



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Denilza do N. Santos, genitora do menor inscrito no CPF de nº 050.383.744-85, com endereço à R. Izabel Lordeiro Ferreira-16, CEP 55151-110, endereço eletrônico grasilima1984@hotmail.com, Bela Vista, Belo Jardim - PE.

OUTORGADO: **GRASIELE DE LIMA SILVA**, brasileira, divorciada, portadora do RG de nº 6.814.023 SDS/PE e CPF nº 055.049.184-80, advogada, inscrição OAB/PE nº 40.421, com escritório à Rua Regina Alves, 43 – Edson Mororó, Belo Jardim – PE, e-mail grasilima1984@hotmail.com.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva 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 à advogada acima descrita, os poderes para 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 a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (conforme o art. 105 do NCPC/15).

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou não poderão) ser substabelecidos.

Belo Jardim, 03 de outubro 2019

Denilza do Nascimento Santos

OUTORGANTE





CARTÓRIO
Maria Ferreira Cavalcanti

Registro Civil das Pessoas Naturais
Município de Belo Jardim - Estado de Pernambuco

Luiza Gesilânia Freitas Cavalcanti de Santana
Oficiala Substituta em Exercício
CPF 478.037.384-00

Luciana Maria Ramos de Andrade
Escrivente Autorizada
CPF 822.733.914-04

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que às fls. 18v, do livro "A" 48, N.º 53.643 Registro.
de nascimento, foi feito o assento de João Cainan Santos
Socres nascido em Belo Jardim - PE
no dia 14 de setembro de 2005, Filho(a) Julio Temotio
Socres e Denilza do Nascimento
Santos, agricultora.

Sendo avós paternos:

e Antônia Tiber Socres

Avós Maternos Bernardino Antonio do Nascimento
e Adeilza Tereza do Espírito Santo

Foi declarante

O pai

Observações: Dispensadas as testemunhas de acordo com o art. 197, Título II
do livro IV do Regimento da Corregedoria.

Feito em virtude da lei 6015/73, Ato Gratuito de acordo com a lei 9.534, de
dezembro de 1997. (Art. 4 da Resolução 131/99 TJPE). Válido somente com
selo de Autenticidade e Fiscalização.

O referido é verdade dou Fé

Belo Jardim 21 de novembro de 2005

Luiza Gesilânia Freitas Cavalcanti



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.824.890 DATA DE EXPECIAÇÃO 31/05/2017

NOME << DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS >>

FILIAÇÃO << BERNARDINO ANTONIO DO NASCIMENTO >>
<< ADEILZA SUZANA DA SILVA >>

NATURALIDADE BELO JARDIM - PE DATA DE NASCIMENTO 08/07/1984

DOC. ORIGEM << 077321 01 55 1992 1 00028 202
0033960 74 BELO JARDIM-PE >>

CPF 050.383.714-85

Assinatura: Ana Patrícia C.G. Alencar

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1017026072806083944.7486315 F-76, 195.277 - 3012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FAVRES BORG

IDENTIFICACAO

Denilza do Nascimento Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93

CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 1112
Ouvidoria 0800 282 1119
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS CPF: 050.383.714-85 NIS: 21207115071	DATA DE VENCIMENTO 15/07/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/07/2019	CONTA CONTRATO 007023836453
	TOTAL A PAGAR (R\$) 30,26	DATA DA APRESENTAÇÃO 08/07/2019	Nº DO CLIENTE 2015138333
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA IZABEL CORDEIRO FERREIRA 16 . BELA VISTA/BELO JARDIM 55151-110 BELO JARDIM PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0000293147
RESERVADO AO FISCO A551.D020.5482.1086.F601.1B48.1F94.068A			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,19218255	5,76
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	68,00	0,32945580	22,40
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,13
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,03
Compensação DMIC 05/19			0,05
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			1,01
</			

