiciliada na Rua Luiz correria, nº 56, Agua fria, Recife/Pernambuco, CEP: 52.211-390, endereço eletrônico: não possui.

OUTORGADA: MARÍLIA VITORINO DA SILVA BARBOSA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE sob nº. 44.481, com atendimento na Rua da Regeneração, nº 451, sala 02, Arruda, Recife, Pernambuco, endereço eletrônico marliavitorino.adv@gmail.com.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador, o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reservas de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga a advogada acima descrita, os poderes para, em nome do outorgante, receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir à justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica.

Recife, 13 de março de 2019.


JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA

Rua da Regeneração, nº 451, Sala 02, Arruda, Recife-PE.



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Pac: 108362 - JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA

Mãe: ALDENIDE MONTEIRO DA SILVA



12/07/1987

1383642

foi atendido (a) neste

serviço no dia: 23 / 11 / 18 CID: _____

☒ Necessitando de 04 (UM) dias de afastamento de suas atividades (no trabalho ou escola)

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Como acompanhante.

☐ Outros: _____

Olinda, 23 de Novembro de 2018

Carolina Guerra

Médica

CRM - PE 26149

GW

Médico

COD: 334





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



GESTÃO
IMIP

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
Nome Completo: _____	1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente
CRM: _____ UF: _____ <i>Manoel Oliveira Pereira</i> <i>Ortopedia Traumatologia</i> <i>CRM-PE 24589</i>	11681
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: José Adriano Felix da Silva

Endereço: _____

Prescrição: Pain (500+30) mg 02 Lxs

Tomar 019, v2, e/ou, 3x ao dia
25/11/13

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	Assinatura do Farmacêutico Data <u> / / </u>



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Jose Adriano Felix da Silva foi atendido (a) neste
Serviço no dia: 25 / 11 / 18 CID: S62.6

☒

Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola) (QUINZE)

☐

Estando apto para voltar ao trabalho.

☐

Como acompanhante.

☐

Outros : _____

Paulista, 25 de 11 de 20 18

Renata Oliveira Pereira
Oncologista
CRM 24508

Médico



Civil: SOLTEIRO Idade: 31 anos
Endereço: NACIONAL (DELEGACIA) Nome do Médico: ORTOPEDISTA
Cidade/UF: OLINDA Nome do Pai:
RG (Identidade): CPF (Cadastro de) SUS: RONTATO A1
CRN(C)



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Identificação do Emitente	
Nome Completo: _____	1ª Via - Farmácia 2ª Via - Paciente
CRM: _____ UF: _____	11681
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____ UF: _____	

Paciente: Jose Adriano Felix da Silva
Endereço: _____

Prescrição: Pain (500+30) mg → 02 cxs

Tomar 01 qd, VO, 8/8h, se dor forte
25/10/18

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: _____	
Ident.: _____ Órgão Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	Assinatura do Farmacêutico Data _____



Nascimento: 12/07/1987 Idade: 31 anos
Nome da Mãe: ALDENEIDE MONTEIRO DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO
Endereço: NACIONAL (DELEGACIA)
Cidade/UF: OLINDA
Nome do Pai: ADRIANO FELIX DA SILVA
Senha da Classificação:
Sexo: MASCULINO
Convenio: 2
SUS - PRONT



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

RECEITUÁRIO MÉDICO

(GRUPO DE ORTOPEDIA)

USO ORAL

NOME: *José Adriano Felix da Silva*

CEFALEXINA 500MG ----- 28 COMP

TOMAR 01 COMP VO DE 6/6H POR 07 DIAS.

52 18 24 06

DIPIRONA 500MG ----- 20 CP

TOMAR 01 -02 COMP VO DE 6/6H (SE DOR)

25/11/18

Manoel Oliveira
Médico - Ortopedia
CRM 24589





INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 13656444454
Número do Benefício: 6258551550
Número do Requerimento: 193278814
Espécie: 31
2ª VIA
Ao Sr.(a): JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA
Endereço: LUIZ CORREA 56 CS, AGUA FRIA
CEP: 52211390 Município: RECIFE
Assunto: Pedido de Auxílio - Doença
Decisão: Deferimento do Pedido
Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa
UF: PE

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 30/11/2018, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que ficou comprovada que houve incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 10/12/2018.

