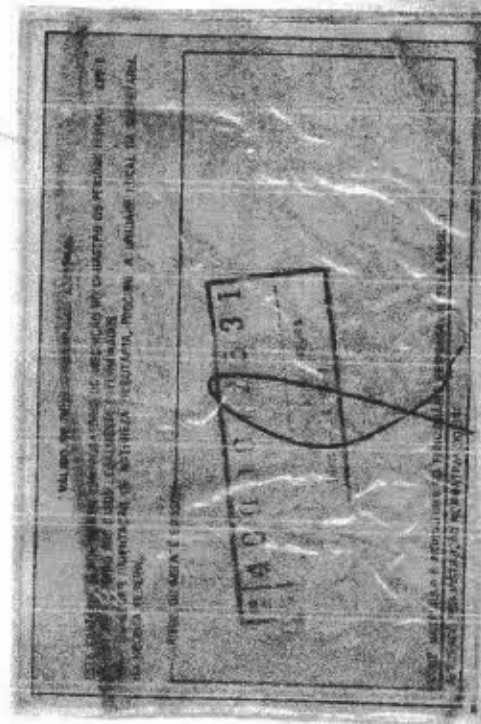
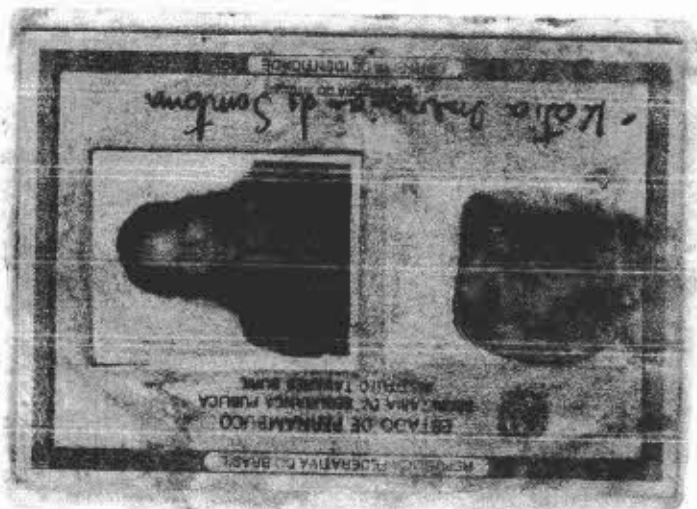




TIM



CTO RECIFE PE PL2
KATIA MESSIAS DE SANTANA
LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO 00 ND
BREJO DA GUABIRABA
52291-655 - RECIFE - PE



TK ONLINE TIM
o o Cima Online TIM. Ela é instica
ita através do Meu TIM, você
onde sua conta estiver disponível e
mento.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE/CONTRATANTE: KÁTIA MESSIAS DA SANTANA,

brasileiro, estado civil: SOLTEIRA, profissão: AUTÔNOMA

portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 4.202.883 - _____, inscrito no

CPF/MF sob o n.º 767.342.285 - 72, residente e domiciliado

LOTEAMENTO JARDIM ELISABETH, n.º ND,

bairro: BREJO DA GUABIRABA na Cidade de RECIFE,

Estado de Pernambuco.

OUTORGADO/CONTRATADO: **ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 39.668, com endereço profissional na Rua Arquiteto Luiz Nunes, 741, imbiribeira, Recife-PE.

PODERES

O outorgante outorga ao outorgado amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicia et extra*, especialmente visando defender direitos do outorgante, podendo ainda propor ação, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, **negociar e transigir**, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber e levantar e quitar alvará judicial, firmar compromisso, produzir provas, enfim, todos os atos necessários que visem à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes. Ratifica ainda a procuração anteriormente outorgada e já juntada aos autos.

Kátia Messias da Santana
OUTORGANTE

CONTRATO DE HONORÁRIOS

A **OUTORGANTE/CONTRATANTE** pagará, a título de honorários advocatícios contratados, ao outorgado/contratado 30% (trinta por cento) do valor bruto em real (R\$) que receberá em decorrência do processo distribuído e patrocinado pelo contratado, seja em caso de condenação, seja em caso de acordo. O outorgante/contratante autoriza ainda que a secretaria do Juízo retenha em favor do outorgado/contratado os 30% (trinta por cento) acordado, quantia esta que poderá ser liberada através de alvará em favor do outorgado. Os honorários aqui contratados independem dos honorários de sucumbências.

