

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Maria Goreti Vieira de Souza, brasileiro(a), Estado Civil Solteira, Profissão: Cozinheira, RG: 5118 M39 Expedido: SOS /PE, CPF nº 043 968 944-90 residente e domiciliado na Rua da Quodra, nº 2 Bairro: Mirineung Cidade: Paulista /PE

Ok
PEN

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Salas 09/10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", 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 quitacão, 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, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 44 de Novembro de 2019.

Maria Goreti Vieira de Souza
Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Maria Gorete Vieira de Moura,
RG 5119739, CPF 04396894490,

Residente na Rua das Duas, Bairro Jurema,
Cidade Paulista, Estado de Pernambuco.

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito,
e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT,
para requerer a indenização a que tenho direito.

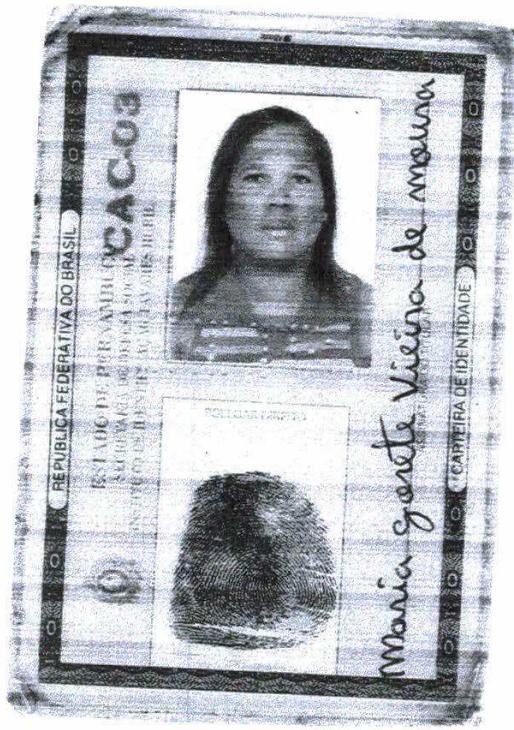
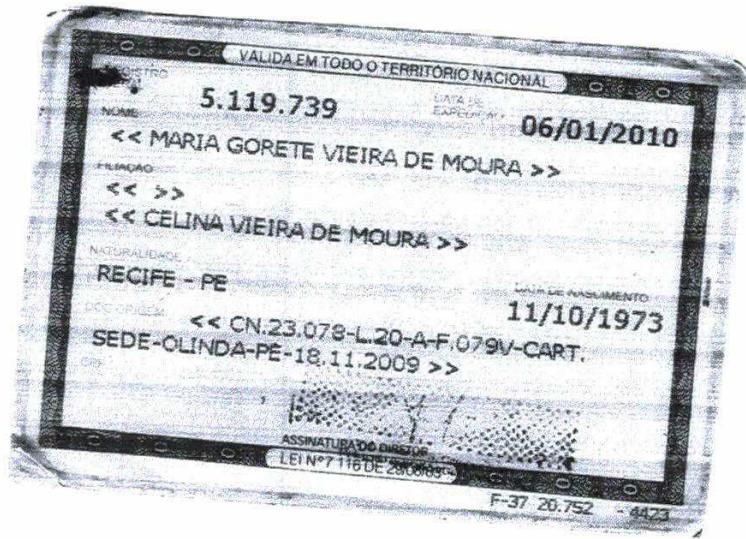
Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações
legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo,
portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 14 de Novembro de 2019

Maria Goreti Vieira de Moura

Assinatura do Declarante





Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 23/12/2019 11:33:28
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122311332805100000055016154>
Número do documento: 19122311332805100000055016154

Num. 55921618 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 23/12/2019 11:33:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122311332805100000055016154>
Número do documento: 19122311332805100000055016154

Num. 55921618 - Pág. 4



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, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

FERNANDA PATRICIA DE BARROS CALDAS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA DÀ QUADRA 2

CPF: 071.814.654-90 NIS: 16289676955

MIRUEIRA/NAVARRO
PAULISTA PE
53400-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
MonofásicoCONTA CONTRATO: 7010609695 MÊS ANO: 04/2018
DATA DE VENCIMENTO: 04/05/2018 DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA: 28/05/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 28,44Nº DA NOTA FISCAL: 014630398 SÉRIE: ÚNICA EMISSÃO: 26/04/2018
APRESENTAÇÃO: 26/04/2018 Nº DO CLIENTE: 2011578828 Nº DA INSTALAÇÃO: 2381040

