

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE LICENCIAMENTO
CENTRO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

VALIDAR TODA
O TITULO NACIONAL
1928405995

PROIBIDO PLASTIFICAR
1928405995

NOME
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
7155835 SDS PE

CPF
062.711.184-02

DATA NASCIMENTO
21/05/1987

FILIAÇÃO
JOAO FERREIRA JUSTINO
MARIA DO SOCORRO ALVES
DE SOUSA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
2

IP REGISTRO
06226556968

VALIDADEZ
11/08/2024

1ª REGISTRAÇÃO
10/11/2014

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
12/09/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

31155011923
PE094636737

PERNAMBUCO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015103620700
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 590878220 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2020

NOME
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

OLINDA-PE 0

CPF / CNPJ
062.711.184-02

PLACA
PGQ6359

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI
9C2KD0540ER009082

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL
ALCO / GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / NXR150 BRO3 ESD

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CAP. / POT. / CIL. 2P / 149CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
IPVA 2020 QUITADO

VENÇ. COTA ÚNICA
1ª *****

VENÇ. COTAS
2ª *****
3ª *****

PREMIO TARPÁRIO (R\$) 8.10 IOF (R\$) 0.05 PREMIO TOTAL (R\$) 12.30 DATA DE PAGAMENTO 09/01/20

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

OLINDA *Roberto Carlos Moreira Fontelle* DATA 13/01/20

Roberto Carlos Moreira Fontelle
DIRETOR PREZ



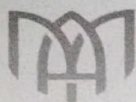


AD 99617693



GTC RECIFE PE PL2
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
RUA STA RITA 411 CA
JARDIM FRAGOSO
53060-535 - OLINDA - PE





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SILVAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
_____, brasileiro (a), profissão: MOTOBOLA, carteira de identidade/RG nº
7.155.835 SDS /PE, inscrito (a) no CPF sob o nº
062.711.184-02, residente e domiciliado (a) na
RUA SANTA RITA, 411 CA. JARDIM FAZENDO, OLINDA., CEP:
53.060-535
e-mail: _____, Telefone/Whatsapp: _____

OUTORGADOS: **RODRIGO ALVES DIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351 e **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 53.167. Ambos com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Sala 102, Recife – PE, CEP 50750-630

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere aos outorgados amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive requerer os benefícios da justiça gratuita em favor do seu constituinte, realizar acompanhamento também na esfera administrativa, quando necessário podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

SILVAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará aos advogados contratados, **honorários advocatícios no percentual de 30% (trinta) por cento** sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **RETER** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

OLINDA, 31 de AGOSTO de 2020.

SILVAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

CONTRATANTE

Empresarial da Ilha – Rua Helena de Lemos, nº 330, sala 102, Ilha do Retiro, Recife – PE, CEP: 50.750-630
Contato(s): 81 3222 2062 – 81 99234 1478 – 81 99608 9260

AG





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE:

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO, brasileiro
(a), profissão: MOTOBOLA, carteira de identidade/RG nº 7.155.835
SDS /PE, inscrito (a) no CPF sob o nº 062.711.184-02, residente e
domiciliado (a) na
RUA SANTA RITA, 411, CASA SARDIM FALGOSO, OLINDA, CEP:

_____, Declaro sob as penas da lei que não tenho condições de arcar com
custas processuais, bem como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e
de minha família, para tanto requero os benefícios da assistência judiciária gratuita nos
termos da lei 1060/50.

OLINDA, 31 de AGOSTO de 2020.

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

OUTORGANTE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0114001245**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/02/2020** às **10:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2019** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PAN NORDESTINA, 01** - Bairro: **FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53140-080**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

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

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA** Data de Nascimento: **21/5/1987** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7155835/SDS/PE (RG), 06271118402 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTOBOY** Telefones Celulares: **- 85191044**

Endereço Residencial: **RUA SANTA RITA, 411 - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

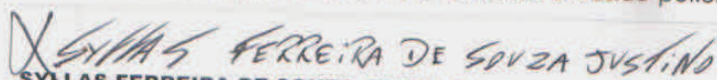


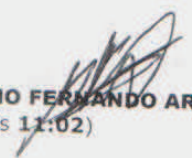
Placa: **PGQ6359** (PERNAMBUCO/OLINDA)
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA CONDUZIA SUA MOTO E UM AUTOMOVEL DE PLACA E CONDUTOR NAO IDENTIFICADO INVADIU A FAIXA DE TRANSITO POR ONDE TRAFEGAVA FAZENDO-O PERDER O EQUILIBRIO E CAIR COM A MOTO PISTA DE ROLAMENTO DA VIA . O NOTICIANTE DECLAROU QUE POPULARES O SOCORRERAM PARA UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFIDO PARA O MIGUEL ARRAES VOLTOU A UPA DE OLINDA E DE LA FORA TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA DE MISERICORDIA.

