

INSTRUMENTO DE MANDATO

OUTORGANTE:

JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA, Brasileiro (a), Casado (a), Auxiliar de Produção, portador (a) da cédula de identidade nº 8 600 129 SDS/PE, inscrito (a) no CPF sob o nº 100 682 274-77 com endereço na Rua Sesquicentenário, Nº 144, Centro Ribeirão – Ribeirão/PE.

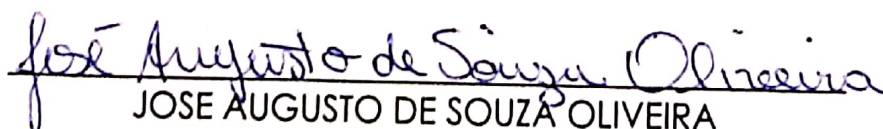
OUTORGADO:

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita regulamente na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

PODERES:

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

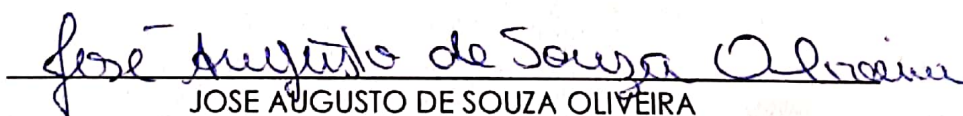
Olinda, 15 de Fevereiro de 2018.


JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

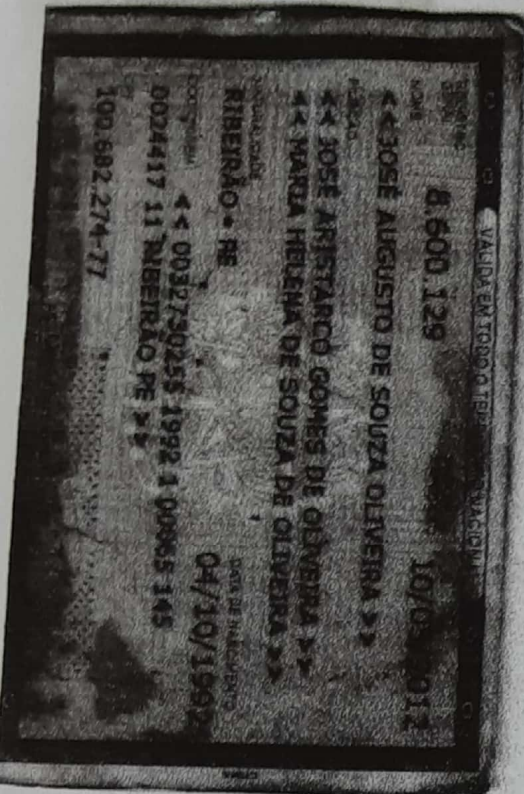
DECLARAÇÃO DE POBREZA

JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA, Brasileiro (a), Casado (a), Auxiliar de Produção, portador (a) da cédula de identidade nº 8 600 129 SDS/PE, inscrito (a) no CPF sob o nº 100 682 274-77 com endereço na Rua Sesquicentenário, Nº 144, Centro Ribeirão – Ribeirão/PE. De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Olinda, 15 de Fevereiro de 2018.


JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

José Augusto de Souza OLIVEIRA
ASSINATURA DO PORTADOR





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 071ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIBEIRÃO -
DP71ªCIRC DINTER1/13ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0161000791

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/06/2017** às
09:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 20/1/2017 às 17:16

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CABO DE SANTO AGOSTINHO
(MUNICIPIO), 01, BR-101, MERCÊS - Bairro: CENTRO - CABO DE SANTO
AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ISRAEL CAETANO DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
CRISTIANE MARIA DA SILVA (OUTRO)
JOSÉ AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA (VITIMA)
JOSÉ SEVERINO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ISRAEL CAETANO DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSÉ SEVERINO DA SILVA



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

**JOSÉ SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO
CARMO DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 11/10/1988 Naturalidade: ESCADA /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8380458/9DS/PE (RG), 00670216429 (CPF) Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: SERVENTE Telefones
Celulares:
- 987820008**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AMARAJI, 1 - CEP: 0 - Bairro: DEMARCAÇÃO -
AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSÉ AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA Pai: JOSÉ ARISTARCO GOMES
DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 4/10/1982 Naturalidade: RIBEIRÃO / PERNAMBUCO /
BRASIL Documentos: 8000129/9DS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU
COMPLETO Profissão: SERVENTE Telefones Celulares:
- 984282034**

Endereço Residencial: **RUA SESQUECENTENARIO, 144 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIBEIRAO/PERNAMBUCO/BRASIL**

CRISTIANE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

ISRAEL CAETANO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

HONDA/NXR150 BROS ESD (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CRISTIANE MARIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ SEVERINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **POR1128** (PERNAMBUCO/RIBEIRAO) Renavam: **527756278** Chassi: **9C2KD0640DR155781**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