Recife, 12 de JUNHO de 18.

Abraão Firmino do Nascimento
CONTRATANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, KÁTIA MESSIAS DA SANTANA,
brasileiro (a), solteiro(a), inscrito (a) no CPF/MF nº 767.342.285-72,
residente e domiciliado (a) à Endereço com 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 requeiro os benefícios da assistência judiciária
Gratuita nos termos da lei 1060/50.

RECIFE, 12 de JUNHO de 18.

Kátia messias de Santana

- RG





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127001180**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/02/2018** às **15:00**

Complementa o BO Número: **18E0127001179**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **10/9/2017** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE VILA DA FABRICA (BAIRRO), 1, PROXIMO AO GUARANI -**
Bairro: **VILA DA FABRICA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE PETRONILO DONATO (VITIMA)
KARIA MESSIAS DE SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE PETRONILO DONATO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ZULMIRZ SOARES DOS SANTOS Data de Nascimento: **26/4/1961** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE BREJO DA GUABIRABA (BAIRRO), 1, RUA JARDIM ELDORADO SN - CEP: 55000-000 - Bairro: BREJO DA GUABIRABA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

KARIA MESSIAS DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA JOSE DE LIMA Data de Nascimento: **7/9/1966** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE PETRONILO DONATO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE PETRONILO DONATO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFG3066 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Chassi: **9C2KC1670CR419874**



Complemento / Observação

INDORMA QUE TRAFEGAVA PELA VIA QUANDO FOI ATINGIDO POR UM CARRO DE PLACA NÃO AOTADA QUE EVADIU-SE DO LOCAL TENDO SUA ESPOSA KATIA QUE VIAJAVA NA GARUPA SOFRIDO TRAUMAS CONFORME ATENDIMENTO DA UPA CAXANGA 1064820 DATADO DE 10/09/2017, PELO EXPOSTO COMUNICA O FATO,

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

Jose Petronilo Donato

JOSE PETRONILO DONATO

(VITIMA)

Katia Messias de Santana

KARIA MESSIAS DE SANTANA

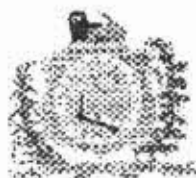
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE PEREIRA DE SOUZA** - Matrícula: **3811085**

[Handwritten signature of Edvaldo Jose Pereira de Souza]



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idU...>

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE -
DP37ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0127001179

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/02/2018** às
11:33

Complementado pelo BO Número: 18E0127001180

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)
que aconteceu no dia **9/9/2017** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE VILA DA FABRICA (BAIRRO), 1,
PROXIMO AD GUARANI - Bairro: VILA DA FABRICA -
CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JOSE PETRONILO DONATO (VITIMA)
KARIA MESSIAS DE SANTANA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSE PETRONILO DONATO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
ZULMIRZ SOARES DOS SANTOS Data de Nascimento: 26/4/1961 Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE BREJO DA GUABIRABA (BAIRRO), 1, RUA JARDIM**
ELDORADO SN - CEP: 55060-000 - Bairro: BREJO DA GUABIRABA -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

KARIA MESSIAS DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
JOSE DE LIMA Data de Nascimento: 7/9/1966 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **BAIRRO DE BREJO DA GUABIRABA (BAIRRO), , RUA ELDORADO SN**
- CEP: - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL



Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idU...>

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE PETRONILO DONATO, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE PETRONILO DONATO
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFG3068** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9CZKC1670CR419874**

Complemento / Observação

INDORMA QUE TRAVEGAVA PELA VIA QUANDO FOI ATINGIDO POR UM CARRO DE PLACA NÃO AOTADA QUE EVADIU-SE DO LOCAL TENDO SUA ESPOSA KATIA QUE VIAJAVA NA GARUPA SOFRIDO TRAUMAS CONFORME ATENDIMENTO DA UPA CAXANGA 1664828 DATADO DE 16/09/2017, PELO EXPOSTO COMUNICA O FATO,