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000.000	0,16909456	5,07
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	81.000.000	0,28987639	17,88
Contribuição Iluminação Pública			5,88

TOTAL DA FATURA: 28,44

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIADOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3121183500	CAT	27/03/2018 5 209,00	26/04/2018 5 300,00	30	1.000000		91,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Wh
ABR18	91
MAR18	238
FEV18	73
JAN18	50
DEZ17	44
NOV17	122
OUT17	112
SET17	68
AGO17	30
JUL17	40
JUN17	38
MAI17	30
ABR17	30

INFORMAÇÕES DE CÁLCULO

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
22,75	0,52	0,11
22,75	2,40	0,54

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 0,20	39,07%
Transporte	R\$ 0,03	4,03%
Distribuição (Celpe)	R\$ 7,58	33,76%
Perdas da Energia	R\$ 2,31	10,15%
Encargos Setoriais	R\$ 2,28	10,07%
Tributos	R\$ 0,68	2,88%
Total	R\$ 22,75	100%

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWhTARIFAS APLICADAS
0,16909456
0,28987639

FBE4 D02E 2607 E1ED 5B82 F855 311C 459F

INFORMAÇÕES INFORMATIVAS

Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.anatel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou o nível de fornecimento. Pago em aberto gera multa 250R\$ (214R\$ ANEEL). Até 1% da multa é revertida para a utilização monetária no prazo, mais restituição do ICMS conforme art. 5º, § 8º, II, art. 22, 2º do ICMS/PE. Descritas quaisquer aplicações da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02, R\$ 22,28. O cliente é compensado quando há descontamento do preço devidos para os padrões de atendimento comercial.

Não é permitido em 2017 e anos anteriores. Esta declaração não impede o cumprimento das obrigações do consumidor, as quais são definidas na legislação federal (art. 4º, Lei 12.973/2014) e estadual (Lei 13.073/2014), que determinam os direitos de participação nos resultados de serviços de energia elétrica, descontos judiciais e outras formas de cobrança, bem como a limitação do uso do serviço público.



CONJUNTO PARAFUSOS	VALOR AGRUPADO	LIMITE MÍNIMAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TIPO DE TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
CCC	2,59	4,95	9,81	19,82	220	-202 / +221
FIC	1,00	3,23	6,47	12,86		
EMC	2,59	2,77	0,00	0,00		

Límite DICR: 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 11,13



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 23/12/2019 11:33:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122311332805100000055016154>

Num. 55921618 - Pág. 5

Número do documento: 19122311332805100000055016154

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/04/2018 19:17

Nome Paciente:	MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	
Sexo:	Feminino
Idade:	44
Senha:	0361
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 17/04/2018 19:34 - 17/04/2018 19:35

TALITA PEREIRA DE MENEZES - COREN: 7347 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

TRAUMA EM MSE

Observação:

NG ALERGIA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: TALITA PEREIRA DE MENEZES - COREN: 7347 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/04/2018 19:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 23/12/2019 11:33:28
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122311332815500000055016155>
Número do documento: 19122311332815500000055016155

Num. 55921619 - Pág. 1

CONDU^{TO}

LINDA - C

Atendimento: 1282178

Data e Hora: 17/04/2018 19:39

Senha da Classificação:

0361

Paciente: 170819 MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA Sexo: FEMININO
 Nome Social:
 Data do Nascimento: 11/10/1973 Idade: 44 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
 Nome da Mãe: CELINA VIEIRA DE MOURA Nome do Pai:
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
 Endereço: RUA C-7 - 42 Bairro: MIRUEIRA
 Cidade/UF: PAULISTA PE Cep: 53405301 Usuário Atendimento: ALEXSANDRACA
 RG (Identidade): Data de Emissão:
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 88561034
 CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Dor Lombar (E) NO - 3 Ondas.

Exame Físico

TIR

Hipótese Diagnóstico

Doença (Osteoartrite E)
Fissuras nas articulações lombares +
+ lesões ósseas lombares +
Dorsal 2º/5º

Conduta Terapêutica

Cetofuroso - Dose ev 200 mg/dia
8/6SN

Prescrição Médica

LEONARDO de Oliveira Magalhães
Coronel Médico
CREMEPE - 9208
IDT: 070288323-9 MD

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

AFIP 5407752

Senha:

Carimbo Médico

LEONARDO de Oliveira Magalhães
Coronel Médico
CREMEPE - 9208
IDT: 070288323-9 MD

3057



1282178



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: 15

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

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocônicas () Anisocônicas () Midriase () Miose ()

