

P R O C U R A Ç Ã O

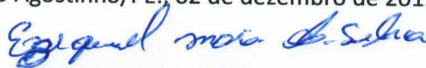
OUTORGANTE: EZEQUIEL MAIA DA SILVA, brasileiro, casado, motorista, portador do RG nº 5825750 – SDS/PE, inscrito no CPF nº 030.934.574-08, residente e domiciliado na Rua José Olindino de França, número 70, Ponte dos Carvalhos - Cabo de Santo Agostinho/PE., CEP: 54.580-590, com telefone celular nº (81) 98724-8644

OUTORGADO: MIGUEL DE MOURA GONÇALO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 36.171, com endereço profissional na Rua da Mangueira, nº 53- "C", 1º andar - Ponte dos Carvalhos, Cabo de Santo Agostinho/PE., CEP: 54.580-525, e endereço eletrônico: moura334@hotmail.com

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, continuo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhes os poderes da cláusula "ad juditia et extra", para o foro em geral, e especialmente para: **PROPOR AÇÃO DE COBRANÇA SECURATÓRIA - DPVAT em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e, ainda praticar todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECIFICOS: PODERES E FINS: Pelo presente instrumento particular de procuração, a outorgante nomeia e constituinte o outorgado como seu procurador para defender seus interesses perante o foro em geral, com cláusula ad juditia et extra, em qualquer juízo, instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido nos poderes para foro em geral previsto no artigo 38 do C.P.C. e no artigo 44 do CPP, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda ao outorgado os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denuncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Cabo de Santo Agostinho/PE., 02 de dezembro de 2019.



EZEQUIEL MAIA DA SILVA
OUTORGANTE

MIGUEL DE MOURA GONÇALO
OAB 36.171

Miguel Moura OAB 36.171 PE
Avenida Prefeito Diomedes Ferreira de Melo, nº 253 - 1º andar
Centro, Ponte dos Carvalhos. Cabo/PE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, **EZEQUIEL MAIA DA SILVA**, brasileiro, casado, motorista, portador do RG nº **5825750 – SDS/PE**, inscrito no CPF nº **030.934.574-08**, residente e domiciliado na **Rua José Olindino de França, número 70, Ponte dos Carvalhos - Cabo de Santo Agostinho/PE.**, CEP: 54.580-590, com telefone celular nº (81) 98724-8644

Declaro a quem interessar e para todos os fins de direito, sob pena de ser responsabilizado criminalmente por falsa declaração, que sou pobre no sentido jurídico do termo, pois não possuo condições de pagar as custas e despesas do processo, sem prejuízo de meu sustento próprio e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da justiça, nos termos do artigo 98 do Código de Processo Civil e da Lei Federal número 7115 de 29 de agosto de 1.983.

Cabo de Santo Agostinho/PE., 02 de dezembro de 2019.


EZEQUIEL MAIA DA SILVA
OUTORGANTE

MIGUEL DE MOURA GONÇALO
OAB 36.171

Miguel Moura OAB 36.171 PE
Avenida Prefeito Diomedes Ferreira de Melo, nº 253 - 1º andar
Centro, Ponte dos Carvalhos, Cabo/PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

NOME
EZEQUIEL MAIA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
5825750 SSP PE

CPF
030.934.574-08

DATA NASCIMENTO
17/11/1977

FILIAÇÃO
AILTON ALVES DA SILVA
MARIA DE JESUS MAIA DA SILVA

PERMISSÃO
D

ACC
D

CAT. HAB.
D

Nº REGISTRO
03315276402

VALIDADE
26/10/2021

1ª HABILITAÇÃO
28/06/2004

OBSERVAÇÕES
CETCP
EAR

Ezequiel Maia da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
29/10/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

85938458216
PE088349500

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1683848394

1683848394

PLASTIFICAR





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
EZEQUIEL MAIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE OLINDINO FRANCA 70

CPF 030 934 574-08

PONTE DOS CARVALHOS/PONTE DOS CARV
CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
54580-590

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7000357299	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
03/10/2019	29/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,02

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
079230669	UNICA	26/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/09/2019	2010120083	560743

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	48,0000000	0,77952920	35,85
Acréscimo Bandeira VERMELHA			2,81
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 071510541-29/07/19			0,68

TOTAL DA FATURA 40,02

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
0R59618	CAT	28-08-2019	21 622,00	26-09-2019	21 668,00	29	46,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/Ano kWh		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
SET 19 46		ICMS	38,46	25,00	9,81
AGO 19 73		PIS	38,46	0,81	0,31
JUL 19 124		COFINS	38,46	3,72	1,43
JUN 19 35					
MAI 19 105					
ABR 19 66					
MAR 19 78					
FEV 19 130					
JAN 19 92					
DEZ 19 74					
NOV 19 106					
OUT 19 30					
SET 19 235					