FIAT/UNO MILLE ECONOMY (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ISRAEL CAETANO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ISRAEL CAETANO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHV0950** (PERNAMBUCO/CABO DE SANTO AGOSTINHO) Renavam: **990325237** Chassi: **9BD15822A98205005**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE SEVERINO INFORMOU VINHA PILOTANDO SUA MOTO QUANDO O AUTOMÓVEL, ACIMA DESCRITO, O QUAL ERA CONDUZIDO PELO SENHOR ISRAEL, BATEU NA TRASEIRA DA MOTO DERRUBANDO O SENHOR JOSÉ SEVERINO E O SENHOR JOSÉ AUGUSTO QUE OCUPAVA GARUPA DA MOTOCICLETA. DE ACORDO COM FICHA HOSPITALAR APRESENTADA O SENHOR JOSE AUGUSTO DEU ENTRADA NO HOSPITAL DON HELDER EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, TENDO SOFRIDO FRATURA NA TÍBIA E FÍBULA, DA PERNA ESQUERDA SEM OUTROS FERIMENTOS PELO CORPO (ARRANHÕES E CONTUSÕES), JÁ O SENHOR JOSE CÍCERO INFORMA QUE SOFREU APENAS ESCORIAÇÕES. AS VÍTIMAS INFORMAM A POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL ESTEVE NO LOCAL CONFORME OCORRÊNCIA N° 17099552801. ESTE REGISTRO É FEITO NESTA CIDADE EM FACE DA VÍTIMA, SENHOR JOSE AUGUSTO, NELA RESIDIR, E, MEDIANTE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO REFERENTE À SUA ENTRADA HOSPITALAR.

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

JOSÉ SEVERINO DA SILVA
(VÍTIMA)

JOSÉ AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **VALTER HENRIQUE DO CARMO SILVA** - Matrícula: **319741-7**



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 355278 Data e Hora do Atendimento: 21/01/2017 00:09
Usuário do Atendimento: NEICYCCO Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA Prontuário: 24965
Nome da Mãe: MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA ✓ Nome do Pai: AURELIANO LEAO DE RAUJO
Data do Nascimento: 04/10/1992 ✓ Idade: 24 anos Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 9053442 SDS PE Data Emissão: 03/08/2017
CPF: Certidão de Nascimento: Data Emissão:
Naturalidade: PALMARES Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) INCOMPLETO
Carteira Nacional SUS: 898000534112775 Ocupação Habitual: ESTUDANTE
Endereço: RUA LAURO PAIVA 296 CENTRO Fone: 988495913
Cidade: PALMARES PE CEP: 55540000

90790
Paulo Camelo
CPF: 030.039.004-53
CREMEPE 3035

DADOS DO ATENDIMENTO

Profissão: BOMBEIRO
Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726
Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA Leito: LEITO 10

HDH - Hospital Dom Helder Camara
Aba Paula Souza
Faturamento / SAME
Em: 30 JAN. 2017

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.

Santo Agostinho, 21/01/2017

Assinatura e R.G. do Responsável: _____

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: _____
Diagnóstico: _____
Procedimento: _____
Data em: ____/____/____ Hora: _____
Médico e C.R.M.: _____
Responsável pela retirada do paciente - Nome: _____
Assinatura e R.G.: _____

Aviso de Cirurgia : 29743

Paciente : 21203

Convênio Atend. : 1

Leito : 623

Dt. Início : 21/01/2017 11:02

LEITO 10

Dt. Fim : 21/01/2017 11:52

id Pré-Operatório :

id Pós-Operatório :

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala : 0002 SALA 02

JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

SUS - INTERNACAO

Atendimento : 355278

Carteira :

Idade : 24 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

ANESTESISTA

16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO

5083 GRACA MARIZA COUTO RIBEIRO PESSOA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA
CIRURGIA PROPOSTA: OSTEOSINTESE COM HIM DE TIBIA
CIRURGIAO: MARCELO MACHADO
ANESTESISTA: GRAÇA

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. LAVAGEM DO MIE COM PVPI DEGERMANTE E SF0,9 %
3. ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO MEDIANA JOELHO ESQUERDO
5. PASSAGEM DE FRESA , COLOCAÇÃO DE FIO GUIA , FRESAGEM DE CANAL MEDULAR
6. COLOCAÇÃO DE HASTE MEDULAR NUMERO 38 SOB FLUOSCOPIA
7. BLOQUEIOS DISTAIS A MÃO LIVRE SOB CONTROLE FLUOROSCÓPICO COM DOIS PARAFUSOS DISTAIS
8. BLOQUEIO PROXIMAL COM UM PARAFUSO PROXIMAL DINAMICO
9. LAVAGEM COM SF 0,9 %
10. SUTURA TENDÃO PATELAR , SUBCUTANEO E PELE
11. SUTURA DE PELE
12. CURATIVO