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S() N()

Lesões Intra-Torácica: S() N() Fratura Pélvis: S() N()

Lesões Intra-abdominais: S() N() Fratura em Osso Longo: Fechada() Aberta()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou Álcool: S() N() Informante: Vítima () Outros ()

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

Usou outras drogas: S() N() informante: Vítima() Outros()

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

CONDUTA CLINICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

Antibioticoterapia: S() N() Especificar:

Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

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

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

Volume de Fluídos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Cel 2600 5407782 HMA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado:

Médico Regulador:

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

LEONARDO de Oliveira Medeiros

Coronel Médico

CREMEPE - 9208

MD

IDT: 076288323-9

Médico Assistente

Grava 10/19

Local e data

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/04/2018 01:55



Nome Paciente: MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA
Cód. Paciente: 114191
Data de Nascimento: 11/10/1973
Sexo: Feminino
Idade: 44
Senha: 0006
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 424898
SAME: 101344

Período: 18/04/2018 02:23 - 18/04/2018 02:24

POLLYANA MARQUES SAMPAIO DO MONTE - COREN: 010526 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PCT ENCAMINHADO D UPA OLINDA C LUXAÇÃO COTOVELO E + FRAT CABEÇA D RADIO
APOS ATROPELAMENTO AS 19 HS POR UMA MOTO

Observação: NEGA ALERGIAS, HAS E DM

rograma sintoma: TRAUMA

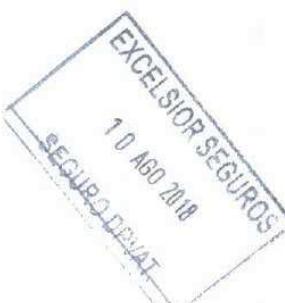
crimador(es): - DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 80.00 MMHG

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim | Não |
Local |
Enfermeiro |
Assinatura |

REVISADO
NEF-HMA



Acolhido(a) por: POLLYANA MARQUES SAMPAIO DO MONTE - COREN: 010526 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/04/2018 02:24

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 23/12/2019 11:33:28

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122311332815500000055016155>

Número do documento: 19122311332815500000055016155

Num. 55921619 - Pág. 4

Atendimento: 424898
Data e Hora: 18/04/2018 01:57

Senha da Classificação: **0006**

Paciente: 114191 MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA Sexo: FEMININO
Nome Social:
Data do Nascimento: 11/10/1973 Idade: 44 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe:: CELINA VIEIRA DE MOURA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: RUA PROFESSOR ANTONIO T -- 3 Bairro: MIRUEIRA
Cidade/UF: PAULISTA 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

Trauma na mão direita por mto tempo (3h) com dor no dedo médio e dor no cotovelo (R), foi encaminhado para um luxo de cotovelo E foi reduzida com手法暴力 e posteriormente manguito de gelo.

Exame Físico

Exame comprovando luxo de cotovelo e dedo médio. Rx de cotovelo (R) sem fratura.

Hipótese Diagnóstica

Luxo/cravado cotovelo (R)

Prescrição Médica

*Rx de luxo de cotovelo (R)
Ortopédico tempo +12h IV
Rx de luxo de cotovelo S.E. 0,9% IV*

*Dr. Renato Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 25.345*

*Rx sem luxo.
Entorpecimento + por 12h*

*Dr. Renato Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 25.345*

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha: _____

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	F.T. 425229 6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA	114191			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor	10.1 - Etnia
898000160031186	11/10/1973	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	04 - Amarela 0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
CELINA VIEIRA DE MOURA	8198660704			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
SANDRO				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
RUA PROFESSOR ANTONIO TEODOSIO FILHO, 3 - MIRUEIRA				

16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
PAULISTA	261070	PE	53405322

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
Paciente VITIMA DE ATROPELAMENTO PÓR MOTO HA +- 3 HORAS COM QUEIXA DE DÓR EM COTOVelo E APRESENTOU LUXAÇÃO DE COTOVelo QUE FOI TRATADA NA UPA

21 - Condições que justificam a internação	TRATAMENTO CIRÚRGICO		
--	----------------------	--	--

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EX FÍSICO + EX IMAGEM		
---	----------------------------------	--	--

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA CABEÇA RÁDIO E + LUXAÇÃO DE COTOVelo JA REDUZIDA	S597 552.1	W199 Y02.9	04.08.02.005.9

