

ALBERES LOURENÇO BARBOSA

32105 PM PE

473.607.534-87 05/04/1964

ALFREDO LOURENÇO BARBOSA
 Mãe: MARIA CURSINA BARBOSA

02286722708 10/04/2021 22/12/2011

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1483386062

MEMBRO PLASTIFICAR 1483386062

LOCAL: CARUARU, PE DATA EMISSÃO: 11/09/2017

PERNAMBUCO

Estado de Pernambuco
 Secretaria de Defesa Social
POLÍCIA MILITAR

NOME: ALBERES LOURENÇO BARBOSA

REGIÃO: BARRAGENS RIFM

32105

Assinatura: *Alberes Lourenço Barbosa*
 ASSINATURA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

ALFREDO LOURENÇO BARBOSA

MARIA CURSINA BARBOSA

05/04/1964 00260908

CARDARU-PE

038025020876 106 223

473 607 534-87

Recife-PE 14/12/2017

ESTE DOCUMENTO NÃO AUTORIZA O PORTE DE ARMA

INDETERMINADA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 12.438, de 26/04/12
NOTA FISCAL - FATURA - NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Eletropar de Pernambuco
 Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51060-010
 CNPJ 06.958.822/0001-08 (Insc. Est. 052945-51) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ALBERES LOURENÇO BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 TV 1 ARQUIMEDES DE OLIVEIRA 115
 AV. **Benedito VIEIRA DE**
 JARDIM LISBOA DE CARUARU
 CARUARU PE
 55012-423
1560
105

CPF: 473.607.634-91

CLASSIFICAÇÃO
 01 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Monofásico

NUM. NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
023819082	UNICA	04/10/2018

EMISSÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
04/10/2018	0001308152	032059

CONTA CONTABIL	PERÍODO
2811023017	10/2018

DATA DE VENCIMENTO: 05/11/2018
 DATA DE EMISSÃO: 05/11/2018
TOTAL A PAGAR (R\$): 196,02

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

IDENTIFICADOR	Porcentagem	VALOR (R\$)
221.000000	0,73000000	181,46
Contribuição Alcatraz		15,49
Acréscimo Bandeira VERMELHA		13,52
Contribuição Prefeitura Municipal		1,40
ICMS Substituição ICMS - NF 022501473.040/11/18		3,78
MULTA por atraso - NF 0230317089 - 03/09/18		0,18
JUROS por atraso - NF 0230317089 - 03/09/18		0,17
MULTA por atraso - NF 0230317089 - 03/09/18		
TOTAL DA FATURA		196,02

DEMONSTRATIVO DE GABARITO DESTA NOTA FISCAL

MPIC	TIPO DA FONEÇÃO	ARRETRADO	BASE	LEITURA	BASE	ATUAL	MPIC	QUANTIDADE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
104489	LAC	05/09/2018	07/09/2018	06/10/2018	21/08/18	21/08/18	J	1,0000		01,00