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


JOSE PETRONILO DONATO
(VITIMA)

KARIA MESSIAS DE SANTANA
(VITIMA)


EDVALDO JOSE PEREIRA DE SOUZA - Matrícula: 3811086



UP - 24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 10/09/2017 08:17

	Nome Paciente:	KATIA MESSIAS DE SANTANA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	07/09/1966
	Sexo:	Feminino
	Idade:	51
	Senha:	OR0009
	Convênio:	-
	Atendimento:	

SAME:

Período: 10/09/2017 08:56 - 10/09/2017 08:57

ANA CAROLINA MONTEIRO DE ARAUJO ROLIM - COREN: 497279 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PICO HIPERTENSIVO + TRAUMA EM MID

Observação: HAS+
DM-
ALERGIA: BENZETACIL
AO CLINICO E AO ORTOPEDISTA

Fluxograma sintoma: ALTERAÇÃO DE SINAIS VITAIS

Discriminador(es): - PAS > = 180 E < 220

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 200.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 120.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: ANA CAROLINA MONTEIRO DE ARAUJO ROLIM - COREN: 497279 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/09/2017 08:57

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Data do Atendimento: 10/09/2017 Hora: 08:59:36

No. Atendimento: 1064820

Sector / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO

CLÍNICA GERAL / *Ortopedia*

PRONTUÁRIO: 224034

Colaborador: DEBORAHSS

Nome: KATIA MESSIAS DE SANTANA

Data de Nascimento: 07/09/1966

Idade: 51 Anos, 0 Mês e 3 Dias

Sexo: F

País ou responsáveis: MARIA JOSE DE LIMA

Endereço: LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO - BREJO DA GUABIRABA - 52291655

Cidade: RECIFE

Tel.: 81 96100355

Hora do Atendimento: ____ / ____ Hs

Peso: ____ Kg

Temperatura: ____ °C

QPD / HDA: *lesão por p' D no manuseio - histórico*
de lesão por p' D no manuseio de p' D. Refere que a mão
está com dor e p' D.
Uso de Biquinho

EXAME FÍSICO: *sem sinais de comprometimento da articulação*
Exame + exame + exame de p' D. Nos manuseios o histórico

DIAGNÓSTICO: *1) Dor aguda no manuseio da mão D por - histórico*
2) Dor aguda no manuseio da mão D por - histórico

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: *1) Analgésico*
2) Reforço da medicação após avaliação ortopédica
Curativo

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: *Exame e exame de p' D. (2/1/17)*
Exame e exame de p' D. (2/1/17)
Exame e exame de p' D. (2/1/17)
Exame e exame de p' D. (2/1/17)

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

(X) Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

2) Etoposídeo 100 mg - 01 amp IM
3) Curativo para p' D.

Médico - Carimbo e Assinatura



DATA: 16/09/17

HORA: 11h 50

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME: Marta Almeida de Santana
IDADE: 51 REG: 1609520 SETOR: GI LEITO: 1

2. QUEIXA PRINCIPAL

HD: Edema + Trauma em Anel D

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergias () Quais? Penicilina Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes ()
HAS () Câncer () Doença Pulmonar () Depressão Outros: _____

EXAME FÍSICO

1. Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

2. Avaliação de Neurológica:

Nível de Consciência: Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Torporoso () Agitado () Sedado ()
Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente ()

3. Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () acamado ()

4. Dieta:

VO () Aceita bem () Não aceita () Zero () SNG () SNE () GTT ()

5. Pele:

Íntegra () Não íntegra () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Anictérica () Cianótica () Acianótica () Sudoréica ()
Lesões () Local: Edema D Edemas () Local: _____ Acesso venoso S/A

6. Condições de Higiene:

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem ()

7. Sistema Respiratório:

() Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () BAN () Tiragem () Ret. Fúrcula Venturi () %
() Cateter Nasal l/m TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____ PEEP _____

8. Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()
Doloroso à palpação: Sim () Não () Visceromegalia: Sim () Não ()

9. Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente () Aspecto _____ Ausente () Tempo _____ dias
Diurese: Presente () Ausente Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Vol _____ ml
Aspecto _____