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA				0415020069

29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	1	(X) CNS () CPF	980016283407649
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação		
VALDECY HOLANDA CAVALCANTE FILHO	18/04/2018		
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)			
Dr. Valdecy Holanda Cavalcante Filho Ortopedia/ Traumatologia CRM PE 25.331 16176			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho Típico	(X) CNS	() CPF	
38 - () Acidente de Trabalho Trajetos			

45 - Vínculo com a Previdência	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado
() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado	

AUTORIZAÇÃO		47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
46 - Nome do Profissional Autorizado		E260000001	

48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
() CNS () CPF	

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
	D. Engenheiro Luis Otávio

AIH
261810158984-0

Código do Laudo: 424898



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **425229**

Usuário: **JULIANAPP**

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

DADOS DO PACIENTE

Paciente: MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA	Prontuário: 114191
Idade: 44a 6m 16d	Data de Nascimento: 11/10/1973
Profissão:	Estado Civil: SOLTEIRO
R.G.:	Escolaridade:
Endereço: RUA PROFESSOR ANTONIO TEODOSIO , 3	Telefone: - MIRUEIRA
Origem: INTERNACAO	CEP 53405322
Convênio: SUS - INTERNACAO	- PAULISTA - PE
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Dados da Internação
Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Data e Hora da Internação: 19/4/2018 01:58
Leito: VERD2-46	Plano: GERAL
Médico Internação: VALDECY HOLANDA CAVALCANTE FILHO	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: 03/05/18	R.G.:	C.P.F.:
E.ereço: CALDEVAN SOUSA	- Numero:	Estado civil :
Te.fone: Elanica	Cidade:	

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 29/04/18	Hora da Alta: _____
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: Bem andando	
Diagnóstico Principal.....: Enfase mantendo visto à mala	
Diagnóstico Secundário01.: _____	
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Procedimento.....: Anestesia local de agilus	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Julieta Moura Freire
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA REG:114191
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
18/4/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA # ADMISSÃO
3:00H	PACIENTE ENCAMINHADA DA UPA COM QUADRO DE LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO + FRATURA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO, COM LUXAÇÃO JÁ REDUZIDA. REFERE QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTO HÁ 3H NEGA VOMITOS E DESMAIO NO LOCAL DO ACIDENTE NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES
	EF : BEG , CONCIENTE , ORIENTADA , ECG =15 , EUPNEICA COTOVELO E : SEM FERIMENTO , DOR IMPORTANTE A MOBILIZAÇÃO DIFICULTANDO EX FISICO
	RX : COTOVELO REDUZIDO APÓS TROCA DE TALA FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO MAISON 4
	HD : FRATURA CABEÇA RÁDIO E
	CD : INTERNAMENTO + PRE OP
18/04/18	# SOT # HD : Fr. cabeça do Rádio ()
	Pek. estab. s/ operações no momento EEG, consciente, orientada, eupneica.
	MS: Tala axilar - palmar - NVC()

CD: Lab (18/04) : Hb - 12,3 / Ht = 37,6 / Pgt = 3M.000 / INR = 1,13

Ay. cirurgia

Manoel Oliveira Ferreira

CRMEF 24589

Dr. Renato Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 25.345
EXCELSIOR SEGUROS
10 ABR 2018
SEGURADORA





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina do Pernambuco
Paulo Freire e Joaquim Peixoto

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Moisés Górecki
CLÍNICA:

REG: 114191

LEITO:

DATA/HORA	
25/04/18	# SOT 11 HD: Fx cabeça do Rádio (E). Pete estável. s/ queixas no membro. EGB, consciente, orientada, eupneica. TSE: Talo axilar-palmar. NVC(+) CP: Lab (18/04): Hb = 12,3 / Ht = 37,6 / Pgt = 311.000 / INR = 1,13 Sul. TC normais Ag. Lf negativo sobre cirurgia.
26/04/18	# SOT 12 HD: As mesmas Pete estável. s/ queixas no membro EGB, consciente, orientada, eupneica TSE: Talo axilar-palmar. NVC(+) CP: Lab (18/04) : Ok Ag. urinária TC (25/04): Ok
28/04/18	fat paciente seu paciente no dia 16 por OP de artrodesis de subescote de rádio (E). ET: fôlego lento, sicc, seco CD: Alt, hipertensão retorno corr 15h25 493 bmin/lat

Filipe Guedes
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26582

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 49253
Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 114191
MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA
Convênio Atend.: 1
SUS - INTERNACAO
Leito : 745
VERD2-46
Dt. Início : 27/04/2018 18:00
Dt. Fim : 27/04/2018 18:15
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO
Cid Pré-Operatório : S521
FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO
Cid Pós-Operatório : S521