INFORMAÇÕES DE IMPOSTOS	COMPANHIA CONSUMIDORA
ICMS 110,36 56,22 49,21	Imposto de Renda 01 01,04 0,01%
PIS 110,36 5,44 1,13	Imposto de Renda 02 01 0,01%
COFINS 110,36 5,29 0,21	Imposto de Renda 03 01 0,01%
	Imposto de Renda 04 01 0,01%
	Imposto de Renda 05 01 0,01%
	Imposto de Renda 06 01 0,01%
	Imposto de Renda 07 01 0,01%
	Imposto de Renda 08 01 0,01%
	Imposto de Renda 09 01 0,01%
	Imposto de Renda 10 01 0,01%
	Imposto de Renda 11 01 0,01%
	Imposto de Renda 12 01 0,01%
	Imposto de Renda 13 01 0,01%
	Imposto de Renda 14 01 0,01%
	Imposto de Renda 15 01 0,01%
	Imposto de Renda 16 01 0,01%
	Imposto de Renda 17 01 0,01%
	Imposto de Renda 18 01 0,01%
	Imposto de Renda 19 01 0,01%
	Imposto de Renda 20 01 0,01%
	Imposto de Renda 21 01 0,01%
	Imposto de Renda 22 01 0,01%
	Imposto de Renda 23 01 0,01%
	Imposto de Renda 24 01 0,01%
	Imposto de Renda 25 01 0,01%
	Imposto de Renda 26 01 0,01%
	Imposto de Renda 27 01 0,01%
	Imposto de Renda 28 01 0,01%
	Imposto de Renda 29 01 0,01%
	Imposto de Renda 30 01 0,01%
	Imposto de Renda 31 01 0,01%
	Imposto de Renda 32 01 0,01%
	Imposto de Renda 33 01 0,01%
	Imposto de Renda 34 01 0,01%
	Imposto de Renda 35 01 0,01%
	Imposto de Renda 36 01 0,01%
	Imposto de Renda 37 01 0,01%
	Imposto de Renda 38 01 0,01%
	Imposto de Renda 39 01 0,01%
	Imposto de Renda 40 01 0,01%
	Imposto de Renda 41 01 0,01%
	Imposto de Renda 42 01 0,01%
	Imposto de Renda 43 01 0,01%
	Imposto de Renda 44 01 0,01%
	Imposto de Renda 45 01 0,01%
	Imposto de Renda 46 01 0,01%
	Imposto de Renda 47 01 0,01%
	Imposto de Renda 48 01 0,01%
	Imposto de Renda 49 01 0,01%
	Imposto de Renda 50 01 0,01%
	Imposto de Renda 51 01 0,01%
	Imposto de Renda 52 01 0,01%
	Imposto de Renda 53 01 0,01%
	Imposto de Renda 54 01 0,01%
	Imposto de Renda 55 01 0,01%
	Imposto de Renda 56 01 0,01%
	Imposto de Renda 57 01 0,01%
	Imposto de Renda 58 01 0,01%
	Imposto de Renda 59 01 0,01%
	Imposto de Renda 60 01 0,01%
	Imposto de Renda 61 01 0,01%
	Imposto de Renda 62 01 0,01%
	Imposto de Renda 63 01 0,01%
	Imposto de Renda 64 01 0,01%
	Imposto de Renda 65 01 0,01%
	Imposto de Renda 66 01 0,01%
	Imposto de Renda 67 01 0,01%
	Imposto de Renda 68 01 0,01%
	Imposto de Renda 69 01 0,01%
	Imposto de Renda 70 01 0,01%
	Imposto de Renda 71 01 0,01%
	Imposto de Renda 72 01 0,01%
	Imposto de Renda 73 01 0,01%
	Imposto de Renda 74 01 0,01%
	Imposto de Renda 75 01 0,01%
	Imposto de Renda 76 01 0,01%
	Imposto de Renda 77 01 0,01%
	Imposto de Renda 78 01 0,01%
	Imposto de Renda 79 01 0,01%
	Imposto de Renda 80 01 0,01%
	Imposto de Renda 81 01 0,01%
	Imposto de Renda 82 01 0,01%
	Imposto de Renda 83 01 0,01%
	Imposto de Renda 84 01 0,01%
	Imposto de Renda 85 01 0,01%
	Imposto de Renda 86 01 0,01%
	Imposto de Renda 87 01 0,01%
	Imposto de Renda 88 01 0,01%
	Imposto de Renda 89 01 0,01%
	Imposto de Renda 90 01 0,01%
	Imposto de Renda 91 01 0,01%
	Imposto de Renda 92 01 0,01%
	Imposto de Renda 93 01 0,01%
	Imposto de Renda 94 01 0,01%
	Imposto de Renda 95 01 0,01%
	Imposto de Renda 96 01 0,01%
	Imposto de Renda 97 01 0,01%
	Imposto de Renda 98 01 0,01%
	Imposto de Renda 99 01 0,01%
	Imposto de Renda 100 01 0,01%

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: *Alberos Lourenço Barbosa, brasileiro, casado*
do, militar, RG: 39305 PM/PE e CPF: 473.607.634-87,
residente na Av. Barmanho Vieira de Melo, 105, Jardim
Liberdade, Bonfim/PE. CEP: 55039-491.

OUTORGADO: **PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR**, brasileiro,
solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº
802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista,
CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima
qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos
poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo,
Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de
defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos
legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar,
desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a
outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para
ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora
integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros
Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 11.03.19

Alberos Lourenço Barbosa
Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 11 de março de 2019 .
Paulo Antonio Coelho Castor





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - 90ª
CIRCUNSCRICAO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2106000688**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/10/2018** às **07:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/8/2018 às 17:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, RUA ARGUMENTOS DE OLIVEIRA, PERTO DA ESCOLA GEANETE SILVA - Bairro: PETROPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
INEXISTENTE (AUTOR / AGENTE)
ALBERES LOURENÇO BARBOSA (VITIMA)

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): **ALBERES LOURENÇO BARBOSA**

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

INEXISTENTE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ALBERES LOURENÇO BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA CURSINA BARBOSA Pai: ALFREDO LOURENÇO BARBOSA Data de Nascimento: 5/2/1984
Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **32106/PM/PE (RG), 47360763487 (CPF), 05386729708 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **POLICIAL MILITAR** Telefones Celulares: **81981616882**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, 105, - CEP: 0 - Bairro: PETROPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALBERES LOURENÇO BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALBERES LOURENÇO BARBOSA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 100 PAN EDI** Objeto apreendido: **NÃO**



Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEU7636 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 328540935 Chassi: 9C2KC1670BR664724
Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DESTA PLANTÃO A PESSOAL DA VÍTIMA ONDE NARROU QUE ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA INDO PARA UMA PADARIA E NO CAMINHO VIU UMA PESSOA DO SEXO MASCULINO COM VISÍVEL APARENÇA DE ESTADO DE EMBRIAGUEZ E CHEGANDO PERTO DESTA PESSOA ELE FOI NA DIREÇÃO DA VÍTIMA QUE PARA NÃO ATROPELAR AQUELE HOMEM FOI AO SOLO E DESTA QUEDA FRATUROU SEU BRAÇO ESQUERDO POPULARES ACIONARAM O SERVIÇO DO SAMU. COMO CONSTAR DECLARAÇÃO APRESENTADA NESTE ATO, APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS FOI ENCAMINHADO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE FICOU INTERNADO POR CERCA DE 60 DIAS.

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

Alberes Lourenço Barbosa
ALBERES LOURENÇO BARBOSA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES - Matrícula: 381004-6



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE






DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **ALBERES LOURENÇO BARBOSA** portador do CPF-473.607.634-87 e RG-32.105 PM-PE, que consta nos registros de ocorrências N°1808100367 do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 10/08/2018 às 17h e 53m, no endereço RUA ARQUIMEDES DE OLIVEIRA, BAIRRO PETRÓPOLIS, CARUARU-PE, com queixa de **QUEDA DE MOTO**, tendo sido enviada uma **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, removendo em seguida para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU foram realizados no paciente o seguinte procedimento: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 24 de Outubro de 2018


Tiago Acioli.
Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 JAN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 24 / 10 / 18

Alberes Lourenço Barbosa





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ALBERES LOURENCO BARBOSA Atendimento: 436434 Prontuário: 200207
 Data Nasc.: 05/04/1964 Idade: 54 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: 47380763487 RG: CNS: 700404983837141
 Endereço: AVBERNARDO VIERA DE MELO Nº: 105
 Bairro: Cidade: CARUARU Estado: PE
 CEP: 55024000 Fone: 37233214 Profissão: OUTROS
 Nome da Mãe: MARIA CURSINA BARBOSA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: QUEDA DE MOTO
 Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO Data: 10/08/2018 18:32 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:
 Vítima de queda de moto com referência de dor em antebraço e mão esquerda. Glasgow 15, iracônico, pupilas potométricas, nega desmaios e vômitos.

Exame Físico: Consciente, orientado, normocrado PA: _____ FC: _____ FR: _____
 acromiático, normotenso.
 Sinais de fratura em antebraço esquerdo.
 MV ⊕ um AHT si miúdos adventíciais
 RCR BNF N/O

Diag. Provisório:
 Politraumatizado

Rx Cervical (P) Avaliação da ortopedia
 Tórax (AP e P)
 Bacia (AP)
 Antebraço ⊕ (AP e P)
 Mão ⊕ (AP e Oblíquo)

Prescrição: Dieta: Leve

Data	Prescrição	Horário
10/08/18	① Hidratação S.F. 0,9% 5000ml CV ② Voltaren 1F AMP IM ③ Avaliação da Ortopedia 05.802.494/0001-44 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 17 JAN 2019 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C Boa Vista - CEP: 50.060-010 REF: 01010	
	Dr. Ivanildo de S. Rodrigues Médico CREMEPE: 22231	
	Dr. Alirio Lourenço Traumatologista CRM: 29980	



Regular () Comprometido () Grave () Normocorado Hipocorado () Anictérico
 Ictérico () Cianótico () Acianótico () Hidratado () Desidratado () Anasarca

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de Consciência:
 Consciente () Inconsciente () Torporoso () Sonolento () Alerta

Nível de Orientação:
 Orientado () Desorientado () Sob sedação

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR: _____ RPM: _____
 Modo: _____ Fi O2: _____ PEEP: _____ Sat O2: _____
 Espontânea () Traqueostomizada () VM () UNI e/ O2 () Venturi

O2 Suplementar l/min:
 Cateter Nasal () Macronebulizador () Venturi () Eupneico () Dispneico () Traquidispneico () Bradipneico

Murmúrios Vesiculares: () Presentes () Ausentes () Diminuídos
Ruidos Adventícios: () Roncos () Sibilos () Estertores () Creptantes

