



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 ESPECÍFICOS: 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 judicia 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 denúncia 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.

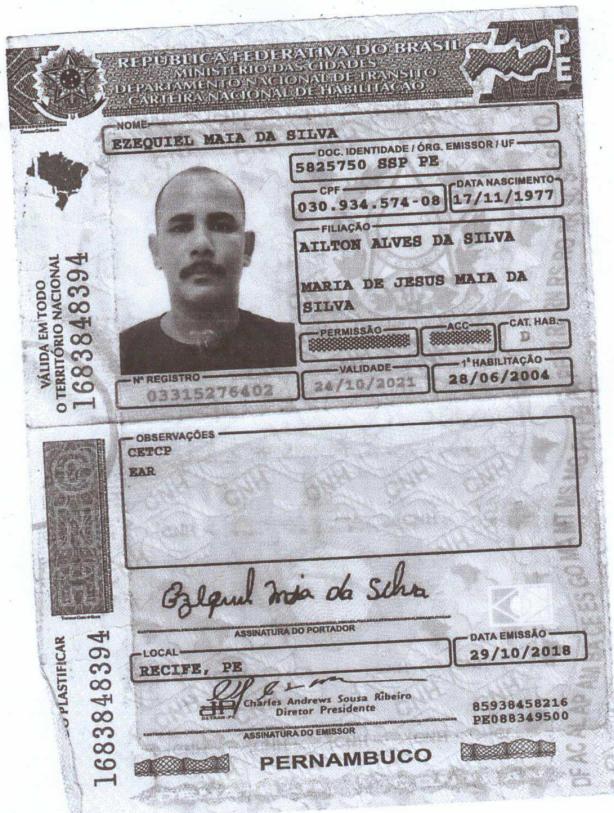
Cabo de Santo Agostinho/PE., 02 de dezembro de 2019.

Ezequiel Maia da Silva
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





Assinado eletronicamente por: MIGUEL DE MOURA GONCALO - 04/12/2019 07:46:53
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120407465266600000054011490>
Número do documento: 19120407465266600000054011490

Num. 54896506 - Pág. 1



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. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

EZEQUIEL MAIA DA SILVA

CPF: 030 934 574-08

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO:
079230688	UNICA	26/09/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/09/2018	2016120083	560743

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSÉ OLINDINO FRANCA 70

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

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

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	48.000000	0,77952320	35,85
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,61
Contrib Ilum. Pública Municipal			0,68
ICMS Subvenção-CDE-NF 071510541-29/07/19			0,88

TOTAL DA FATURA

40,02

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
079230688	CAT	28-08-2019	21 622,00	26-09-2019	21 668,00	29	1.00000		46,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Año kWh

SET 19 46

AGO 19 73

JUL 19 124

JUN 19 35

MAR 19 105

ABR 19 66

MAR 19 78

FEV 19 130

JAN 19 92

DEZ 18 74

NOV 18 106

OUT 18 30

SET 18 236

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE TRIBUTO

%

VALOR DO TRIBUTO

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

GERAÇÃO DE ENERGIA R\$ 13,72 34,54%

TRANSMISSÃO R\$ 1,33 3,46%

DISTRIBUIÇÃO (CELPE) R\$ 8,07 20,98%

PERDA DE ENERGIA R\$ 2,54 6,60%

ENCARGOS SETORIAIS R\$ 1,89 4,91%

TRIBUTOS R\$ 11,35 29,51%

Total R\$ 38,46 100%

TARIFAS APLICADAS

0,54933000

RESERVADO AO FISCO

A5A2 A1D4 0555 6A4F 1408 503C E4E2 F1B0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você lá em morais lindufo, rua severino josé feliciano v, teatr ologo barreto j / v. dasne
espera e cota fia, av. pedro de alvarenga 159 ponte dos carvalhos, cotação de www.celpe.com.br/leitura com o "leitura de leitura
a leitura de leitura, av. pedro de alvarenga 159 ponte dos carvalhos, cotação de www.celpe.com.br/leitura com o "leitura de leitura
Estudo 39 459/13. O cliente é competente quando há violação na constituição individual ou no nível de fornecimento
Pago em atraso gera multa 2% (Res 41/4/ANEL), juros 1,1% m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no atraso; mas o cliente é
compensado quando há descumprimento do prazo de pagamento da fatura, que é de 15 dias. Entretanto, o cliente é devedor de
fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 (dois) dias de fatura emitida, 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 CONTE

Vencido	Di reaviso	Valor	Vencido	Di reaviso	Valor
04/09/19	26/08/19	65,96			

Até 04/09/19
10/09/19
14/09/2010, tarifas, produtos,
serviços, preços e tarifas que se
encontram à disposição, ou para
consulta, em nossas unidades de
atendimento ou no site
www.celpe.com.br

Este comunicado NÃO substitui anexo de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão
judicial. Caso o suspendido do fornecimento por esta ou por outros motivos de fato imprevisto, poderá ocorrer o
encerramento do contrato, podendo também existir cobrança conforme os critérios definidos no Art. 99
Res 41/4/ANEL. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como enlaçamento nos registros de restringe de
re de SPC e SERASA.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO PONTEZINHA	VALOR APENAS 04/2019	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	5,19	10,38	20,77
FIC	0,00	3,23	6,47	12,95
DMIC	0,00	2,94	0,00	0,00