10. SSVV:

PA: 160 x 100 mm/Hg P: 80 bpm FR: 95 rpm Sat O₂: _____ % T: _____ °C HGT: _____ mg/dl

Diagnósticos de Enfermagem



PACIENTE: Katya Almeida de Santana REG: _____
DATA: 10/05/17 HORA: 11:50 SETOR: SL LEITO: _____

1- Estado Geral:

Bom () Regular () Comprometido () Grave ()

2- Nível de Consciência:

Consciente () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sonolento () Agitado () Sedado ()

Escala de coma de Glasgow: _____ pts

3- Condição de locomoção:

Deambula () Cadeira de rodas () Acamado ()

4- Dieta:

Zero () VO () SNG () SNE () GTT () SNG Aberta () Retorno

5- Pele:

Íntegra () Não Íntegra / Local () Não Normocorada () Hipocorada () Ictéria () Anictérica ()

Cianótica () Acianótica () Sudoréico () Hidratada () Desidratado ()

Edema / Local () Não Acesso venoso _____

6- Condições de Higiene

Satisfatória () Insatisfatória () Dependente da Enfermagem

7- Sistema Respiratório

Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Bradipnéico () Ban () Tiragem () Ret. Fúrcula ()

Cateter Nasal () Não Venturi () Não % TQT () VNI () AVM () Modo Vent _____ FIO₂ _____ PIP _____

PEEP _____ TOT N° _____

8- Sistema Digestório:

Abdome: plano () Globoso () Escavado () Flácido () Distendido () Tenso () Ascítico ()

Doloroso à palpação: sim () não ()

9- Eliminações Fisiológicas:

Evacuação: Presente () Ausente () Tempo _____ dias

Diurese: Presente () Ausente Espontânea () SVD () SVA ()

Cistostomia () Vol _____ ml Aspecto _____

10- SSVV:

PA: 60 x 120 mm/Hg P: 90 bpm Sat O₂: 93 % T: _____ °C

HGT: _____ mg/dl

9- Procedimentos Realizados / Observações

Recebido em 10/05/17 às 11:50h - Katya Almeida de Santana - UPA24h
Ana Carolina Monteiro
Enfermeira
COREN-PE 497253

ENFERMEIRO/COREN: _____





UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
CAXANGÁ



Protocolo de Encaminhamento

HGV

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência (X) Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública (X) Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5293102

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Kátia Messias de Santana Idade: 51

Sexo: M () F (X) Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Buape

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão) Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso do cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do trauma: () Impacto Frontal () Impacto lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Doa e edema do pé e tálux @ após acidente motociclistico.

Hipótese Diagnóstica: DFratura do tálux @ + Queimadura de 2º grau

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio: Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de Face: S () N () Retratação Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lenificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR:RN 35-50
< 1 ano 30-50
Criança 20-30
Adulto 12-30

FR:RN 120-180
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

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: _____

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 () Fraturas 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 ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetamina () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () GPAP ()
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

Tratamento cirúrgico

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *Hospital Sítio Vargas*

Médico Regulador: _____ Hora: *11:20*

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Ruif, 10/09/14
Local e Data

Filipe Mesquita
Ortopedia e Traumatologia
CRM- 142.360
Médico Assistente





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: KATIA MESSIAS DE SANTANA
Data Nasç.: 07/09/1966 Idade: 51 Sexo: FEMININO Cor:
CPF: RG: 4222083 CNS: 704107174752876
Endereço: LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO Nº: 0
Bairro: BREJO DA GUABIRABA Cidade: RECIFE Estado: PE
CEP: 52291655 Fone: 96100355 Profissão:
Nome da Mãe: MARIA JOSE DE LIMA
Acompanhante:
Nome do Conjuge:
Local de Procedência: UPA CAXANGA
Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Ocorrência: SENHA 5253102 PAC REFERE DOR E DFORMIDADE EM HALUX DIREITO + QUEIMADURA DE 2 GRAU APOS QUEDA

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 10/09/2017 HORA: 18:15 h Médicos:

Queixa Principal / HDA: *Prontuário 4342-2132*
Pain D

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒ Tipo:
Colisão: Sim ☐ Não ☒ Tipo:
Atropelamento: Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto: Motorista: ☐ Passageiro: ☐
Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐ Tipo: *Halux D* Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☒ Por: *Alargia Buzeta cil* Transporte Realizado por:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:
Observações: *NAS* *DMO*

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.: C°
Ferimento na Halux D (ferimento superficial)
Excoriações

B: Respiratório

ausculta

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm
Hemodinamicamente estável

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

ECG: 15





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



F. Abdômen	
ND 30	
Diagnóstico Inicial: Fratura exposta de Hálux D. 1º grau	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	
EM Tempo	Código Procedimento:
Fratura Fechada Hálux	Ass. Médico + Carimbo
Tratamento / Procedimentos:	Código Procedimento:
1. Internamento Hospitalar	Ass. Médico + Carimbo
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	Estado de Alta:
	☐ Curado ☐ Melhorado
	☐ Inalterado ☐ Piorado
	☐ Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☒ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐	Assist. Social
Observações: Hospital Santa Rosa 13.09.17	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO:
Data:	Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 10/09/2017 18:15 h DENNISELD	Impressão: 10/09/2017 18:15 h DENNISELD

Médico





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 482266

Prontuário: 1063170

Nome: KATIA MESSIAS DE SANTANA

Data Nasç.: 07/09/1966

Idade: 51

Sexo: FEMININO

Cor:

CPF:

RG: 4222083

CNS: 704107174752876

Endereço: LOTEAMENTO JARDIM ELDORADO

Nº: 0

Bairro: BREJO DA GUABIRABA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 52291655

Fone: 96100355

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE LIMA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA CAXANGA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5253102 PAC REFERE DOR E DIFORMIDADE EM HALUX DIREITO + QUEIMADURA DE 2 GRAU APOS QUEDA

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA 10/09/2017 HORA: 18:15 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

P-D

Paciente relata Trauma contuso

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☒

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☒ Não ☐

Tipo:

Halux D

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☒

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒

Por que:

Observações:

NAS
JMC

Alargia: Bonzeta cil

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐

O paciente fala: Sim ☒ Não ☐

Temp.: C°

Ferimento no Halux D (ferimento superficial)
Escoriação

B: Respiratório

C: Circulatório

PA:

x

mm

Pulso:

bpm:

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:

ECG 115





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGÊNCIA



E. Abdômen	
ND 10	
Diagnóstico Inicial: Fratura exposta de Malux D Digo Kechu + queimadura 2º grau	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica (1) SAT 5000 UIM profundo agudo (2) cepalotina 2g + AD de urgência	
Exames Solicitados: 1 - Especializados (3) joico Hidrolizada (505R) Ao Bloco Cirúrgico	
Resultado de Exames: EM Tempo	Código Procedimento:
Tratamento / Procedimentos: Fratura Fechada Malux (1) Internamento Hospitalar Imobilização com UPM	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo: Bateria de Malux	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se	Alto de Alta:
	☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	Assist. Social:
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☒ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐	Assist. Social
Observações: Hospital Santa Rosa 13.09.17	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico:	CRM/CRO: Data: Hora:
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data:	Nome completo legível:
Nº da Identidade:	Assinatura:
Cadastramento: 10/09/2017 18:15 h DENNISILD	Impressão: 10/09/2017 18:15 h DENNISILD

Médico

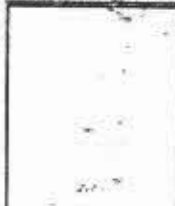


HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 10/09/2017 18:07



Nome Paciente: KATIA MESSIAS DE SANTANA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Feminino
Idade: 51
Senha: E0040
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 10/09/2017 18:07 - 10/09/2017 18:08

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR E DEFORMIDADE EM HALUX DIREITO + QUEIMADURA DE 2 GRAU APOS QUEDA DE MOTO.
HAS+
DM-
ALERGIA BENZETACIL

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5



Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO:

Data Impressão: 10/09/2017 18:08

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME: Karla Mervio de Santana

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 10/09/18

**ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.**

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | IDADE > OU IGUAL 65 ANOS |
| ☐ | CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS |
| ☐ | COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO |
| ☐ | DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE |
| ☐ | PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA |
| ☐ | DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA |
| ☐ | HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA |
| ☐ | ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX: HIPOGLICEMIA) |
| ☐ | OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA |
| ☐ | SEDAÇÃO/ANESTESIA |
| ☐ | MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL |
| ☐ | URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL |
| ☐ | HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA |
| ☐ | PACIENTE CIRÚRGICO |

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☒ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM
☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Assinado eletronicamente por: ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO - 21/06/2018 11:40:42
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX81 31845900

HGV-1028.V.1.2013.