Dreno Torácico: () Sim () Não Local: _____
Oscilação: () Sim () Não Aspecto da Drenagem: _____

Expansibilidade Torácica Conservada: () Sim () Não
Tosse: () Sim () Não () Produtiva () Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg
 Pulso: _____ Cheio () Enfiado () Ausentes ()

Uso de drogas vasoativas:
 Sim () Não () Qual? _____

Acesso venoso central:
 Sim () Não () Qual? _____

Acesso venoso periférico:
 Sim () Não () Qual? _____

05.802.494/0001-11
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 17 JAN 2019
 Rua da Aurora, nº 125, SL 902 BL. C.
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen:
 Plano () Globoso () Distendido () Escavado () Depressível () Ascítico () Doloroso
 Não doloroso () Local: _____

RHA: () Presentes () Ausentes
SNG: () Sim () Não () P/ Gavagem () Sifonagem
SNE: () Sim () Não

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

Diurese:
 Presente () Ausente () Espontânea () SVD () Volume: _____ ml
 Aspecto: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Deambulação: Sim () Não Repouso relativo () Repouso Absoluto
Mobilidade: Ativa () Passiva



() Ictérico () Cianótico (x) Acianótico (x) Hidratado () Desidratado () Anasarca

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de Consciência:

(x) Consciente () Inconsciente () Torporoso () Sonolento () Alerta

Nível de Orientação:

(x) Orientado () Desorientado () Sob sedação

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR _____ RPM _____

Modo: _____ FI O2: _____ PEEP: _____ Sat O2: _____

(x) Espontânea () Traqueostomizada () VM () UNI c/O2 () Venturi

O2 Suplementar 1/min:

() Cateter Nasal () Macronebulizador () Venturi (x) Eupneico () Dispneico
() Traquidispneico () Bradipneico

Murmúrios Vesiculares:

(x) Presentes () Ausentes () Diminuídos

Ruídos Adventícios:

() Roncos () Sibilos () Estertores () Creptantes

Dreno Torácico:

() Sim (x) Não Local: _____

Oscilação:

() Sim () Não Aspecto da Drenagem: _____

Expansibilidade Torácica Conservada:

(x) Sim () Não

Tosse:

() Sim (x) Não () Produtiva () Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

Pulso: _____ bpm (x) Cheiro () Filiforme () Ausentes

Uso de Drogas Vasoativas:

() Sim (x) Não () Qual? _____

Acesso Venoso Central:

() Sim (x) Não () Qual? _____

Acesso Venoso Periférico:

(x) Sim () Não () Qual? _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdomen:

() Plano () Globoso () Distendido () Escavado () Depressível () Ascítico
() Doloroso (x) Não Doloroso () Local: _____

RHA:

(x) Presentes () Ausentes

SNG:

() Sim (x) Não () P/Gavagem () Sinfonagem

SNE:

() Sim (x) Não

SISTEMA GENITO-URINÁRIO

Diurese:

() Presente () Ausente (x) Espontânea () SVD () Volume: _____ ml
() Aspecto: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

Deambulação:

() Sim () Não (x) Repouso Relativo () Repouso Absoluto

Mobilidade:

() Ativa (x) Passiva

Ano Certo de Paulo
COELHO CASTOR SIBTI-EBE
Assinatura do(a) Enfermeiro(a)





436544

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 11/08/2018 13:11 Atendimento: 436544 N° AIH: _____

Nome: ALBERES LOURENCO BARBOSA Prontuário: 200207
Data Nasc.: 05/04/1964 Idade: 54 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
CPF: 47380763487 RG: CNS: 700404983837141

Endereço: AVBERNARDO VIERA DE MELO N°: 105
Bairro: CENTRO Cidade: CARUARU Estado: PE
CEP: 55024000 Fone: 37233214 Profissão: OUTROS

Nome da Mãe: MARIA CURSINA BARBOSA
Nome do Conjuge:
Nome:

Parentesco: RG: Fone:

Ord. 50.45

2 - Internar Para

Clinica: CIRURGIA GERAL
Unidade de Internação: SALA VERDE Leito: S VERDE 04

Diagnostico inicial (Constante do Laudo Médico): _____ CID: _____

Procedimento Solicitado: _____ Cód.: _____

Procedimento Realizado: _____ Cód.: _____

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesiista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- DIÁRIA DE UTI
- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- VACINA ANTI RH
- USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- USO DE PRÓTESE, ORTESE
- USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO
- USO DE OXIGENADORES
- NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - Historia Clínica

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 JAN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Bon Vieta - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

51-7

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
11/08/2018 13:11		



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Alberes Correia Barbosa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

200207

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710141041983831711411

8 - DATA DE NASCIMENTO

05/04/1964

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Cristina Barbosa

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD 31 42332114

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Bernardo Vieira de Melo 105,

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Chã de Amarelo

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2604106

18 - UF

PE

19 - CEP

55014000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor + deformidade em antebraço @
 DRX SUP. C. C. C.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DRX + OK. Tel.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

TRX C. C. C.