Atendimento : 425229
Carteira :
Idade : 44 Anos 16 Dias 18 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408020059 ARTROPLASTIA DE CABEÇA DO RÁDIO (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 74 BLOQUEIO DE NERVOS DE MMSS

Equipe Médica

RURGIAO 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA INTRA-ARTICULAR DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO
CIRURGIA: ARTROPLASTIA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR JEFFERSON CALUME
1º AUXILIO : DR. IVAN MARCIO
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL ESQUERDO
ANESTESISTA : DR. GENÉSIO

Descrição

- 1) PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB BLOQUEIO ANESTÉSICO
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 4) GARROTEAMENTO DE MSE;
- 5) REALIZADA INCISÃO NA FACE LATERAL DO COTOVELO E;
- 6) DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO E OBSERVA-SE FRATURA INTRA-ARTICULAR
OMINUTA
- 7) RESSECÇÃO DE FRAGMENTOS
- 8) ARTROPLASTIA DA CABEÇA DO RÁDIO COM PROTESE NUMERO 12, SENDO OBSERVADO AMPLITUDE TOTAL DO COTOVEL
EM INSTABILIDADE
- 9) LAVAGEM DA FERIDA COM SF 0,9 %;
- 10) APROXIMAÇÃO POR PLANOS COM VICRYL 2.0;
- 11) SUTURA COM MONONYLON 3-0;
- 12) CURATIVOS COM ENFAIXAMENTO + RETIRADO GARROTE E OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Jefferson Calume
Ortopedista / Traumatologista
Cirurgião de Mão
CRM : 18.757

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

FATURADO
03/05/18
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA



HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 425229

Dt Atendimento: 19/04/2018 - 01:58

Dt Alta: 28/04/2018 - 11:00

Paciente: 114191

MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 745 VERD2-46

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: MAYARAAM

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

MAYARA ALVES MENDES



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRÆS DE ALENCAR



Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 23/12/2019 11:33:28
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122311332815500000055016155>
Número do documento: 19122311332815500000055016155

Num. 55921619 - Pág. 11



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO

HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

IMIP
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA REG: 114191

IDADE: 44 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 18/4/2018 DATA DA ALTA 28/09/18
DIAGNÓSTICO: Inflamação intra-articular da cabeça do rádio Esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO:

Antrópodes da cabeça do rádio esquerdo

ORIENTAÇÃO:

O Altz hospitalar
Retorno ambulatorial com 15 dias
Anabolizante temporário domicílio

PROGRAMA APÓS ALTA:

Retorno com 15 dias

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Filipe Guedes
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26888

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0114005721**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2018** às **11:07**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/4/2018** às **19:10**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE FRAGOSO (BAIRRO), 1** - Bairro: **FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CELINA VIEIRA DE MOURA** Data de Nascimento: **11/10/1973** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5119739/SDS/PE (RG), 04396894490 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**
Telefones Celulares:
- **986607042**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MIRUEIRA (BAIRRO), 2, RUA DA QUADRA - CEP: 55000-000 - Bairro: MIRUEIRA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

NOTICIOU A SENHORA MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA QUE SE DIRIGIA PARA O TERMINAL INTEGRADO

19/07/2018 10:4



DA PE-15 ,DESCENDO A LADEIRA DA FACULDADE FUNESO, QUANDO UMA MOTO , CONDUZIDA POR UM DESCONHECIDO , SAIU DE DETRAS DE UM ÔNIBUS , E BATEU NELA . QUE NO CHÃO , FERIDA , FOI SOCORRIDA POR TRANSEUNTES QUE ESTAVAM NO LOCAL . QUE FOI COLOCADA NUM UBER E SOCORRIDA PARA A UPA DE OLINDA , POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES .

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

Maria Gorete Vieira de Moura

**MARIA GORETE VIEIRA DE MOURA
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **JEYMON RICARDO DAS NEVES** - Matrícula: **272953-9**



19/07/2018 10:48

Assinado eletronicamente por: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES - 23/12/2019 11:33:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19122311332831500000055016156>
Número do documento: 19122311332831500000055016156

Num. 55921620 - Pág. 2



(1)



Buscar no site



A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180369360 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA GORETI VIEIRA DE MOURA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO MARIA GORETI VIEIRA DE MOURA

CPF/CNPJ: 04396894490

Posição em 18-09-2018 10:35:39

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui (<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>) para continuar seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50