Desta decisão poderá ser interposto Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social, dentro do prazo de 30(trinta) dias, contados da data do recebimento desta comunicação.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 10 de dezembro de 2018

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: RECIFE ENCRUZILHADA Endereço: AV NORTE MIGUEL ARRAES
DE ALENCAR, 2008 , ENCRUZILHADA UF: PE
CEP: 52041080 Município: RECIFE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 10 de dezembro de 2018

Assinatura do Requerente / Representante Legal





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência N.º 19E0116000162

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 17/01/2019 às 17:24

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia 24/11/2018 às 09:40

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR CARLOS DE LIMA CAVALCANTE, 1 - Bairro: CASA CAIADA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/ AGENTE)
JOSÉ ADRIANO FELIX DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ ADRIANO FELIX DA SILVA**

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

JOSÉ ADRIANO FELIX DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALDINEIDE MONTEIRO DA SILVA PAI: LEMILDO FELIX DA SILVA Data de Nascimento: 12/7/1987 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7108126/SDS/PE (RG), 07195959406 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE
Telefones Celulares: - 985150106

Residência: **RUA TRAVESSA SÃO LUCAS 35 - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE RIO DOCE (BAIRRO), 1, 2 ETAPA - CEP: 55000-000 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ ADRIANO FELIX DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ ADRIANO FELIX DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **PLACA PEV 8439, ANO 2011/2011**

VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Descrição: PLACA PBD9314

Complemento / Observação

ALEGA A VITIMA QUE PILOTAVA SUA MOTO (VEICULO 1) NO SENTIDO RECIFE/ RIO DOCE QUANDO DEERREPENTE NAS PROXIMIDADES DO POSTO DE GASOLINA O VEICULO 2 QUE SEGUIA NA CONTRA MÃO V EIO A COLIDIR COM O VEICULO 1. EM SEGUIDA A VITIMA FOI SOCORRIDA PELOS BOMBEIROS (PRONTUARIO 1384263) PARA UPA DA TABAJARA. EMSEQUIDA A MESMA FOI TRASFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ,A VITIMA SOFREU AMPUTACÃO NO DEDO ANELAR ESQUERDO.NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO , A MESMA PEDE P'ROVIDENCIAS POLICIAIS.

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

JOSÉ ADRIANO FELIX DA SILVA
(VITIMA)


B.O. registrado por: ELY RODRIGUES DA SILVA - Matrícula: 3811395

 José Adriano Felix da Silva





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001759 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA, 31 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 7108126 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 071.959.594-06, residente à TRAVESSA SAO LUCAS, nº 53, , RIO DOCE, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/11/2018, por volta das 09:40 hs, no endereço: AVENIDA CARLOS DE LIMA CAVALCANTE, S/N, CASA CAIADA OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA BROS, BRANCA, PBD9314-PE; MOTOCICLETA HONDA BROS, VERMELHA, PEV8439-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 071.959.594-06 e Registro Geral nº 7108126, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798175-9 CHAGAS. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO DE OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 1384263. Ficou aos cuidados do médico JOÃO BOSCO NETO, registro 26670. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 17/01/2019

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 2018APH001759

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



Recife, 29 de novembro de 2018

Ao
INSS

DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de comprovação de vínculo trabalhista, que o Sr. **José Adriano Felix da Silva**, CTPS nº 68965 – Série 005079 /PE, admitido em 27 de abril de 2018 é funcionário desta empresa, desempenhando a função de VIGILANTE, com remuneração de R\$ 1.132,15 + 30% de Periculosidade, por mês. O último dia trabalho foi **22 de novembro de 2018**. A empresa orientou o funcionário a apresentar os atestados originais e esta declaração ao posto de atendimento da previdência.