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx exposta por deformidade em antebraço @

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Boa Vista - CEP 50.060-010

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

ortopedia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

Ortopedia

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Ortopedia

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Aliredo Lourenço

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

10/8/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Aliredo Lourenço

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DO SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - SÉRIE

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. DE REGISTRO DO CONSELHO

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PE - 40 - 004

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Esio Paes da Silva

MÉDICO

CRM - 71061

CPF 166.790.524-20





SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paulo Antonio Coelho Castor

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Mascul. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Relato com os fornecidos em outro laudo
E

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Quadrante Simão ocular

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

17 JAN 2019

Rx + A.M.M.M.R.O.H.E.F

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

RECIFE PE

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Exame de Ocular Anterior

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exame de Ocular Anterior

5328

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

046180210407

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO (ICMS / JCP)

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Paulo Antonio Coelho Castor

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO (ICMS / JCP)

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PE-40-004

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Paulo Antonio Coelho Castor
MÉDICO
CRM - 7061
CPF 185.750.524-20

261850014888-0



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 26, 09, 18 HORA DE ADMISSÃO: 19:45 HORA DA LIBERAÇÃO: _____
REGISTRO: 200909 CIRURGIÃO: Dr. Paulo Antônio ANESTESISTA: Janilo
NOME DO PACIENTE: Marcelo Lourenço Barbosa
PROCEDIMENTO REALIZADO: TT: cirurgia próst. antihorco "E" PONTUAÇÃO FINAL: _____

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:					
● Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	✓			
● Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização)	1				
● Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica					
● > 80% do nível pré-anestésico	2	✓			
● 50 a 80% do nível pré-anestésico	1				
● < 50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência:					
● Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço	2	✓			
● Acorda quando chamado pelo nome	1				
● Não responde ao comando	0				
Coloração:					
● Coloração e aparência normais da pele	2	✓			
● Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterícia	1				
● Cianose evidente	0				
Atividade Muscular:					
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:					
● Capacidade de movimentar todas as extremidades	2	✓			
● Capacidade de movimentar duas extremidades	1				
● Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total:		<u>09</u>			

Necessário para que recaba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos

Observações:

Ano Gerônimo Paulo
COELHO DE 218371-ENF
Enfermeiro(a)



EXTENSÃO: OPERAÇÃO SEGURA - SAEP

AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATA

DATA: 26/09/18 HORA DE ADMISSÃO: 17:45 HORA DE LIBERAÇÃO: _____

REGISTRO: 200207 CIRURGIÃO: Luis Antonio ANESTESISTA: Carilo

PROCEDIMENTO REALIZADO: D. Enxofre de MSE
Paciente: Alberes Laurence Bastian

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:	2	2			
• Capacidade de respirar profundamente e tossir	1				
• Esforço respiratório limitado (dispneia ou imobilização)	0				
• Nenhum esforço espontâneo					
Circulação:	2	2			
• >80% do nível pré-anestésico	1				
• 50 a 80% do nível pré-anestésico	0				
• <50% do nível pré-anestésico					
Nível de Consciência:	2	2			
• Responde verbalmente às questões orientado no espaço	1				
• Acorda quando chamado pelo nome	0				
• Não responde ao comando					
Coloração:	2	2			
• Coloração e aparência normais da pele	1				
• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica	0				
• Cianose evidente					
Atividade Muscular:	2	1			
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:	1				
• Capacidade de movimentar todas as extremidades	0				
• Capacidade de movimentar duas extremidades					
• Incapacidade em controlar qualquer extremidade					
TOTAL:		9			

Observações:

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010

ENFERMEIRO(A): Ame Oliveira

RECIFE-PE
 EXTENSIONISTA:

Almeida Juliana
 Acadêmica de Enfermagem
 152030280
 UNIFAVIP/UFPE










Atendimento: 436434 Pedido:  Data Pedido: 10/08/2018 Controle: 89013
109894

Paciente: 200207 ALBERES LOURENCO BARBOSA Nascimento: 05/04/1964 (54a 4m 6d)
Leito: Unid. Intern: Sexo: MASCULINO

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA
Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA
Setor Executante: RADIOLOGIA Local: SALA DE EXAME
Convenio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO
Motivo: ROTINA

Observações:

Accession Number	*Access. N. Hex	Código	Descrição	Entrega
230226	 36302	1015	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (AP)	10/08/2018
230227	 36353	945	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (PERFIL)	10/08/2018
230223	 3934F	1011	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (PERFIL)	10/08/2018
230228	 38354	993	RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA (AP)	10/08/2018
230229	 38355	952	RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA (OBLIQUA)	10/08/2018
230224	 38350	1054	RADIOGRAFIA DE TORAX (AP)	10/08/2018
230225	 38351	966	RADIOGRAFIA DE TORAX (PERFIL)	10/08/2018

RX - REALIZADO

DATA 10/08/18

HORA 20:05

TC 

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 375, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



EXTENSÃO: OPERAÇÃO SEGURA - SAEP

Leito 45
ord. 08

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

PACIENTE: <u>Alberno Lourenço Barbosa</u>	IDADE: <u>54</u>	REG: <u>200209</u>
SETOR DE ORIGEM: <u>Ortopedia</u>	DATA DA CIRURGIA: <u>26/09/18</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Luiz</u>	CIRURGIA: <u>Fratura MSE</u>	
BANHO: (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM () NÃO		
(<input checked="" type="checkbox"/>) ADEQUADO () INADEQUADO QUAL: _____		
HIGIENE ORAL: (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM () NÃO		
(<input checked="" type="checkbox"/>) ADEQUADO () INADEQUADO QUAL: _____		
PRÓTESES: () SIM () NÃO <u>Orientado</u>		
ROUPAS APROPRIADAS: () SIM () NÃO <u>Orientado</u>		
ADORNOS: () SIM () NÃO <u>Orientado</u>		
TRICOTOMIA: () SIM () NÃO <u>Orientado</u>		
JEIUM: () SIM () NÃO <u>Orientado</u>		
EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS: (<input checked="" type="checkbox"/>) SIM () NÃO		
(<input checked="" type="checkbox"/>) ECG (<input checked="" type="checkbox"/>) LAB. (<input checked="" type="checkbox"/>) RX () OUTROS _____		
RESERVAS DE HEMODERIVADOS: () SIM () NÃO		
ACESSO VENOSO: () SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO ESPECIFICAR LOCAL: _____		
ALERGIAS: () SIM (<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO ESPECIFICAR: _____		
TERMO DE CONSENTIMENTO: () SIM () NÃO		
ENCAMINHADO P/ BLOCO CIRÚRGICO POR: _____		
RECEBIDO NO BLOCO CIRÚRGICO POR: _____		

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 JAN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE


Mariília Leal
Enfermeira
CRM 33849


Aline Alves dos Santos
Acad. de Enfermagem
Mec. 151897427 / UNIFAVIP

Enfermeira(o): _____ Extensionista: _____

Data: 25/09/18



Atendimento: 435544

Pedido: 
113301

Data Pedido: 01/10/2018

Controle: 91810

Paciente: 200207 ALBERES LOURENCO BARBOSA

Nascimento: 05/04/1964 (54a 5m 27d)

Leito.: 318 008-45 Unid. Intern: 9

ORTOPEDIA

Médico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Setor Solicitante: ALA DIREITA - ORTOPEDIA II

Setor Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME

Sexo: MASCULINO

Convenio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante: 0 - Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
237893	 3A145	1015	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (AP)	01/10/2018
237894	 3A148	845	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (PERFIL)	01/10/2018

RX - REALIZADO

DATA 01 10 18

HORA _____

TC _____ 

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Miguel Luciano Rumbos

Prontuário: 20000703

Data: 10 / 08 / 2018

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

fratura do tornozelo esquerdo

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

em tratamento há 6 meses 4/10 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

tratamento cirúrgico de redução da fratura com placa e parafusos

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL. L
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Dr. Alexandra Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 0460
TRACOR

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Alta Hospitalar: Data: 02 / 10 / 2018