COPIA
261710188204-3

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

02 (DUAS) VIAS

NOME: <u>Rafael Messias de Santana</u>		DATA DO NASCIMENTO: <u>07/09/1966</u>	
NOME DA MÃE: <u>Maria José de Lima</u>		IDADE: <u>51 anos</u>	
CLÍNICA: <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1063470</u>
PESO:		ALTURA:	SEXO: ☒ F ☐ M

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTATANTE NO LAUDO MÉDICO):
fratura de galuse

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):
Sintetomente

DATA DA INTERNAÇÃO: 10.9.17 DATA DA ALTA: 13.09.17 DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0508010019 CID: S92.4 ORIMBONEIRO/CONFATURAMENTO: Anna Carolina
Cirurgia Geral
CRM 12.270
Méd. 244 MATRÍCULA

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL
1	QUIRURGIA	
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO	
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO	
4	ANESTESISTA	
5	CLÍNICO	

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL	☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐ HEMODIÁLISE
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS: fratura
OSTEO: ☐ IM ☐ EVO ☐ SO:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

DATA

ASSINADO RESPONSÁVEL
ASSINATURA/EMPRESA

Avenida General San Martín s/n - Cordão
Fátima/PE - CEP 50.630-000
Fone: (085) 31.648800

10V.1010.V.1.2015

50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: KATIA MESSIAS DE SANTANA

1. Ocorrência da Emergência: 482266

1.1 - Atendimentos em: 10/09/17

1.2 - Às 18 horas e 15 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1063170

2.1 - Internado em: 10/09/17

2.2 - Alta em: 13/09/17

3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA FECHADA DE HÁLUX DIREITO E QUEIMADURA DE 2º GRAU.

4. Tratamento: 1) ANALGESIA. 2) IMOBILIZAÇÃO.

3) TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.

5. Observação: REFERE QUEIMADURA APÓS QUEDA DE MOTO.

DATA: 21.12.2017

HORA: 14:27:16

PASTA: 01.12.2017

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a paciente **KÁTIA MESSIAS DE SANTANA**, prontuário nº **110.5248**, admitida neste hospital em 13/09/2017 com diagnóstico de Fratura dos Ossos do Pé Direito, sendo submetida a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 16/09/2017.

Recife, 25 de Outubro de 2017.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE 13434

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





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

Nome: **KATIA MESSIAS DE SANTANA**
Nº Registro: 530591 Nº Protuário: 1105248 Sexo: Feminino Idade: 51 ano (s)
Data: 15/09/2017 / 11:47 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
Data do internamento: 13/09/2017 17:19 Data da alta: 16/09/2017 17:44
Intervalo: 3

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura do 1º Pododáctilo do Pé Direito CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirúrgico de Redução Incruenta + Fratura do 1º Pododáctilo do Pé Direito + Manipulação Articular
CÓDIGO: 0408050292 / 0408050713 / 0408060158

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	: Dr. Henrique Barbosa	10531
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	: Dra. Maria Lúcia	19813
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico há 06 dias, resultando em Fratura do 1º Pododáctilo do Pé Direito. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de correção cirúrgica.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 18/09/2017 10:52:09.





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

Nome: **KATIA MESSIAS DE SANTANA**

Nº Registro: 530591 Nº Protuário: 1105248 Sexo: Feminino Idade: 51 ano (s)

Data: 15/09/2017 / 11:47 Convênio: RETAGUARDA GETULIO

Data do internamento: 13/09/2017 17:19 Data da alta: 16/09/2017 17:44

Intervalo: 3

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura do 1º Pododáctilo do Pé Direito **CID:**

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: **CID:**

Data Internamento : Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 18/09/2017 10:52:09.