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003141797424	CAT	06/06/2019	4.022,00	08/07/2019	4.120,00	32	1,00000	0,00	98,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 07/08/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
mai/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	BELO JARDIM	4,84	5,67	11,34	22,68
FIC-No.de vezes sem Energia		2,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		3,44	3,29	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 13,98					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! contraneio supermercado Ltda: r graciliano ramos 111 cohab i / cordeiro supermercado: r graciliano ramos 111
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês
Isenção do ICMS conforme art. 9, XLVIII, a, 2.2.2. do RICMS-PE.
Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 28,43 .
O Cliente é compensado 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.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007023836453	07/2019	30,26	15/07/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838800000003 302600110074 023836453106 140431646231



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº: _____
Data: 21/04/19
Hora: 15:29h

Unidade de Saúde: **HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA**

PACIENTE

NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 18198010299115915622 DOCUMENTO IDENTIDADE / CPF: _____
Nome: João Cainan Santos Soares Idade: 13
Data de Nascimento: 14/09/05 Sexo: M Cor: moreno Estado Civil: _____
Naturalidade: Belo Jardim Profissão: _____
Endereço: R. Irmão Cordeiro Ferreira - 16 - Belo
Procedência: Belo Jardim Telefone: Vinte

RESPONSÁVEL

Responsável: Denitza do Nascimento Parentesco: Mãe
Endereço: _____ Fone: _____
Trazido por: M. do Socorro Silva (vizinha)
Endereço: _____ Fone: _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente: _____ Data: _____ Hora: _____
NATUREZA DO ACIDENTE
☐ Casual ☐ Acid. do Trânsito ☐ Tentativa de Suicídio
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Acid. do Trabalho ☐ Agressão

ATENÇÃO MÉDICA

Atendimento: ☐ Clínico ☐ Cirúrgico
História da Doença Atual: Vitória do Acidente do Trabalho

EXAME - FÍSICO

Pressão Arterial: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____ Peso: _____

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE BELO JARDIM - PE
Titular: BERTOLDO VIRGINIO DIAS DOS SANTOS
Telefone: (81) 3726-2588

Maria Luciana da Silva
ESCREVENTE AUTORIZADA

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. O VERSO DESTA PAGINA NÃO ESTÁ AUTENTICADO. Dou fé. Belo Jardim/PE, 28/05/2019. Emol: R\$ 3,07; TSNR: 0,68; FERM: R\$ 0,03; FUNSEG: R\$ 0,07; FERC: 0,34; Total: 4,19

Selo: 0131425.HPK05201902.01316 28/05/2019 09:44:22
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Diagnóstico Provisório: _____



Número do documento: 19102111140665000000051829157



Prefeitura de
Belo Jardim
A mudança começa com trabalho

HOSPITAL REGIONAL DE BELO JARDIM

CNPJ: 10.260.222/0001-05

Rua Dr. Henrique Nascimento, s/nº

Belo Jardim - PE - CEP: 55.150-000

Fone: (0**81) 3726.2233

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que JOÃO CRISTIAN SANTOS
SILVEIRA residente RUA IZABEL CORDEIRO
FERREIRA, 16 BELA VISTA BELO JARDIM/PE esteve internado
neste Hospital no período de 21.04.2019 à
_____ com diagnóstico de CID:
FRATURA EXPOSTA prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 20/05/2019

Dr. Sayuri Pereira
Diretora Geral
HJAL / UPA
Coren / PE 323-447

Responsável





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: JOAO CAINAN SANTOS SOARES
Sexo: MASCULINO
Mãe: DENILZA DO NASCIMENTO SANTOS
Endereço: PRACA DOM LUIZ, N.º 0 - : BAIRRO: SAO PEDRO - CIDADE: BELO JARDIM - UF: PE
Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias
Nasc. 14/09/2005
CNS: 898002991595622
Contatos: 81. 39688726 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 21/04/2019 19:19:
Prontuário: 1085014
Nº. Atendimento: 3323303
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA

Admissão

Queixa Principal

DOR, DEFORMIDADE E FERIMENTO EM MIE

História Clínica

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE JUMENTO COM FRATURA EXPOSTA EM PERNA ESQUERDA

Exame Físico

PULSOS +
SENSIBILIDADE +
FERIMENTO EM FACE ANTEROLATERAL DE PERNA ESQUERDO

Observações

RX- FRATURA DOS OSSO DA PERNA ESQUERDA

Conduta

INTERNO PARA TTO CIRURGICO DE URGENCIA

ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA - CRM: Nº.20645

20/04/19

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 2 de 2

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 30/07/2019 11:45

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

MARIA JOSENILDA DE FRANCA
CRM 9230

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323306

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 501716 (FECHADO)

Responsável: MARIA JOSENILDA DE FRANCA - CRM 9230 /
PEDIATRIA

Data de Referência: 24/04/2019

Data/Hora do Documento: 24/04/2019 10:28

#4° DIH / 2° DPO

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USANDO OXACILINA D2
AMICACINA D2
METRONIDAZOL D2
DIPIRONA FIXOfez CLEXANE
CEFALOTINA 01 DIA

DE: SEM DISTERMIA

FEN

DIETA: ACEITA BEM

EVOLUÇÃO: GENITORA NEGA INTERCORRENCIAS, MENOR SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AO EXAME: EG MELHORADO, EUPNEICO, HIPOCORADO(+/-), AFEBRIL, HIDRATADO

ACV: RCR, BCNF, S/S

AR: MVN SEM RA

AD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR

ME: PERNA COM FIXADOR EXTERNO, EDEMA ++/4+, COM CALOR, SEM SANGRAMENTO POR OSTIOS, FO SEM SECREÇÃO, PULSOS PALPAVEIS, BOA PERFUSSAO

SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO

CD: PACIENTE SEM SANGRAMENTO POR OSTIO DO FIXADOR, TPAE E VSH NAO REALIZADOS POR FALTA DE KIT NO SERVIÇO, PLT NORMAL, COMO SANGRAMENTO PROVAVELMENTE PELO USO DO CLEXANE, JA LIBERADO POR ORTOPEDISTA PARA SENTAR E COMO E JOVEM MENOR RISCO DE TROMBOSE POR IMOBILIDADE, MANTENHO SUSPENSO CLEXANE

PACIENTE COM FRATURA COM CONTAMINAÇÃO GRAU 3, SUSPENDO CEFALOTINA E FAÇO OXACILINA 300 MG/KG/DIA + AMICACINA 15 MG/KG/DIA E METRONIDAZOL 30 MG/KG/DIA (INICIADO EM 22/04/19), LEUCOGRAMA E PCR NORMAIS, MANTENHO ESQUEMA DE ATB

DEIXO DIPIRONA S/N

SEGUE EM VIGILANCIA, SUSPENDO TRANSFERENCIA PARA O POSTO 4

ORIENTO GENITORA

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Página 1 de 1

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Relatório de Evolução

Em 30/07/2019 11:45

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323306

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 503154 (FECHADO)

Responsável: MARIA TEREZA DE ARAUJO MAGALHAES
DUARTE - CRM 10292 / PEDIATRIA

Data de Referência: 26/04/2019

Data/Hora do Documento: 26/04/2019 09:14

#6° DIH / 4° DPO;

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA;

USANDO: OXACILINA D4;
AMICACINA D5;
METRONIDAZOL D4;
DIPIRONA FIXO.

fez: CLEXANE
CEFALOTINA 01 DIA

DS: SEM DISTR. EUPNEICO. HIPOCORADO (+/4+). AFEBRIL. HIDRATADO. BOA PERFUSÃO;

ACV: RCR, BCNF, S/S;

AR: MVN SEM RA;

AD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR;; SOA: MID COM FIXADOR EXTERNO E CURATIVO. OBSERVADO EDEMA DA PERNA, COM DISCRETO CALOR LOCAL. AGUARDA MATERIAL PARA TROCAR CURATIVO.;

SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO.

CD: MENOR DE ALTA DA ORTOPEDIA, PORÉM AINDA COM EDEMA EM PERNA ESQUERDA, COMO LESÃO POR ATROPELAMENTO, COM CONTAMINAÇÃO, FOI OPTADO POR MA, FAZER ESQUEMA TRIPLICE, FARA NO MÍNIMO 7/10 DIAS. MANTER PACIENTE NA PEDIATRIA, NÃO TRANSFERIR PARA O POSTO IV.