Atenciosamente,



Williams Gouveia
Ass. Operacional

TKS SEGURANÇA PRIVADA LTDA

[07.774.050/0001-75]

TKS SEGURANÇA PRIVADA LTDA

Rua Aluisio de Azevedo, 262
Santo Amaro - CEP: 50.100-090

Recife - PE





A24h
PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1384263

Senha da Classificação:

0114

Data e Hora: 24/11/2018 10:46

Paciente: 108382 JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 12/07/1987 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ALDENEIDE MONTEIRO DA SILVA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: NACIONAL (DELEGACIA)

333

Bairro: PEIXINHOS

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53220480

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 81- 31843681

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dor na mão (E) + joelho (E) após acidente 1 mês atrás.

Exame Físico

A. Vias aéreas livres; B. Respiração espontânea; C. Pulso presentes.
D. GDS
E. Dor à palpação da face anterior do joelho (E) + Deformidade L 4-5
Espondilite no joelho (E) e pé (E)

Hipótese Diagnóstica

fr. exposto L 4-5 QDE

Conduta Terapêutica

Substit. do joelho (E) s/ fraturas
mão (E) fr. exposta L 4-5 QDE

Prescrição Médica

- Dexamet. 1 mg + PMS (E)
- Paracetamol 100 mg + SF D. 250 mL, EV (1x/dia), qd
- Febretil 1g + AD, EV, qd

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:



Carimbo/Médico

SENHA: 5563338 HITA



Pac: 375789 - GLEYCE FERREIRA DE SANTANA

Mãe: INALVANIA DO CARMO FERREIRA



28/07/1994

1384266

NOME: _____

Nº ATENDIMENTO: _____

ALTA DOMICÍLIO



ALTA TRANSFERÊNCIA ☐

ALTA AMBULATÓRIO



DATA

24.11.18

HORA _____


João Bosco B. rel.
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE: 26670

Assinatura e Carimbo do Médico



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

Página: 0001
Data: 24/11/2018
Hora: 22:09

Processo de Cirurgia: 53137
Paciente: 27040
Convênio Atend.: 1
Leito: 339
Dt. Início: 24/11/2018 21:20
Cid Pré-Operatório:
Cid Pós-Operatório:

Sala: 0003 SALA 03
JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERMELHO - EXTRA 008
Dt. Fim: 24/11/2018 22:16

Atendimento: 454425
Cadeira:
Idade: 31 Anos 12 Dias 22 Horas

Procedimento: 0408060425

Convênio: 001
Anestesia: 42

REVISÃO CIRÚRGICA DE COTO DE AMPUTAÇÃO DOS DEDOS (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
LOCAL

CIRURGIAO

17178 MARIO ALVES DA COSTA JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE F3 DO 4º QUIRODÁCTILO ESQUERDO
CIRURGIA: REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO
CIRURGIÃO: DR MARIO ALVES
1º AUXÍLIO: DR ÍCARO MÔLIM
ANESTESIA: LOCAL

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA LOCAL;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO DE MSE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
5. REGULARIZAÇÃO DO COTO DE AMPUTAÇÃO;
6. SUTURA DO COTO COM NYLON;
7. CURATIVO ESTÉRIL.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Ícaro M. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26660

DR(A) MARIO ALVES DA COSTA JUNIOR
CRM: 17178







Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Nome do Paciente	JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA			5 - Nº Prontuário	27940
2 - Cartão Nacional do SUS	6 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
708107157024940	12/07/1987	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0900 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	ALDINEIDE MONTEIRO DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198693196
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	85914055
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA LUIZ CORREA, 56 - AGUA FRIA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
RECIFE	261160	PE	52211390		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
VITIMA DE TRAUMA AUTOMOBILÍSTICO REFERE TRAUMA CORTOCONTUSO EM 4º QDE. NEGA ALERGIAS REFERE USO DE LOSARTANA 50MG 2X/DIA E METZ 25MG 1X/DIA. REFERE HAS E NEGA DM

