



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0116001866**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/06/2018** às **16:52**

Complementa o BO Número: **18E0116001865**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **16/3/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GOVERNADOR CARLOS DE LIMA CAVALCANTE, 1 -**
Bairro: **BAIRRO NOVO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JESSICA (AUTOR \ AGENTE)
PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS

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

PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: KAEME ALVES FERREIRA Pai: **JOSE LUCIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **13/10/1999** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **84333780050/SDS/PE (RG). 12600186441 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO (A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **ANALISTA DE CRÉDITO** Telefones Celulares: **- 987230464**

Endereço Residencial: **RUA FRANCISCO BELTRAO DE ANDRADE LIMA, 620 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM ATLANTICO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

JESSICA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO-PCE-6858 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

ARUANA SEGURO

21 JUN 2018

13/06/2018

file:///C:/Users/Policia%20civil/.infopol/xml/BOEPreview.html



Complemento / Observação

ALEGA O CITADO SENHOR PATRICKQUE COOCLIDIO COM O CARRO DA SENHORA JESSICA DO LODO DO MOTORISTA, VINDO A SOFRE LUXAÇÕES NO OMBRU DIREITO, INFORMA AINDA QUE A REFERIDA MOTO E DE PROPRIEDADE DO SEU GENITOR DE NOME JOSE LUCIO DOS SANTOS

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

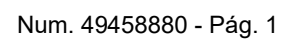
Patrick Kauan Alves dos Santos
PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Luciano Moraes e Silva* **LUCIANO MORAES E SILVA** Matrícula: **3849490**

Imprimir



ARUANA SEGUROS
21 JUN 2018



Atendimento: 1267710

Senha da Classificação:

0318

Data e Hora: 16/03/2018 21:18

Paciente: 469141 PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 13/10/1999 Idade: 18 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: KARME ALVES FERREIRA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA FRANCISCO BELTRAO D -- 308 Bairro: JARDIM ATLANTICO
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53050130 Usuário Atendimento: MARINEIDESM
RG (Identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 88543713
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*relato de dor
de n.º 1
na região da*

Exame Físico

21.6 de

Hipótese Diagnóstica

lesão?

Conduta Terapêutica

com pílula

Prescrição Médica

*- 100mg
- 100mg + 100mg
2.6mg 2.6mg*

() Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Tratado. Uma

Senha: _____

Assinatura/Médico

5384877



INOR





PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA
SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU



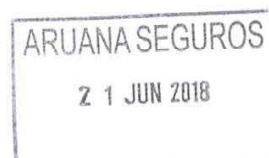
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS**, portador do R.G. de nº 6.307,564 - SSP-PE, CPF de Nº 052,040,834-99, foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência/ SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência S-451593, no dia 16/03/2018, aproximadamente a 20:20h, na Av. Carlos de Lima Cavalcante s/n – Casa Caiada - Olinda-PE, em frente a Padaria Pão doce Pão, via pública causas externas, acidente de trânsito (moto). Encaminhado para UPA Olinda.

Olinda, 07 de junho de 2018.


Rosilene M. Monte Gomes
Téc. Administrativo
SAMU 192 Olinda
MASSINE M. M. Gomes
Téc. Adm./SAMU 192 – Olinda

Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.
E-mail: samu.olinda@hotmail.com
Fone: 81 – 3439-6523



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/03/2018 21:12

	Nome Paciente: PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS
	Cód. Paciente:
	Data de Nascimento: 13/10/1999
	Sexo: Masculino
	Idade: 18
	Senha: 0318
	Convênio: -
	Atendimento:
	SAME:

Período: 16/03/2018 21:13 - 16/03/2018 21:15

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	 AMARELO
Queixa Principal:	TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO, REFERE DOR EM MSD E OMBRO DIREITO, NEGA VOMITO E DESMAIO, CONSCIENTE, ORIENTADO
Observação:	ALERGIA: DIPIRONA HAS - DM -
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Eliminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/03/2018 21:15

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 420654

Senha da Classificação:

0032

Data e Hora: 16/03/2018 23:46

Paciente: 113249 PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/10/1999 Idade: 18 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: KAEME ALVES FERREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA FRANCISCO BELTRAO D --

308

Bairro: JARDIM ATLANTICO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Dores de limitação de movimentos e o braço
e após queda de moto.