MARIA TEREZA DE ARAUJO MAGALHAES
CRM 10292

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 21/10/2019 11:14:07

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102111140698600000051829164>

Número do documento: 19102111140698600000051829164

Num. 52665929 - Pág. 3

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323306

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 505639 (FECHADO)Responsável: MARIA JOSENILDA DE FRANCA - CRM 9230 /
PEDIATRIAData de Referência: 30/04/2019
Data/Hora do Documento: 30/04/2019 10:41

9º DIH / 8º DPO

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USANDO: OXACILINA D8/10
AMICACINA D7/10
METRONIDAZOL D8/10
DIPIRONA FIXO.

DS: SEM INTERCORRÊNCIAS.

AC EXAME: BEG, EUPNÉICO, AFEBRIL, HIDRATADO, NORMOCORADO.

ACV:RCREM 2T, BNF S/S, FC: 80 BPM.

AR: MVUA SEM RA, FR: 18 IRPM.

ABD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR.

SOA: FO COM SANGUEAMENTO EM FO, MAS COAGULANDO, SEM SECREÇÃO, EDEMA(+/-4+)

SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO.

DE MENOR DE ALTA DA ORTOPEDIA, PORÉM AINDA COM EDEMA EM PERNA ESQUERDA, COMO LESÃO
DE TROPELAMENTO,
COM CONTAMINAÇÃO, FOI OPTADO POR MANTER ESQUEMA TRIPLICE, PARA NO MÍNIMO 7/10 DIAS.
MANTER PACIENTE NA PEDIATRIA, NÃO TRANSFERIR PARA O POSTO IV.

MARIA JOSENILDA DE FRANCA
CRM 9230

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 1

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO
CASTRO

Em 30/07/2019 11:46

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323306

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 509140 (FECHADO)

Responsável: MARIA BEATRIZ BEZERRA TELES - CRM
13361 / PEDIATRIA

Data de Referência: 06/05/2019

Data/Hora do Documento: 06/05/2019 07:17

#15° DIH / 14° DPO;

HD: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USOU: OXACILINA D10
AMICACINA D10
METRONIDAZOL D10
DIPIRONA S/N.

USANDO SINTOMATICOS

EVOLUINDO AFEBRIL
FEN+

AO EXAME: BEG, EUPNÉICO, AFEBRIL, HIDRATADO, NORMOCORADO.
ACV: RCR EM 2T, BNF S/S,
AR: MV+ SEM RA,
ABD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR,
SOA: FO COM BOM ASPECTO, COM FIXADOR EXTERNO.
SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO,
OROFARINGE SEM ALTERAÇÕES

CD: ALTA HOSPITALAR

MARIA BEATRIZ BEZERRA TELES
CRM 13361

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 1 de 2

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em 30/07/2019 11:44

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

Atendimento 3323306

Leito: PED 403-01

Admissão: 21/04/2019 20:04

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

EVOLUÇÃO: 500494 (FECHADO)

Responsável: MARIA JOSENILDA DE FRANCA - CRM 9230 /

Data de Referência: 22/04/2019

PEDIATRIA

Data/Hora do Documento: 22/04/2019 12:17

#2° DIH / 0° DPO

HD FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

USANDO: CEFALOTINA DO
DIPIRONA FIXO
CLEXANE

DE: SEM DISTERMIA

FEN

DIETA: ACEITA BEM

EVOLUÇÃO: GENITORA NEGA INTERCORRENCIAS, MENOR SEM QUEIXAS NO MOMENTO
ENFERMAGEM REFERE SANGRAMENTO PELO OSTIO DO FIXADOR

HDA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE JUMENTO COM FRATURA EXPOSTA EM PERNA ESQUERDA, NEGA
TRAUMA CRANIANO

VACINAS: EM ATRASO (SIC)