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

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO MÁXIMA (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÍNIMO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V) MÁXIMO
220	202	231

AUTORIZADO PELA REGULADORA
BRASILEIRA DE ENERGIA FONTE: ANEEL



Assinado eletronicamente por: MIGUEL DE MOURA GONCALO - 04/12/2019 07:46:52
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120407465256000000054011493
Número do documento: 19120407465256000000054011493

Num. 54896509 - Pág. 1



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

C E R T I D Ã O

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 N.º 19E0131001532

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) 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 PÚBLICA**

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 MAIA 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 N.º 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 N.º 26-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 VÍTIMA COMARECEU 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 N° 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

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, anestesias, 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:

Boas

Diagnóstico:

Fratura do ombro, luxação do ombro (E)

Procedimento:

Redução Tícorrente

Alta em:

01/04/19

Hora:

Médico e C.R.M.:

I. J. Soares CRM 17726

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

CH
Hospital Dom Helder Câmara
01/04/19

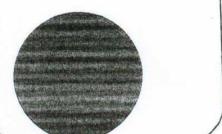
11 - Hospital Dom Helder
Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em:
05 APR 2019





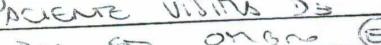
tendimento: 491873
data e Hora: 31/03/2019 04:33

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
CRM: 14418
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MENANDRO BEZERRA DE MELO MARTINS
Endereço: RUA JOSE OLINDINO DE FRAI 70 Bairro: PONTE DOS CARVALHOS
Cidade/UF: CABO DE SANTO AGOSTINHO PE
RG (Identidade): 5825750
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03093457408
Cartão SUS: 

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal
PACIENTE VÍTIMA DE QÜEDA DE MOTO ÁS 1 HORAS. REU. 
DON OR ORGANO (E). NEGA FEVEREIRO CONCIÊNCIA.



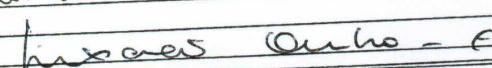




Exame Físico

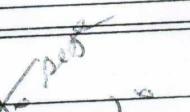
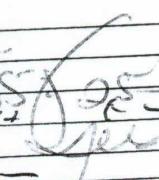
(A) Vias Aéreas PÉRMAS. Bn color corneal
(B) MVR EM ANH. S/ RUM
(C) RCR EM 2+, BNT 1/1. FC = 76 bpm PULS: CHUB
(D) PUPILAS ISOCÓRICAS, FOTORESPECTIVAS. ECG = 11
(E) ABOMINA RICAS, DEPRESSIVAS, INDOLOAS. Eletrodo 3 em RUM
e BNGO (E)

Hipótese Diagnóstico
Pontuado



Conduta Terapêutica
SOLUTO Rx D. TRUM

Prescrição Médica

- DIETA ZERO
- SFO, 9%, 1000ml EV 
- DIURÉTICO 200mg + 10 EV
- TRAMAL 100mg + 100ml SORTE 
ao Risco. Cmgn

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
LEITO DO PACIENTE:

Danielle Teti Magalhães
Enfermeira Geral
Carimbo/Médico
Carimbo PE 19345



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 Pélvis ombro	84

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

Data Impressão: 31/03/2019 04:30

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: MIGUEL DE MOURA GONCALO - 04/12/2019 07:46:51

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120407465185200000054013327>

Número do documento: 19120407465185200000054013327

Num. 54898243 - Pág. 1

HISTÓRIA CLÍNICA

Identificação

Nome: Ederval Moreira de Sá Registro: 115066 Nº Atendimento: _____

Idade: _____ Sexo: M Estado Civil: _____ Cor: _____ Acompanhante: () Sim - () Não

Clínica: 070P Enfermaria: _____ Leito: _____ Ocupação: _____

Queixa Principal e Duração: Acidente

História da Doença Atual: Perdeu a parte esquerda
esta é a parte direita
depois de

Interrogatório Sintomatológico: Perdeu

10/12/2019 07:45:18 Consulta com o(a) Dr(a)

Assinado eletronicamente por: MIGUEL DE MOURA GONCALO - 04/12/2019 07:46:51

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19120407465160000000054013330
Número do documento: 19120407465160000000054013330

Num. 54898246 - Pág. 1

Exame Físico: Dor r. de fundo

Olhos: ir

Antecedentes Pessoais: Nig - Ativ.