HRA

Data: 13/10/18

Kom-8h

Dr. Miguel Luciano Rumbos



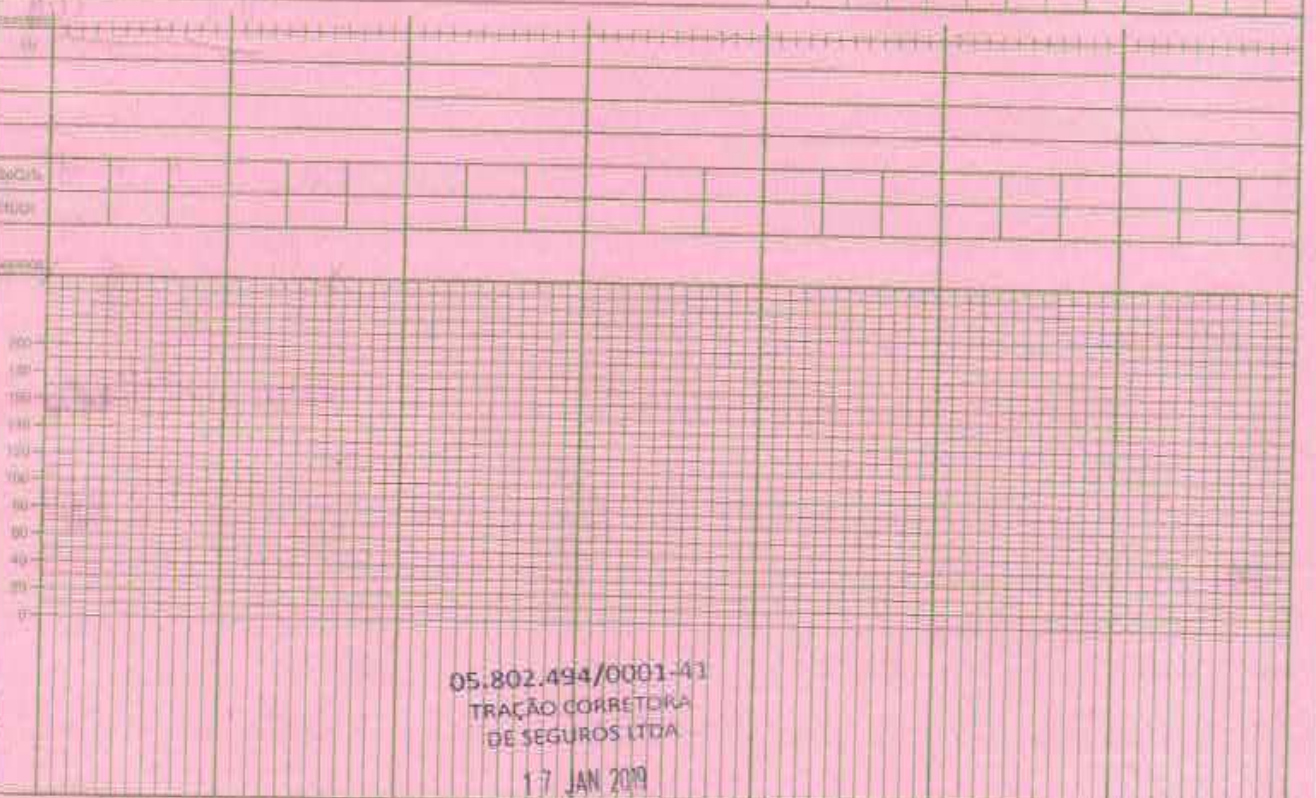


COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 197952

NOME		REGISTRO		CATEGORIA	
HOSPITAL		SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CEP M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	IDADE	HORARIO
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO		RESO	RA	FC	RESPIRACAO ASA
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATORIO		CÓDIGO CIRURGIA		PRETE	ASA
OPERACAO PROPOSTA					
OPERACAO REALIZADA					



05.802.494/0001-43
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 17 JAN 2019

AGENTES	CONDIC	DEMITIDA DE	TECNICA DE ANESTESIA
			05.802.494/0001-43 Boa Vista - CEP-50.060-010 RECIFE-PE
DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:		DURAÇÃO DA ANESTESIA:	
<input type="checkbox"/> CARDIOGRÁFICO	<input type="checkbox"/> CARDIÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S _v VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> URINA LATERAL	<input type="checkbox"/> BALANÇO DO ESTADO CEREBRAL	<input type="checkbox"/>
EQUIPAMENTO		DESTINO	
<input type="checkbox"/> ACESSO DE ARTERIAL	<input type="checkbox"/> BOM	<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> QUARTO
<input type="checkbox"/> SONDAGEM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> INTUBACAO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. 2010 11 10 11:20:11 - Documento 2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Alberes Lourenço Bastos Nº do Registro:Clínica: Ortopedia Nº do Leito:Operador: Dr. Luis Antônio1º Assistente: Dr. Cleiton RZ 2º Assistente:Instrumentador: Dr. Luiz Anestesista: Dr. DaniloAnestesia: 260918 Duração:Data da Operação: 260918 Início: Término:Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura da Orelha Anterior

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: Ortoplastia com 2 Placas DCP 3,5 mm

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Rede em DDH, sob bloqueio p/ve-bro-
quial EArtroscopia + Anestesia + Anestesia com
porcinoprofeno e morfinaLimpeza ThompsonAnestesia placa DCP 3,5 no gôdie ETratado UltrasonAnestesia placa DCP 3,5 no ulnar EAproximação por placasSuturaCurativoDescompressãoObservação boa perfuração distal em ASEARPA05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDACARTÃO
C 66