ALERGIAS: NAO

AO EXAME: EGR, EUPNEICO, HIPOCORADO (+/4+), AFEBRIL, HIDRATADO
ACV: RCR, BCNF, S/S

AR: MVN SEM RA

AD: ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR

ME: PERNA COM FIXADOR EXTERNO, EDEMA ++/4+, COM CALOR, SANGRAMENTO LENTO PR OSTIO DA FACE
MEDIAL DO FIXADOR EXTERNO PROXIMAL, FO SEM SECREÇÃO, PULSOS PALPAVEIS, BOA PERFUSSAO

SN: CONSCIENTE, ORIENTADO, ATIVO

SD: COMO PACIENTE COM SANGRAMENTO POR OSTIO DO FIXADOR, SOLICITO REALIZAR CURATIVO
CLUSIVO E SUSPENDO CLEXANE

PACIENTE COM FRATURA COM CONTAMINAÇÃO GRAU 3, SUSPENDO CEFALOTINA E FAÇO OXACILINA 300
G/KG/DIA + AMICACINA 15 MG/KG/DIA E METRONIDAZOL 30 MG/KG/DIA

SOLICITO HEMOGRAMA, PCR, VSH E TPAE

CHAMAR MP APOS RESULTADO DOS EXAMES PARA AVALIAR SE RETORNA COM O CLEXANE

SEGUIR EM VIGILANCIA

ORIENTO GENITORA

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 21/10/2019 11:14:07

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102111140714200000051829167>

Número do documento: 19102111140714200000051829167

Num. 52668232 - Pág. 1

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico

Relatório de Evolução

Página 2 de 2

Emitido por: ROSEMERE NASCIMENTO DE CASTRO

Em 30/07/2019 11:44

Paciente: 1085014 - JOAO CAINAN SANTOS SOARES

Idade: 13 Anos 10 Meses 16 Dias

Data de Nascimento: 14/09/2005

Prestador Assistente: TARCISIO LYRA DE BRITO

Conselho / Número Cons.: CRM - null - 10591

Função: MEDICO(A)

RELATÓRIO DE EVOLUÇÃO

MARIA JOSENILDA DE FRANCA
CRM 9230

MVPEP - Sistema de Prontuário Eletrônico



Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 21/10/2019 11:14:07
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19102111140714200000051829167>
Número do documento: 19102111140714200000051829167

Num. 52668232 - Pág. 2



SES
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JOÃO CAINAN SANTOS SOARES

Reg: 1085014

Enf:

Leito:

DATA DE ENTRADA: 07/06/2019

DATA DE SAÍDA: 07/06/2019

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE COMPARECE AO SERVIÇO PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO,
RETIRADO SEM INTERCORRENCIAS. ENCAMINHO AO AMBULATORIO

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: JOELHO
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

Cr...

Janderson Carvalho
MÉDICO RESPONSÁVEL
CRM 27896-PE





HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

SIST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO que o Sr. João Calinan Santos
Santos

portador de Cartão Profissional N.º _____ Série _____

necessita de 60 (Sessenta) dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

a) Diagnóstico Fratura pura F

b) Tratamento Fixador externo

Deverá comparecer ao Ambulatório de:

Local _____ (marcação preferencial na fila, no dia anterior)

Recife 26/4/79
LOCALIDADE/DATA

Assinado eletronicamente por:
Ass. do Médico - CRM N.º _____

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.601 DE 14-09-67 E SERÁ EXPEDIDO
JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DE TRABALHO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: _____ 4 - Nome completo da vítima: **JOÃO CAINAN SANTOS SOARES**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

5 - Nome completo: **JOÃO CAINAN SANTOS SOARES** 6 - CPF: _____
7 - Profissão: **NÃO POSSUI** 8 - Endereço: **RUA ISABEL CORDEIRO FERREIRA** 9 - Número: **16** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **BELA VISTA** 12 - Cidade: **BELO JARDIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55151-110**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): **(81) 9569-0261**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: **DENILZA NASCIMENTO SANTOS** 19 - Profissão do Representante Legal: **NÃO POSSUI**
18 - CPF do Representante Legal: **050.383.714-85**
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0773** CONTA: **29376** 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Denilson dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

001 V002/2019