TARIFAS APLICADAS	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933060

RESERVADO AO FISCO	
A5A2 A1D4 0555 644F 1408 503C E4E2 F1B0	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! e em menos tempo! sua servente para telefonia e tecnologia barata e / ou de alta performance e qualidade. 150 pontos de venda disponíveis em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.anel.gov.br. Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.452/13. O cliente é responsável quando há violação na continuidade individual ou do nível de fornecimento. Pague em atraso para multa 2% (Res. 414/ANEL), juros 1% (Lei 10.438/02) e atualização monetária no pro. mts O Cliente é responsável quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO			
EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE			
Vencido	Direito	Valor	Vencido
04/09/19	26/09/19	65,96	

Este comunicado NÃO substitui aviso de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de rateio semel, poderá ocorrer o encerramento do contrato, podendo também ocorrer cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99, RDB 414/ANEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros de restrições de crédito SPC e SERASA.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES				NÍVEL DE TENSÃO	
CONJUNTO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)
POINTEZINHA	0,00	5,19	10,38	20,77	220
DIC	0,00	3,23	8,47	12,95	202
FIC	0,00	2,94	0,00	0,00	231
DMIC	0,00				

Límite DICR 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 13,72

ATENDIMENTO POR MEIO DE ESPECIAL
DESEMPENHO DE SERVIÇO
RECEBUE





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH001180 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). EZEQUIEL MAIA DA SILVA, 42 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 5825750 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 030.934.574-08, residente à RUA JOSE OLINDINO DE FRANCA, nº 70, , PONTE DOS CARVALHOS, CABO DE STO AGOSTINHO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 31/03/2019, por volta das 03:24 hs, no endereço: TRAVESSA JOSE JOAQUIM DA SILVA, S/N, PONTE DOS CARVALHOS CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo MOTOCICLETA HONDA FAN PRETA PCL5420-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) EZEQUIEL MAIA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 030.934.574-08 e Registro Geral nº 5825750, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 711354-4 FABIO ALVES. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DOM HELDER. Registrado(a) com o prontuário nº 115096. Ficou aos cuidados do médico DANIELLE, registro 19345. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 01/11/2019

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 2019APH001180

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041ª CIRCUNSCRIÇÃO - PONTE DOS CARVALHOS - DP41ªCIRC
DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0131001532**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/11/2019** às **10:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia
31/3/2019 no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 2, TRAVESSA JOSÉ JOAQUIN DA SILVA S/N-PONTE DOS CARVALHOS-CABO-PE.** - Bairro: **PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
HOZANA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA (OUTRO)
EZEQUIEL MAIA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EZEQUIEL MAIA DA SILVA

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

EZEQUIEL MAIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE JESUS MAI9A DA SILVA** Pai: **AITON ALVES DA SILVA** Data de Nascimento: **17/11/1977** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **582550/SSP/PE (RG): 03093457408 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 991097432**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 70, RUA JOSÉ OLINDINO DE FRANÇA Nº 70-PONTE DOS CARVALHOS-CABO-PE.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

• **HOZANA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **23507381400 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 988385305**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CAETES II (BAIRRO), 26, RUA VINTE E SETE Nº26-QD 34-CAETES II-ABREU E LIMA-PE.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **CAETES II - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Endereço Comercial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 2, DESCONHECIDO.** - CEP: **55000-000** - Bairro: **PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



MOTO HONDA-FAN 160-2018-PRETA. (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **HOZANA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EZEQUIEL MAIA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Descrição: **PLACA- PCL-5420.**

Complemento / Observação

A VÍTIMNA COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA. INFORMANDO QUE SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO, NA TRAVESSA JOSÉ JOAQUIM DA SILVA- S/N-PONTE DOS CARVALHOS-CABO DE SANTO AGOSTINHO-PE. REFERENTE A UMA QUEDA DE MOTO. HONDA FAN PRETA 160- PLACA PCL5420-PE, NO QUAL FORA VÍTIMA O SR. EZEQUIEL MAIA DA SILVA; QUE FOI SOCORRIDO PELA UNIDADE TÁTICA DE RESGATE DO GRUPAMENTO DE BOMBEIROS DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR, COMANDADA PELO SD-711354-4. FABIO ALVES. FOI TRANSPORTADO PARA O HOSPITAL DOM HELDER, REGISTRADO COM O PRONTUÁRIO Nº 115096. ONDE FICOU AOS CUIDADOS DO MÉDICO DANIELLE, REGISTRO 19345. SEGUE ANEXO, FICHA DE ESCLARECIMENTO. PELO EXPOSTO PEDE AS AUTORIDADES COMPETENTES QUE SEJAM TOMADAS TODAS AS PROVIDENCIAS CABÍVEIS.