HGH - Hospital Dom Helder Câmara
Ant. Paula Souza
Faturamento / SAME
Em: _____

31 JAN. 2017

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr Marcelo Machado
Ortopedia/Traumatologia
CRM 16548

DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM : 16548



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: _____

Registro: _____

Clínica: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

90790

Paulo Camelo
CPF: 030.039.064-53
CREMEPE 3035

Data/Hora	
21/01/14 - 14h	Exame físico, orientado, inspeção geral, V.D., P.O. e L.D. e inspeção pontual. Segue na cuidados de enfermagem. Admitido a noite na 2ª sala da enfermaria
	AP
21/01/14 - 17h	Exame físico em PRG, em posição e orientado. Alcool exame, normal. P.O. (T) em PRG, V.D. HAS, P.O. e L.D. Alcool. STAZ
21/01/14 - 18h	Paciente admitido na 2ª. Consultado, orientado e inspeção pontual. V.D., P.O. e L.D. e inspeção pontual. Segue na cuidados de enfermagem. Admitido a noite, D.T. e A.T. L.D. e seg. em cuidados.
	Lúdy Mary Pereira Sampaio de Souza Enfermeira CORENPE 402.283
22/01	Paciente inspecionado em PRG, orientado inspeção geral, V.D. e inspeção pontual Alcool em cuidados

EVOLUÇÃO CLÍNICA

no: _____ Registro: _____
Inica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

23/01/12

Ortopedia

Pt. evoluindo bem físico e sem queixas
PO: limpa e seca, 1/1 flops
CP: Mantida + curando ferida de TC

[Handwritten signature]

ATENDIMENTO NUTRICIONAL
DATA 21/01/12 HORA 12h

NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL

Sr. Carlos E. Bezerra

NUTRICIONISTA

CP-15-3380/12

Paciente em uso de medicação de
uso comum.
Alim. em acompanhamento
nutricional

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/01/2017 18:32

Nome Paciente:	JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA
Cód. Paciente:	24395 90790
Data de Nascimento:	04/10/1992
Sexo:	Masculino
Idade:	24
Senha:	0073
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	355237
SAME:	24395

Paulo Camargo
CPF: 030.039.000-00
CREMEPE 303

Período: 20/01/2017 18:42 - 20/01/2017 18:42

JOYCE DA SILVA MENDES - COREN: 009892 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS, VITIMA DE COLISÃO CARROX MOTO, APRESNETANDO ESCORIAÇÕES E POSSIVEL FRATURA DE MSE, NEGA ALERGIAS, HAS E DM

Fluxograma sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alimento: 355237

Data e Hora: 20/01/2017 18:34

Senha da Classificação:

0073

Paciente: ~~22396~~ JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 04/10/1992 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG
 Nome da Mãe: MARIA HELENA DE SOUZA DE OLIVEIRA Nome do Pai: AURELIANO LEAO DE RAUJO
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: JULIO TADEU ARRAES DA CUNHA SOUZA CRM: 13722
 Endereço: RUA LAUROP PAIVA -- SANTA LUZIA 296 Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: PALMARES PE Usuário Atendimento: ANDERSONFMS
 RG (Identidade): 9053442 SDS PE Data de Emissão: 03/08/2010 Fone: 8187887571
 CPF (Cadastro de Pessoa Física):
 Cartão SUS: 898000534112775 TAG 222224 Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Queixa Principal

Perda de peso de aproximadamente 10kg em 3 meses.

Exame Físico

Adenoide

Hipótese Diagnóstica

Infecção das Amígdalas (F)

Conduta Terapêutica

Prescrição Médica

Tratamento com antibiótico (F)
 500mg 100mg + 100mg
 500mg 100mg + 100mg

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
 Otorrinolaringologista
 CRM 13722

Carimbo/Médico

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
 Otorrinolaringologista
 CRM 13722

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE:
 LEITO DO PACIENTE:

Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: JOSE AUGUSTO DE SOUZA OLIVEIRA

REGISTRO: 24395 | **24** | **DATA ADMISSÃO: 20/01/2017** | **DATA ALTA: 24/01/2017**

1) Diagnósticos Definidos:

FRATURA TIBIA E FIBULA-E

2) Conduta/ Procedimentos Realizados:

SINTESE COM TIBIA E FIBULA-E

3) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

4) Informações Complementares:

- 1) MANTER MEMBRO ELEVADO DURANTE REPOUSO
- 2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO JOELHO , QUADRIL E TORNOZELO
- 3) DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS AXILARES (CARGA LIVRE SOBRE O MEMBRO OPERADO
- 4) PISAR COM O MEMBRO OPERADO
- 5) RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS
- 6) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X)
Não ()

Data da Consulta: 01/02/2017

Encaixe no Ambulatorio de ortopedia [Gerente]

08:00

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

**Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.**