21 - Condições que justificam a internação
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA EXPOSTA DE F3 DE 4º QDE

24 - CID 10 Principal

S628

25 - CID 10 Secundário

V870

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)

28 - Código do Procedimento

0408020342

29 - Especialidade

CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento

2

31 - Documento

(X) CNS () CPF

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

980016278437533

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

SORMANE DE CARVALHO BRITTO

34 - Data da Solicitação

24/11/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bihete	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 Registro do Conselho)	
	Dra. Rosângela da Silva Clínica de Geriatria - Rua CREMEPE 18	

AIH
261810165664-3

Código do Laudo: 454399



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
Protocolo de Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP
Número da Classificação de Risco: 24/11/2018 16:32

Nome Paciente: JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA
Cód. Paciente: 27940
Data de Nascimento: 12/07/1987
Sexo: Masculino
Idade: 31
Senha: 0026
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 454399
SAME: 20697

Período: 24/11/2018 17:01 - 24/11/2018 17:02
ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO
Cor: VERMELHO
Queixa Principal: LESÃO EXPOSTA EM 4º QDE, APÓS COLISAO MOTO X MOTO HÁ 7 HORAS
REFERE HAS
NEGA DM E ALERGIAS
Observação: ENCAMINHADO DA UPA-OLINDA COM SENHA: 5563338
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 79.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

Hospital Miguel Arraes
Unidade de Pronto Socorro
Sintoma: Não ()
Local: 4º QDE

REVISADO

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 24/11/2018 17:02

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



EXAME REUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea ()

Abertura Ocular a voz ()

Abertura Ocular a dor ()

Sem abertura ocular ()

RESPOSTA VERBAL

Orientado ()

Confuso ()

Resposta Inapropriada ()

Sons Incompreensíveis ()

Sem resposta verbal ()

RESPOSTA MOTORA

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 () Midriase () 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

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

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

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vílima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S () N () Especificar:

Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade

FiO2:

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar:

Volume de Fluidos Infundido:

Outras Condutas: colar cervical (IV)

Monitorização

Intercorrências: curativo

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Necessidade de tratamento cirúrgico

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HMA

Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Hora: 11:30

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26670

Quindá - PE 24/11/18
Local e data

Médico Assistente



Atendimento: 454399
Data e Hora: 24/11/2018 16:37

Senha da Classificação:

0026

Paciente: 27940 JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 12/07/1987 Idade: 31 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: ALDINEIDE MONTEIRO DA SILVA Nome do Pai: LENILDO FELIX DA SILVA
Estado Civil: CASADO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12345
Endereço: RUA LUIZ CORREA 55 Bairro: AGUA FRIA
Cidade/UF: RECIFE PE Usuário Atendimento: DARLIANESL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil: _____
Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro: _____
Observação: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Queixa referida de trauma no tornozelo direito
Sintomas com dor e inchaço no local
Preocupação com a mobilidade do membro
HISTÓRIA DE TRAUMA EM 24/11/2018
HCP E USUÁRIO (M)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Lesão por trauma de CE QOE

Prescrição Médica

1) Rota aberta
SAT 1740
VIT 1740
Cefazolin 500 + AD 1740
Dipirona 500 + AD 1740
Paracetamol 1000 + AD 1740
Nas de Bont

Dr. Duster Freire
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 20.569

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência Senha: _____

() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de internação





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

Causa Externa: Acidente/Violência ☒ Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública ☒ Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5563338

Nome do Paciente:

Par 100202 - JOSÉ ADRIANO FELIX DA SILVA

Mãe: ALDENÉIDE MONTEIRO DA SILVA

1384263

12/07/1987

Idade: 31

Sexo: M () F () Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade: OLINDA

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:

Causas Morais

Hipótese Diagnóstica:

Exposição a fogo

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



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSÉ ADRIANO FELIX DA SILVA REG: 27940

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA

24/11/2018

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ADMISSÃO

PACIENTE VITMA DE TRAUMA AUTOMOBILISTICO REFERE TRAUMA CORTOCONTUSO EM 4ª QDE. NEGA ALERGIAS REFERE USO DE LOSARTANA 50MG 2XDIA E HCTZ 25MG 1X/DIA. REFERE HAS E NEGA DM.