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

Nome: **KATIA MESSIAS DE SANTANA**

Nº Registro: 530591 Nº Protocolo: 1105248 Sexo: Feminino Idade: 51 ano (s)

Data: 15/09/2017 / 14:21 Convênio:

SUS - AMB

Intervalo: 3

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 15/09/2017-14:22

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos do Pé Direito

Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos do Pé Direito

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico de Redução Incruenta + Fratura do 1º Pododáctilo do Pé Direito + Manipulação Articular

Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Assepsia e antisepsia c/ PV PI com PVPI;
2. Aposição de campos cirúrgicos;
3. Incisão dorsal;
4. Abordagem por planos;
5. Visualização do foco da fratura;
6. Realizado a redução incruenta, Realizado a osteossíntese com fios de kirschner, verificado boa posição dos implantes e boa estabilidade da fratura através de scopia; Realizado manipulação articular;
7. Limpeza com SF0,9%;
8. Sutura;
9. Curativo;
10. RX de controle.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM:10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 17/10/2017 14:22:36.





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

Nome: **KATIA MESSIAS DE SANTANA**

Nº Registro: 530591 Nº Protuário: 1105248

Sexo: Feminino Idade: 51 ano (s)

Data: 04/10/2017 / 08:17 Convênio:

SUS - AMB

Intervalo: 3

LAUDO PE DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

MARCELO WANDERLEY
CRM: 010755

CHAPA: 117.243188

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY. CRM: 10755. Data e Hora: 05/10/2017
11:32:11.



Assinado eletronicamente por: ABRAAO FIRMINO DO NASCIMENTO - 21/06/2018 11:40:42
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18062111404263600000032195412>
Número do documento: 18062111404263600000032195412

Num. 32628863 - Pág. 1

Santa Casa de Misericórdia de Recife
Relatório Médico de Alta

Nome: KATIA MESSIAS DE SANTANA

Reg.: 530591 **Pront.:** 1105248

Sexo: Feminino **Dt. Nasc.:** 07/09/1966

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 51

Admissão: 13/09/2017 17:19

Alta: 16/09/2017 13:41

Admissão:

FRATURA EM HALUX ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S92.4 FRATURA DO HÁLUX

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	13/09/2017 17:19	16/09/2017 13:41	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Drº HENRIQUE para 21 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;
- 5) Não pisar até 2º ordem;

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



Santa Casa de Misericórdia de Recife

Solicitação de Exames

Paciente: KATIA MESSIAS DE SANTANA

Reg.: 530591

Pront.: 1105248

Telefone: 81996100355

Dt. Nasc.: 07/09/1966

RG: 4222083

Titular: KATIA MESSIAS DE SANTANA

Matric:

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

Leitos: LEITO F3

IH No.: 1

Admissão: 13/09/2017 17:19

Convênio: RETAGUARDA GETULIO

CID: S924

OS:

Data/Hora: 15/09/2017 13:38

Exames Solicitados:

- 1) RX PE OU PODODATILOS DIREITO

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA

CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10531





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

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

KATIA MESSIAS DE SANTANA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 15 dias.

CID: S924

Recife, 16/09/2017

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531





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

NOME: KATIA MESSIAS DE SANTANA
DATA: 16/09/2017

Prescrição Médica

Uso Interno

CEFALEXINA (500mg) ----- 1 CX.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06/06 horas por 07 dias.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531





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

NOME: KATIA MESSIAS DE SANTANA
DATA: 16/09/2017

Prescrição Médica

1) DIPIRONA (500mg) ----- 2 Bl.

Tomar 2 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

--OU--

1) PARACETAMOL (750mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 06 em 06 horas por 4 dias
ou enquanto tiver DOR

2) IBUPROFENO (400mg ou 600 mg) ----- 2 Bl.

Tomar 1 comp. Via Oral de 08 em 08 horas (3 vezes ao dia)
por 5 dias

OBSERVAÇÕES:

NÃO TOMAR AS MEDICAÇÕES CASO APRESENTE REAÇÃO ALÉRGICA;

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