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


SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
(VITIMA)


B.O. registrado por: **MAURÍCIO FERNANDO ARAÚJO DA SILVA** - Matrícula: **152497-6**
(Liberado em **07/02/2020** às **11:02**)



Atendimento: 1524411

Data e Hora: 17/09/2019

20:26

FATURADO

Senha da Classificação:

0354

Paciente: 352134

SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/05/1987

Idade: 32 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUZA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: SANTA RITA

411

Bairro: FRAGOSO

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53060535

Usuário Atendimento: ERIKATF

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

3222 2222

Fone: 85191044

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 20:28

Queixa Principal:

1 dor no D + M + L + C + A + D +
12: 40 minutos

Exame Físico

Exame físico: Dor no D + M + L + C + A + D +
12: 40 minutos

Hipótese Diagnóstico

Hipótese Diagnóstico: Dor no D + M + L + C + A + D +
12: 40 minutos

Conduta Terapêutica

Conduta Terapêutica: Dor no D + M + L + C + A + D +
12: 40 minutos

Prescrição Médica

Prescrição Médica: Dor no D + M + L + C + A + D +
12: 40 minutos

Destino:

() Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Transferido:

Para:

Carimbo/Médico

LEONARDO de Oliveira Medeiros
Coronel Médico
CREMEPE - 9208
12: 40 minutos

Senha:



1524411

Gésika Assunção
Nutricionista
CRN6 10715

IMOBILIZAÇÃO

UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/09/2019 20:16

	Nome Paciente:	SILAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	32
	Senha:	0354
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

Período: 17/09/2019 20:21 - 17/09/2019 20:21

EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGÊNCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: RELATA TRAUMA EM MAO D APOS ACIDENTE DE MOTO

Observação: ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es):
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO
- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: EVELIN DAIANE DE FREITAS - COREN: 535601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/09/2019 20:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/09/2019 23:43

	Nome Paciente:	SAME: 116174		
	Cód. Paciente:			
	Data de Nascimento:	Paciente	SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTNO	
	Sexo:	Nome Social		
	Idade:	Dt Nascimento	21/05/1987	Registro : 129511
	Senha:	Mãe	MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA	
	Convênio:	Pai		
Atendimento:	Endereço	RUA SANTA RITA	Nº 411	
	Bairro	FRAGOSO		
	Cidade	OLINDA		

Período: 18/09/2019 00:11 - 18/09/2019 00:16

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	NAO URGENTE - VERDE
Cor:	☐ VERDE
Queixa Principal:	PACIENTE REFERE DOR EM MSD CLAVICULA E MÃO D AMESMA C/ LESÃO JÁ SUTURADA
Medicamento(s):	NEGA FAZER USO DE MEDICAÇÃO DIARIAMENTE /NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / AVE / CARDIOPATIA / ASMA
Observação:	PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA C/ SENHA 5773707/NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / AVE / CARDIOPATIA / ASMA . PACIENTE EM AR AMBIENTE NORMOCORADO C/ QUEIXAS DE DOR EM MSD E MÃO APÓS QUEDA DE MOTO , NEGA VÔMITO E OU DESMAIO .
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- DOR LEVE (1-3/10) - SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- SACR - REGUA DE DOR: 2 - SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15 - FREQUENCIA CARDIACA: 74.00 BPM - FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM - GLICOSE: 101.00 MG/DL - P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG - P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG - SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 % - TEMPERATURA(C): 36.90 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

REVISADO
NEPI-HMA

ATURADO
FELIPE MARQUES

Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2019 00:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: THIAGO FELIPE DIAS DE MELO - 31/08/2020 14:14:51

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20083114145138600000065950584>

Número do documento: 20083114145138600000065950584

Num. 67231065 - Pág. 3



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 495621

Senha da Classificação:

0048

Data e Hora: 18/09/2019 00:25

Paciente: 129511 SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTNO Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 21/05/1987 Idade: 32 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: RUA SANTA RITA -- 411 Bairro: FRAGOSO
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Queixa principal de dor no membro inferior direito, iniciada há alguns dias, com caráter de dor tipo "corte", piora com o movimento de flexão e extensão do joelho, sem trauma aparente.

Exame Físico

Exame físico sem alterações significativas. Membros inferiores com leve edema, sem sinais de trombose venosa profunda.

Hipótese Diagnóstico

Lesão ligamentar no joelho direito.