Medicações em Uso Nenhum

Antecedentes Familiares: Nos

Hipótese Diagnóstica Principal: História anam - e

Hipóteses Diagnósticas Secundárias:

Plano Terapêutico: Induzir

Cabo de Santo Agostinho, 01/03/18

~~Dr. Antônio Luis Silveira
Ortopedista / Traumatologista
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





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Ezequiel Maia da Silveira Registro: 15096

Clinica: _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Data/Hora	01/04/19
	<p>Paciente em IGD de red. encontro boracé ombrão E, um EGB, consciente, orientado, pôrado, hidratado, eupneico, afibril, boa acutação da dieta VD, eliminações (4), medicado (Pm), recebe alta com orientações</p> <p><i>L. Pires L</i> 477656 Enfermeiro</p>

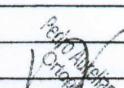
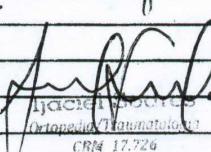




EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Carneiro Maria da S. L Registro: 115096

Clinica: 07-1-0 P Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Procedimento
31/03/18 07:00	Resgate U. futebol aéreo nels cf treino auto - F. Craiova - Rua 6/600 C- COs moch
	 Dr. ANDERSON LINS SILVA Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 71498
31/3/19 8h	#ORTOPEDIA PROCEDIMENTO SEM INTERCOR- DENCIAS.
	CD: VPM - FIX CONVOLUT
01/04/19 09:00	# HD: 1º DPO de redução incerta do ombro.
	 Dr. ANDERSON LINS SILVA Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 71498
	Paciente explorando bem e sem queixas no momento. EGO, euprônico, corado, hidratado, orientado av. Alta hospitalar
	 Dr. ANDERSON LINS SILVA Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 71498



Ficha de Cirurgia Descritiva

de Cirurgia : 40626
Paciente : 115096
Número Atend. : 1
Leito : 648
Dt. Início : 31/03/2019 08:00

EZEQUIEL MAIA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
BL-4 C
Dt. Fim : 31/03/2019 08:10

Atendimento : 491877
Carteira :
Idade : 41 Anos

é-Operatório :
os-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408010185

TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR
(PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO

Convênio: 001

Anestesia:

Equipe Médica

RURGIAO

16558 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

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

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Pedro Aureliano Amador de Carvalho
Osteoartrose do ombro direito
com luxação

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

RAIO-X

DATA : 31/03/19

LOCAL DO CORPO : Ombro

QUANTIDADE : 02

IPF : 02

31/03/19

Solange Lyra
Faturamento / SAME

65 ARR 7/19

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



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

Aviso de Cirurgia : 40626
Paciente : 115096
Convênio Atend. : 1
Leito : 648
Dt. Início : 31/03/2019 08:00

Sala : 0005 SALA 05

EZEQUIEL MAIA DA SILVA
SUS - INTERNACAO
BL-4 C

Atendimento : 491877
Carteira :
Idade : 41 Anos

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

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



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

RAIO-X

DATA	LOCAL DO CORPO	QUANTIDADE
29/03/19	Quadrante E	02

30/03/19

Solange Lyra
Faturamento / SAME
Em: 05 APR 2019

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



HOSPITAL 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

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.: BL4 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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

Não

Sim e há equipamento disponível

Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica

- Checagem do equipamento anestésico
- Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

Não

Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

Não

Sim _____

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

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

Sim

Não se aplica

Antecipação de eventos críticos:

Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?

Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *Qnh*

Exames de imagem estão disponíveis?

Sim *px*

Não se aplica

Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? *vez*

Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? *ok*

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

Nome do procedimento realizado *Red. leric. ombrão*

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

Boa opSRPA

Rúbia Cereja
Internauta
COREN-PE 513837



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
BLOCO CIRÚRGICO - SRPA**



		Nome: <i>Regueirão da Silva</i>	Registro: <i>115026</i>	Leito: _____		
		Procedimento cirúrgico: <i>Redenção Ombrão</i>	Data: <i>31/03/19</i>	Hora: _____		
DIAGNÓSTICO		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS		
1. Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/>		<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 _____				
		<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 _____				
		<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: <input type="checkbox"/> Dor ao urinar <input type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> outros _____				
		3. Padrão de eliminação urinária <input checked="" type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Aumentado		<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 _____		
4. Dor <input checked="" type="checkbox"/> Local: _____ () Leve () Moderada () Severa		<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <i>20/20</i> h <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 _____				
		5. Integridade tissular prejudicada <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de _____ / _____ min <input type="checkbox"/> Manter elevado: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input type="checkbox"/> Outros _____		
		6. Sangramento <input checked="" type="checkbox"/> Local: _____ () Leve () Moderada () Severo		<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (fracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: _____		
		7. Imobilidade no leito prejudicada <input type="checkbox"/>				

CÓD. 38605



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1414848

Nome : Ezquiel Moraes da Silva

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

Diagnóstico Próvel : Possivel lesão da artí-
gula meto epilíse. Doloroso, com
dor em ombro. Complexo Bilateral,
com envolvimento pleural.
Erg = 902.8

Recente si 30 (trinta) dias
de respeito com entor.

Tratamento Realizado : Kozaform + BUM dia
18/04/19
- Orvaltas e rebaixo para
cicapa
- 50 ambulatório.

Observação : Reformar o ombulatório
by Dr. Diogo Torga-Jesus, o
21/05/19, às 14:00 horas

Cópia de : Alta BUM dia 18/04/19

Jr. Demostenes Diniz
Cirurgia e Traumatologia
Bucal - Maxilo-Facial
Residente HR/UFPE

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