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

x Ezequiel maia da Silva
EZEQUIEL MAIA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ERASMO FRANCISCO DA SILVA** - Matrícula: **3810143**



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 491877

Data e Hora do Atendimento: 31/03/2019 04:51

Usuário do Atendimento: MICHELLINESM

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: EZEQUIEL MAIA DA SILVA

Prontuário: 115096

Nome da Mãe: MARIA DE JESUS MAIA DA SILVA

Nome do Pai: AILTON ALVES DA SILVA

Data do Nascimento: 17/11/1977

Idade: 41 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 5825750

SSP PE Data Emissão:

CPF: 03093457408

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA JOSE OLINDINO DE FRANCA 70

PONTE DOS CARVALHOS

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

PE

CEP: 54580590

Fone: 87248644

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: BOMBEIRO

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-4 C

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL DOM HELDER CAMARA, bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Cabo de Santo Agostinho, 31/03/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta:

Diagnóstico: *Boas Fratura do dígito, luxação do ombro (E)*

Procedimento: *Redução Incrúmenata*

Alta em: *01/04/19* Hora: _____

Médico e.C.R.M: _____

Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____

Assinatura e R.G: _____

CRM
Hospital Dom Helder Camara
01/04/19

Assinatura e R.G. do Responsável
Sofiane Lyra
Faturamento / SAME
Em: _____
05 APR 2019



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



tendimento: 491873
Data e Hora: 31/03/2019 04:33

Senha da Classificação:

0009

Paciente: 115096 EZEQUIEL MAIA DA SILVA Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 17/11/1977 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
Nome da Mãe: MARIA DE JESUS MAIA DA SILVA Nome do Pai: AILTON ALVES DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINE CRM: 14418
Endereço: RUA JOSE OLINDINO DE FRAI -- 70 Bairro: PONTE DOS CARVALHOS
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE Usuário Atendimento: MICHELLINESM
RG (Identidade): 5825750 SSP PE Data de Emissão: Fone: 87248644
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03093457408 Data de Emissão CRN:
Cartão SUS:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE Queda de moto de 1 km. Relat.
dor em ombro (E). Nega perda de consciência.

Exame Físico

(A) VIAS AÉREAS PERFEITAS. BRONQUIOS CERVICAIS
(B) MV (+) EM ANT. S/R
(C) RCR EM 2T, BNT 1/1. FC = 76 bpm PULSO CHEIO
(D) PULSO ISOCÓRICO, FOTOREGISTRO. ECG = 1F
(E) ADOME FLEXO, DORSAL, IMOBIL. ELEVADO EM ANT.
E BASTO (E)

Diagnóstico

Post-traumático

fratura Ombro - E

Conduta Terapêutica

SOLICITO RX D. TRUM

Prescrição Médica

- DIETA ZERO
- SFO, 9/1, 1000-4 EV
- DIL. COM. 2mg + 10 EV
- Tranq. 10mg + 100mg EV
Ao Bloco. Cirurg.

Danielle Tati Maciel
Cirurgia Geral
PE 9343
Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 31/03/2019 04:19

Nome Paciente: EZEQUIEL MAIA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 17/11/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0009
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 31/03/2019 04:28 - 31/03/2019 04:30

GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACT. CHEGA AO SERVIÇO ENCAMINHADO PELO BOMBEIRO, QUEDA DE MOTO, POLITRUAMA QUEDA DE MOTO, DOR EM OMBRO E, NEGA VOMITOS E DESMAIOS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
31/03/19	Ombro	1

RAIO-X		
DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE DE FILMES
31/03/19	CERVICAL torax pelvis ombro...	04

Acolhido(a) por: GECIANE SOARES DE ANDRADE - COREN: 367247 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 31/03/2019 04:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Eugênio Mota de S.C. Registro: 115096 Nº Atendimento: _____
Idade: _____ Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não
Clínica: OP Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Acidose

História da Doença Atual: Perda de peso, fraqueza, náuseas, vômitos, dor abdominal, febre.

Interrogatório Sintomatológica: Doença de S. C.



Exame Físico:

Dores de cabeça
Gagueio

Antecedentes Pessoais:

Não há

Medicações em Uso

Não há

Antecedentes Familiares:

Não há

Hipótese Diagnóstica Principal:

Lesão de articulação - C

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico:

Reabilitação

Cabo de Santo Agostinho, 31/03/19

Dr. Antonio Luis Silveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 24536

Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE





**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Erizuel Maia da Silva Registro: 15096

Clínica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

[illegible]



**HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA**



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: C. Zepherel Marc de S. L. Registro: 115096

Clínica: Q150P Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Exame
31/03/19 07:00	<p>Reproteção v. para o ombro direito exame: no bloco C CO: macho</p>
31/03/19 8h	<p># ORTOPEDIA PROCEDIMENTO SEM INTERCOR- RENCIAS. CO: URM CONVOTER</p>
01/04/19 09:00	<p># HD: 1: DPO de redução insuportável do ombro. Paciente evoluindo bem e sem queixas no momento. EGO, eupneico, corado, hidratado, orientado CO: Alta hospitalar</p>



HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 31/03/2019
Hora.....: 15:12

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0005 SALA 05 Atendimento : 491877
EZEQUIEL MAIA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
BL-4 C
Dt. Fim : 31/03/2019 08:10
de Cirurgia : 40626
Paciente : 115096
nº Atend. : 1
Leito : 648
Dt. Inicio : 31/03/2019 08:00
é-Operatório :
s-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408010185
Convênio: 001
anestesia:
TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR
(PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

RURGIO
16558 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

1. PACIENTE EM DDH
2. REDUÇÃO INCRUENTA OMBRO DIREITO
3. IMOBILIZAÇÃO MSD

DZGO, E SOUTO

Descrição Complementar

Achados Cirúrgicos:

DR(A) : PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
CRM : 16558

Solange Lyra
Faturamento / SAME
55 ARR 2019

RAIO-X			QUANTIDADE
DATA	LOCAL DO CORPO		
31/03/19	Ombro @ 4 PF	02	

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 40626 Sala : 0005 SALA 05
Paciente : 115096 EZEQUIEL MAIA DA SILVA Atendimento : 491877
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 648 BL-4 C Idade : 41 Anos
Dt. Início : 31/03/2019 08:00 Dt. Fim : 31/03/2019 08:10
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408010185 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO 16558 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

1. PACIENTE EM DDH
2. REDUÇÃO INCRUENTA OMBRO DIREITO
3. IMOBILIZAÇÃO MSD

DZGO, ESQUERDO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Pedro Aureliano Amador de Carvalho
CRM: 16558

DR(A) : PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
CRM : 16558

RAIO-X

DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE
31/03/19	Ombro (E) J. RF	02

Hospital Dom Helder Camara
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 05 ABR 2019

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMIP Hospitalar
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMIP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 115096

Atendimento: 491877

Dt. Cad: 31/03/2019

Nome: EZEQUIEL MAIA DA SILVA

Dt. Nasc: 17/11/1977

Mãe: MARIA DE JESUS MAIA DA SILVA

Bairro: PONTE DOS CARVALHOS

End.: RUA JOSE OLINDINO DE FRANCA

Cidade: CABO DE SANTO AGOSTINHO

Enferm.: BL-4 C

Leito: 648

CNS:

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado
- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- ☐ Não
- ☐ Sim _____

- Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?
- ☒ Não
 - ☐ Sim e há equipamento disponível

- Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?
- ☒ Não
 - ☐ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

- ☒ Antecipação de eventos críticos:
- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *ok*

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *ok*
- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *ok*

- O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
- ☒ Sim
 - ☐ Não se aplica

- ☒ Exames de imagem estão disponíveis?
- ☒ Sim *ok*
 - ☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Red. unc. ombro*
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)
- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente
- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido
- ☐ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Ryana Sereja
Enfermeira
COREN-PE 513837



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARASISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPAGESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Nome: Miguel Moura da Silva

Registro: 115036

Leito:

Procedimento cirúrgico: Red. em ombro

Data: 31/03/19

Hora:

DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
1. Ansiedade (✓)	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros	
2. Ventilação prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar <input type="checkbox"/> Manter <input type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros	
3. Padrão de eliminação urinária (✓) Diminuído () Aumentado	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h <input checked="" type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input type="checkbox"/> Registrar se: () Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros	
4. Dor (✓) Local: _____ () Leve () Moderada () Severa	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input type="checkbox"/> outros	
5. Integridade tissular prejudicada (✓)	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada 24/26h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de deúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input type="checkbox"/> Medir débito de dreno de ____/____h <input type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por ____h <input type="checkbox"/> Outros	
6. Sangramento (✓) Local: _____ () Leve () Moderada () Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ____/____min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros	
7. Imobilidade no leito prejudicada ()	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____	

CÓD. 38605



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1414848

Nome: Ezequiel Maia da Silva

Foi atendido às 11:21 hs. do dia 17/04/2019

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente moto-ciclístico. Lesão com fratura de Condilo Bilateral, com manuseio Bilateral.
D.O. = 802.8

Releitura de 30 (trinta) dias de seguimento domiciliar.

Tratamento Realizado: Kinesioterapia + BLM OLA
18/04/19
- Orientações e reabilitação para uso do omeulaxo.

Observação: Reforço do omeulaxo de Dr. Diógenes, T.O.S. - Elus, de 27/03/19, às 14:00 horas

Cópia de: Alta BME dia 18/04/19

Dr. Demostenes Diniz
Cirurgia e Traumatologia
Bucco - Maxilo-Facial
Residente HR/UPE
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