Prescrição Médica

Prescrição de analgésico para controle da dor, com uso conforme necessidade. Encaminhado ao setor de ortopedia para avaliação e tratamento definitivo.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



EXAME REUROLÓGICO		
Avaliação Primária: Alerta ☒ Resposta Verbal () Resposta ao Estimulo 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 Estimulo Doloroso	5	
Retirada ao Estimulo Doloroso	4	
Descorticação	3	
Descerebração	2	
Sem resposta motora	1	
TOTAL DE PONTOS ECG: <u>15</u>		
Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial () Dificuldade na fala () Avaliação Pupilar: Isocóricas ☒ Anisocóricas () Midríase () 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 CLÍNICA/EVOLUÇÃO		
Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()		
Imobilização Tala Gessada: S ☒ N ()		
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____		
Oxigenioterapia: 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 Fluidos: S () N () Especificar: _____		
Volume de Fluidos Infundido: _____		
Outras Condutas: _____		
Intercorrências: _____		
MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA		
<u>Curativo</u>		
5773707		
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO		
Hospital para onde foi encaminhado: _____		
Médico Regulador: _____		
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ☒ Hora: <u>2240</u>		
<u>Ons 17/09/19</u> Local e data		
LEONARDO de Oliveira Medeiros Coronel Médico CRM: 9208 IDT: 019		



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 495621 Prontuário: 129511 SAME: 116174 Hora Atend: 00:25 Data Atend: 18/09/2019
Paciente..... : SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTNO Idade: 32 a
Endereço..... : RUA SANTA RITA
Bairro..... : FRAGOSO
Cidade..... : OLINDA UF.: PE CEP: 53060535
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS CONSULTA
Data Saída..... : 18/09/2019 Hora Saída : 07:20

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





DECLARAÇÃO

- Declaramos para os devidos fins, que o paciente **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO**, prontuário nº 1187080, admitido neste hospital em 19/09/2019 com diagnóstico de Fratura luxação acrômio clavicular direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 25/09/2019.

Recife, 29 de Outubro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
GRUPE - 13434

Dr^a Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabuqá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE					
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXISTENTE					
HSA					
Identificação do Paciente					
3 - NOME DO PACIENTE					
SILVAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO					
4 - DATA DE NASCIMENTO					
5 - SEXO					
6 - FOLHA					
7 - CATEGORIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)					
8 - NOME DO PAI					
9 - NOME DO RESPONSÁVEL					
10 - ENDEREÇO (CASA, Nº, BAIRRO)					
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA					
12 - CID - REG. MUNICIPAL					
13 - CEP					
14 - TELEFONE DE CONTATO					
15 - TELEFONE DE CONTATO					
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: ANTERIOR					
22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR					
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: MUDANÇA					
24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA					
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
26 - CID - INICIAL					
27 - CID - SECUNDÁRIO					
28 - CID - TERCIÁRIO ASSOCIADO					
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL					
30 - COD. DO PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL					
31 - SOLICITAÇÃO DE LAUDAÇÃO DE LAUDAÇÃO DE LAUDAÇÃO					
32 - DATA DE LAUDAÇÃO					
33 - DATA DE LAUDAÇÃO					
34 - DATA DE LAUDAÇÃO					
35 - DATA DE LAUDAÇÃO					
36 - DATA DE LAUDAÇÃO					
37 - DATA DE LAUDAÇÃO					
38 - DATA DE LAUDAÇÃO					
39 - DATA DE LAUDAÇÃO					
40 - DATA DE LAUDAÇÃO					
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO					
Paciente admitido com luxação acromioclavicular, tendo sido submetido a procedimento cirúrgico, sem sucesso clínico.					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
43 - DOCUMENTO					
44 - DOCUMENTO					
45 - DOCUMENTO					
46 - DOCUMENTO					
47 - DOCUMENTO					
48 - DOCUMENTO					
49 - DOCUMENTO					
50 - DOCUMENTO					
51 - DOCUMENTO					
52 - DOCUMENTO					
53 - DOCUMENTO					
54 - DOCUMENTO					
55 - DOCUMENTO					
56 - DOCUMENTO					
57 - DOCUMENTO					
58 - DOCUMENTO					
59 - DOCUMENTO					
60 - DOCUMENTO					
61 - DOCUMENTO					
62 - DOCUMENTO					
63 - DOCUMENTO					
64 - DOCUMENTO					
65 - DOCUMENTO					
66 - DOCUMENTO					
67 - DOCUMENTO					
68 - DOCUMENTO					
69 - DOCUMENTO					
70 - DOCUMENTO					
71 - DOCUMENTO					
72 - DOCUMENTO					
73 - DOCUMENTO					
74 - DOCUMENTO					
75 - DOCUMENTO					
76 - DOCUMENTO					
77 - DOCUMENTO					
78 - DOCUMENTO					
79 - DOCUMENTO					
80 - DOCUMENTO					
81 - DOCUMENTO					
82 - DOCUMENTO					
83 - DOCUMENTO					
84 - DOCUMENTO					
85 - DOCUMENTO					
86 - DOCUMENTO					
87 - DOCUMENTO					
88 - DOCUMENTO					
89 - DOCUMENTO					
90 - DOCUMENTO					
91 - DOCUMENTO					
92 - DOCUMENTO					
93 - DOCUMENTO					
94 - DOCUMENTO					
95 - DOCUMENTO					
96 - DOCUMENTO					
97 - DOCUMENTO					
98 - DOCUMENTO					
99 - DOCUMENTO					
100 - DOCUMENTO					