Exame Físico

REG. LATE Estável
Semelha da fratura presente e o braço
Neurovascular preservado

Hipótese Diagnóstico

Lesão anterior de o braço E.

Prescrição Médica

Redução imediata agora
Colocação de tala
alta p/ ambulatório (15 dias)

Dr. Icaro Molin de S. Pereira
Médico

CREMEDE 26560

+ Dra. Luiza Cortez

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: (☒) Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

ARUANA SEGUROS
21 JUN 2018



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/03/2018 23:43



Nome Paciente: PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS
Cód. Paciente: 113249
Data de Nascimento: 13/10/1999
Sexo: Masculino
Idade: 18
Senha: 0032
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 420654
SAME: 100439



Alter
PO: 40

Período: 17/03/2018 00:16 - 17/03/2018 00:18

CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PC ENCAMINHADO UPA DE OLINDA COM SENHA 5384977 COM HD: LUXAÇÃO GLOMERULAR, APÓS QUEDA DE MOTO HÁ APROX 6 HORAS

Observação: NEGA HAS+ DM

Exatidão sintoma: PORTADOR DE ALÉRGICAS MEDICAMENTOSA

Exatidão sintoma: TRAUMA

Exatidão sintoma: - FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG

Glucose = 15
Hb =

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local
Enfermeiro

REVISADO
NEP/UMA

FEITURADO
04/09/18
Felipe Marques

ARUANA SEGUROS
21 JUN 2018

Acolhido(a) por: CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/03/2018 00:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA** _____
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: PATRICK KAN - dos Idade: 12
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: relato de queda de no +
Hipótese Diagnóstica: lesão dos membros inferiores

AVALIAÇÃO CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
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

ARUANA SEGUROS
21 JUN 2018

EXAME REUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácicas: 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: Vítima () Outros ()

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

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () 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: _____

Oxigenioterapia: 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: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Local e data

Médico Assistente

ARUANA SEGUROS
21 JUN 2018

Dr. Márcio Medeiros
CRM-PE 20.560
Tribunal 14.881

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Registro: 420654

Senha da Classificação:

0032

Data e Hora: 16/03/2018 23:46

Paciente: 113249 PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/10/1999 Idade: 18 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Mãe: KAEME ALVES FERREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA FRANCISCO BELTRAO D --

308

Bairro: JARDIM ATLANTICO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: Temperatura: Hora:

Exame Principal:

Exame Físico

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: (☒) Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

Senha

() Encaminhado ao setor de internação



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 420654 Prontuário: 113249 SAME: 100439 Hora Atend: 23:46 Data Atend: 16/03/2018
Paciente..... : PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS
Idade: 18 a
Endereço..... : RUA FRANCISCO BELTRAO DE ANDRADE LIMA
Bairro..... : JARDIM ATLANTICO
Cidade..... : OLINDA
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA UF.: PE CEP: 53050130
Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 17/03/2018 Hora Saída : 00:40

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Protocolo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Senha retirada da senha: 16/03/2018 23:43

Nome Paciente: PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS
Cód. Paciente: 113249
Data de Nascimento: 13/10/1999
Sexo: Masculino
Idade: 18
Senha: 0032
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 420654
SAME: 100439

Período: 17/03/2018 00:16 - 17/03/2018 00:18

CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PC ENCAMINHADO UPA DE OLINDA COM SENHA 5384977 COM HD: LUXAÇÃO GLOMERULAR. APÓS QUEDA DE MOTO HÁ APROX 6 HORAS

Observação: NEGA HAS+ DM

Programa sintoma: PORTADOR DE ALÉRGICAS MEDICAMENTOSA

Terminador(es): TRAUMA

Patologia: FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG

P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local:
Enfermeiro:

REVISADO
NEDUMA

04/04/18
Enfermeiro

Acolhido(a) por: CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/03/2018 00:18

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Nma: 5384977

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Patrick Kavan Idade: 16

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: oli. de

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Arrepelamento: 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 () Altura Aproximada: _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo: _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Abuso Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: relato de queda de no +

Hipótese Diagnóstica: fratura de osso - unho de 1º

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
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 ()
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 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



Atendimento: 1267710

Senha da Classificação:

0318

Data e Hora: 16/03/2018 21:18

Paciente: 469141 PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 13/10/1999 Idade: 18 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: KARME ALVES FERREIRA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA FRANCISCO BELTRAO D -

308

Bairro: JARDIM ATLANTICO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cap: 53050130

Usuário Atendimento: MARINEIDESM

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 88543713

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

dois dias de dor
de n+
na região da L

Exame Físico

sem dor

Hipótese Diagnóstica

lesão?