REG, AFEBRIL, LOTE, EUPNEICO, CORADO

MID: FERIMENTO EM F3 DE 4ª QDE

HD. FRATURA EXPOSTA DE F3 DE 4ª QDE

CD. INTERNAMENTO + BLOCO

Ian Busto de Figueira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 20.569

25/11/18

07h

SET

HD FC(24/11) Regulização do coto de amputação de 4ª QDE

RL estável, 87 graus

Elb, consciente, orientado, eufórico

Mão (E): curativo oclusivo

OD. Alta e retorno ao ambulatório

ATB + Analgesia

Ateste L 15 dias

Manoel Oliveira de Figueira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 24586



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 454399 Prontuário: 27940 SAME: 20697
Paciente..... : JOSE ADRIANO FELIX DA SILVA
Endereço..... : RUA LUIZ CORREA
Bairro..... : AGUA FRIA
Cidade..... : RECIFE
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... :
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 24/11/2018

Hora Atend: 16:37 Data Atend: 24/11/2018
Idade: 31 a

UF...: PE CEP: 52211390
Plano...: PLANO UNICO

Hora Saída : 18:42

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DIAGNOSTICO
ENF. FERNANDA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



24 HORAS - OLINDA

Protocolo de Classificação de Risco - Protocolo
hora retirada da senha: 24/11/2018 10:43

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: JOSE ADRIANO FELIPE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/07/1987
Sexo: Masculino
Idade: 31
Senha: 0114
Convênio:
Atendimento:
SAME:

período: 24/11/2018 10:44 - 24/11/2018 10:44

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: FERIMENTO NO DEDO ANELAR DIREITO TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO POS
ACIDENTE DE MOTO

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 24/11/2018 10:44

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSÉ ADRIANO FELIX DA SILVA REG: 27940

IDADE: 31

SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO 24/11/2018

DATA DA ALTA 25/11/18

DIAGNÓSTICO: Amputação traumática de F3 do 4º QDE

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: Regulamentação do coto e amputação do 4º QDE

ORIENTAÇÃO:

→ TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO

→ USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA

→ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE Ortopedia.

→ PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA (X)

- Cefalexima 500mg, VO, 6/6h, por 07 dias.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

02 semanas

Manoel Oliveira Fereira
Ortopedia/Trauma
CRM 22.544

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



PROCESSO N° 0040293-14.2019.8.17.2001

DESPACHO

1. Defiro os benefícios da justiça gratuita.
2. **ADMITO** o processamento do pedido, à vista do disposto nos arts. 319 e ss., do NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL.
3. Antes de designar a audiência prevista no art. 334, NCPC, entretanto, tenho por bem determinar a produção antecipada de prova pericial (art. 370, *caput*, NCPC), indispensável para o deslinde do feito, conforme estabelecido no art. 5, §5º da lei 6.194/1974, uma vez que, nos termos do art. 381 do NCPC, *“A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: (...) II – a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito”*.
4. Esclareço, ademais, que, adotando a medida acima, replico procedimento há muito já adotado pelo TJPE, através da promoção de mutirões, nos quais se realizam perícias a fim de se aferir o grau de debilidade da parte DEMANDANTE e, posteriormente, oportuniza-se às partes a autocomposição, já cientes do conteúdo do laudo pericial.
5. Consigno, ademais, que a adoção do procedimento acima tem, como de sabença, propiciado a realização de diversos acordos sobre a matéria, o que deve ser fomentado, especialmente diante da primazia da resolução dos conflitos pelos meios consensuais prevista de maneira sistemática no novo código de processo civil e leis especiais pertinentes.
6. Assim, **NOMEIO** para realização da prova pericial a médica **Marcela Mendonça Silva**, CRM-PE 15591, com endereço e demais dados pessoais já do conhecimento da Secretaria deste Juízo, para, **independentemente de compromisso**, atuar no presente procedimento como **perito(a)(s) oficial(a)(s)**, objetivando a realização de perícia médica para verificação e quantificação da invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, no tocante à pessoa do(a) demandante, em conformidade com a Lei n. 6.194/74.