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:661049 Prontuário:1187080 Data de Nascimento:21/05/87 Idade:32 ANO(S)
Nome do Paciente:**SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DO SOCORROALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S431 - LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular (COD: 040801018-5) + Tenomiotomia (COD: 040806046-8) + Neurólise (COD: 040302007-7) + Tenomiorrafia (COD: 040806045-0) CÓDIGO: 040801018-5
040806046-8
040302007-7
040806045-0

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

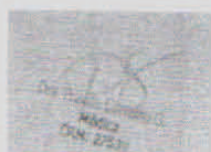
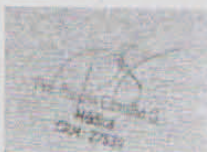
PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular (COD: 040801018-5) + Tenomiotomia (COD: 040806046-8) + Neurólise (COD: 040302007-7) + Tenomiorrafia (COD: 040806045-0)

CÓDIGO:040801018-5
040806046-8
040302007-7
040806045-0

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:ALVAO COSTA	19793
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:BLOQUEIO DE PLEXO	
5	ANESTESISTA	:MAURO CASADO	2161
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

RESUMO DE CASO: OPERADO SEM INTERCORRENCIAS





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:661049 Prontuário:1187080 Data de Nascimento:21/05/87 Idade:32 ANO(S)

Nome do Paciente:**SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:MARIA DO SOCORROALVES DE SOUSA

CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

MOTIVO DA ALTA
MELHORADO

Dr. PRISCILLA DE CARVALHO GRECH
CRM: 27539





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 661049 Prontuário: 1187080 Data de Nascimento: 21/05/87 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife: 24/09/2019 - 14:49

Diagnóstico pré-operatório: Luxação acrômioclavicular D

Diagnóstico pós-operatório: Luxação acrômioclavicular D

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de luxação acrômioclavicular (COD: 040801018-5) + Tenomiotomia (COD: 040806046-8) + Neurólise (COD: 040302007-7) + Tenomiorrafia (COD: 040806045-0)

Cirurgião: Álvaro Da Costa Lima

Anestesista: Bloqueio de plexo

Anestesia: Mauro

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirúrgicos
- 4) Realizado incisão em tipo "golpe de sabre" do ombro. Dissecção por planos e hemostasia. Tenomiotomia de trapézio e peitoral maior. Identificado o foco de luxação. Neurólise de nervo supraclavicular. Realizado a redução da luxação e fixação com 01 âncora em base de processo coracóide (carregada com 2 fios de ethibond), e fixação de articulação acromioclavicular com 01 fio de kirschner, com sutura de ligamento acromio-clavicular superior. Tenomiorrafia de músculo peitoral maior.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo

MEDICO: Dr. ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA
CRM: 19793

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA. CRM: 19793. Data e Hora: 24/09/2019 14:50:33.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 661049 Prontuário: 1187080 Data de Nascimento: 21/05/87 Idade: 32 ANO(S)
Nome do Paciente: **SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO ALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA. CRM: 19793. Data e Hora: 24/09/2019 14:50:33.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:661049 Prontuário:1187080 Data de Nascimento:21/05/87 Idade:32 ANO(S)
Nome do Paciente:**SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:MARIA DO SOCORROALVES DE SOUSA
CPF: 06271118402

Data: 24/09/2019

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALVARO GONCALVES DA COSTA LIMA, CRM: 19793, Data e Hora: 24/09/2019 14:50:33.



SINISTRO 3200073526 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MLB

CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO SYLLAS FERREIRA DE SOUZA JUSTINO

CPF/CNPJ: 06271118402

Posição em 31-08-2020 13:33:38

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/02/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Chat