Conduta Terapêutica

com analgésico

Prescrição Médica

- 100mg
- 100mg + 100mg
- 100mg

() Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Tratado. Uma Senha: _____

Assinatura/Médico

5384P74



1267710

IMIP



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 16/03/2018 21:12

Nome Paciente:	PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	13/10/1999
Sexo:	Masculino
Idade:	18
Senha:	0318
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 16/03/2018 21:13 - 16/03/2018 21:15

HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO, REFERE DOR EM MSD E OMBRO DIREITO, NEGA VOMITO E DESMAIO, CONSCIENTE, ORIENTADO
Observação:	ALERGIA: DIPIRONA HAS - DM -
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Eliminador(es):	- DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: HEVERTON CESAR - COREN: 425244 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 16/03/2018 21:15

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

16/05/2018 07:30

Paciente: PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS	Dt. Nasc.: 13/10/1999	Atendimento: 15163998	Prontuário: 9805171
Convênio: HAPVIDA	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): CARLOS TIAGO DA SILVEIRA CHAVES CRM 23256 [1]		Nº: 08459020	19/03/2018 às 13:53
ANAMNESE			
Queixa Principal	PACIENTE COM QUADRO DE DOR EM OMBRO, AO EXAME: DOR E EDEMA RELATA LUXAÇÃO DE OMBRO REDUZIDA		[1]
Queixa Principal			
CID10	M255 DOR ARTICULAR		[1]
DIAGNÓSTICO			
CID10	M255 DOR ARTICULAR		[1]
CID10	M255 DOR ARTICULAR		[1]
CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE			



INISTRO 3180344636 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 12600186441

Posição em 22-02-2019 15:12:33

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do s

Historico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
24/08/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
28/07/2018	Aviso de Sinistro	

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS, brasileiro (a), Solteiro (a), Operador de Telemarketing, portador (a) da cédula de identidade de nº 843 337 800 50 MT/PE, inscrito (a) no CPF de nº 126 001 864-41, residente e domiciliado (a) Rua Francisco Beltrão de Andrade Lima, nº 308 – Jardim Atlântico - Olinda/PE CEP: 53050 130.

OUTORGADO:

EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiro, casado, OAB/PE: 28.570, **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA**, brasileira, casada, OAB/PE: 22.362 com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 Paissandu - Recife/PE - Cep. 52010-040, e endereço eletrônico renathaccs@hotmail.com

PODERES

*Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicium", 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, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados.*

Olinda/PE, 18 de Dezembro de 2018.


PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS

Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510
Paissandú - Recife/PE - Cep. 52010-040
Fones: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579



DECLARAÇÃO DE POBREZA

PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS, brasileiro (a), Solteiro (a), Operador de Telemarketing, portador (a) da cédula de identidade de nº 843 337 800 50 MT/PE, inscrito (a) no CPF de nº 126 001 864-41, residente e domiciliado (a) Rua Francisco Beltrão de Andrade Lima , nº 308 – Jardim Atlântico - Olinda/PE CEP: 53050 130. De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Olinda/PE, 18 de Dezembro de 2018.


PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS



SUBSTABELECIMENTO

Dra. RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, Brasileira, Solteira, Advogada, com escritório situado na Avenida Fagundes Varela, 365 - sala 9, Jardim Atlântico - Olinda/PE, inscrito(a) na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 39.442, através de Instrumento Particular de mandato nos autos do Processo, conferidos por **PATRICK KAUAN ALVES DOS SANTOS**, que move em face da Companhia Excelsior de Seguros, nesta Comarca, SUBSTABELECE SEM RESERVA DE PODERES a pessoa de **Dra. ARTANY VICTORIA DE SOUZA SANTOS MACHADO**, Brasileira, Solteira, Advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 22.077, com escritório profissional situado à Avenida Agamenom Magalhães, nº 4318, Sala: 1510, Empresarial Renato Dias, CEP: 50070-200, Recife-PE.

Recife, 17 de maio de 2019.


Raquel Maria Mangabeira dos Santos
OAB/PE 39.442