6.1. Intimem-se as partes para que tomem conhecimento da indicação do perito e, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, indiquem os assistentes técnicos e apresentem os quesitos, como dispõe o art. 465, §1º, do CPC.

6.2. Fixo o valor dos honorários periciais em R\$ 300,00, em favor do(s) perito(s) que subscrever(em) o laudo pericial, valor este a ser custeado pela Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT em razão do seu compromisso firmado perante com o Tribunal de Justiça de Pernambuco, nesse sentido, conforme os termos do Convênio nº 014/2017.

6.3. Notifique-se, por qualquer meio de comunicação, o perito oficial para que informe a **data, local e hora de realização da perícia**.

6.4. Assim que o perito informar, nos autos, a data e hora em que dará início à realização da perícia, INTIMEM-SE as partes para que tomem conhecimento (NCPC, art. 474), por meio publicação no DJe. **Intime-se, ademais, a parte autora, por meio de mandado, no endereço declinado na exordial, para comparecer ao local de realização da perícia, após a informação do médico com relação à data e hora da realização do exame.**

6.5. Considerando as peculiaridades do caso, poderá o perito notificar diretamente as partes acerca da data e hora de início de realização da perícia, devendo acostar as respectivas notificações ao seu laudo pericial.

6.6. Caso o(a) perito(a) entenda necessário, notifiquem-se a quem de direito para fornecer os elementos necessários à elaboração do laudo por parte do referido especialista.

6.7. O(s) laudo(s) respectivo(s) deverá(ão) ser apresentado(s) dentro do prazo de 30 (trinta) dias, digitado ou em letra de forma (resolução 1601/2000, CFM, art. 39 e Código de Ética Médica, 3º Capítulo, art. 11), a contar da data indicada para início dos trabalhos.

6.8. Considerando que a realização da perícia neste momento processual visa à autocomposição, oportunizarei às partes a manifestação sobre o laudo, após a realização da audiência a que alude o art. 334, NCPC, que apenas não ocorrerá se ambas as partes manifestem desinteresse.

6.9. Com fulcro no art. 470, II do CPC, formulo como quesitos do juízo as seguintes indagações:

a) Há lesão cuja etiologia (origem casual) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

b) Qual(quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?



c) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação? Quais?

d) Pelo exame médico legal, pode-se afirmar que as lesões resultaram em dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s)? Em caso positivo, informar quais as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

e) Faz-se necessário exame complementar?

f) Promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento e que sejam geradoras de anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), em conformidade com a Lei 11.945/2009 e o seu segundo anexo, indicando se: (i) o dano é total ou parcial? (ii) Sendo parcial, se é completo ou incompleto? (iii) e informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, em conformidade com a alínea II, § 1º, do art. 3º, da Lei 6.194/74, correlacionando o percentual do seu respectivo dano, em cada segmento corporal, esclarecendo se a repercussão do dano é residual (10%), leve (25%), média (50%), ou intensa (75%)?

7. Com a juntada aos autos do laudo pericial, INTIME-SE, por carta com AR, a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT para que, em conformidade com o compromisso firmado perante com o Tribunal de Justiça de Pernambuco, consoante os termos do Convênio nº 014/2017, efetue, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da sua intimação, o pagamento dos honorários periciais no valor de R\$300,00 (trezentos reais), mediante depósito na conta bancária do perito, cujos dados se encontram nos arquivos da Secretaria desta Vara, os quais deverão constar da carta de intimação.

8. Na sequência, voltem-me os autos conclusos para designação da audiência prevista no art. 334, NCPC.

9. Intimem-se e cumpra-se, como devido.

Recife, 15 de julho de 2019.

Eduardo Costa

Juiz de Direito