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 51.050-010

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: Alphons Lourenço
Nome: Alphons Lourenço
Registro Nº:
Clínica: Enfermaria:

paciente vitru
de acidente de
motos em 10/08/2018.
Fract. antebraço e
operado em 15/09/2018
(sic). Ver flord.
Grave flexo- ext.
diminuído acurácia
de movimento, Pêlo
OK. Enclonho P?
fisioterapia
Bo controle. fil.
Mal. p/ fric de
dentur 2084

Data: 31/12/18 Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eliete Monteiro de Souza

05.802.494/0001-1

2º Concurso 89

TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



EXTENSÃO: OPERAÇÃO SEGURA - SAEP

AVALIAÇÃO INTRAOPERATÓRIA

Paciente: Alberson Lourenço Barbosa REG.: 200207

1. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACIENTE CONFIRMOU • IDENTIDADE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO • CONSENTIMENTO
<input type="checkbox"/>	SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA
<input type="checkbox"/>	VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA
<input checked="" type="checkbox"/>	OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E EM FUNCIONAMENTO
<input type="checkbox"/>	O PACIENTE POSSUI:
<input checked="" type="checkbox"/>	ALERGIA CONHECIDA? NÃO SIM
<input checked="" type="checkbox"/>	VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO? NÃO SIM. É EQUIPAMENTO/ASSISTÊNCIA DISPONÍVEL
<input checked="" type="checkbox"/>	RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA – 500 ML 17 ML/KG EM CRIANÇAS? NÃO SIM. E ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO E PARCELAMENTO PARA FLEBOS

2. ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

CONFIRMAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO <u>Na</u>
<input type="checkbox"/>	CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: • IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE • SÍTIO CIRÚRGICO • PROCEDIMENTO <u>Na</u>
<input type="checkbox"/>	EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS
<input type="checkbox"/>	REVISÃO DO CIRURGIÃO: QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU INSPELADAS; DURAÇÃO DA OPERAÇÃO; PERDA SANGÜÍNEA PREVISTA?
<input type="checkbox"/>	REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIOLOGIA: HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
<input checked="" type="checkbox"/>	REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX. INSTRUMENTAIS, PRÓTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INECLADOR)? HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUALISQUER PREOCUPAÇÃO? <i>Sim, algumas coisas estavam faltando.</i>
<input checked="" type="checkbox"/>	A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS? SIM NÃO SE APLICA AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS SIM NÃO SE APLICA

3. ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SO

REGISTRO	
<input type="checkbox"/>	O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:
<input type="checkbox"/>	REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO PROCEDIMENTO EXECUTADO
<input checked="" type="checkbox"/>	SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)
<input type="checkbox"/>	COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <u>NA</u>
<input type="checkbox"/>	SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO <u>NA</u>
<input type="checkbox"/>	O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE (ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A SEREM OBSERVADOS, EX: DOR)

ANOTAÇÕES PRONTUÁRIO

Cirurgia: D. Fratura M.S.E

05 802 494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua de Aurora, NR 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

ENFERMEIRO(A): Elce Sat

EXTENSIONISTA: Celine Jussara

DATA: 26/09/18

Acadêmica de Enfermagem
152090280
UNIFAVIP/Wyden



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

10/08/2018 18:28



Nome Paciente: ALBERES LOURENCO BARBOSA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/04/1964
Sexo: Masculino
Idade: 54
Senha: U0025
Convênio:
Atendimento:

10/08/2018 18:28 - VIVIANE VIANA DUDA ARRUDA - COREN: 066060 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Queixa Principal:

PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO. QUEIXA-SE DE DOR EM MSE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. PORTADOR DE HAS E DM

Fluxograma sintoma: AGRESSÃO

Discriminador(es):

- MECANISMO DE LESÃO?

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- GLICEMIA: 136.00 MG/DL
- P. A. DIASTÓLICA: 100.00 MMHG
- P. A. SISTÓLICA: 160.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE O2: 97.00 %

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Acolhido(a) por: VIVIANE VIANA DUDA ARRUDA

Data: 10/08/2018 18:28



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO *At: 43 6434*

PACIENTE: *Gilberis Lourenço Barbosa* REGISTRO Nº *200207*

SALA CIRÚRGICA Nº *05* DATA *26/09/18*

CIRURGIAS: *bot Cirúrgico Anterior (E)* CIRURGIÃO: *Dr. Luis Antônio*

ANESTESIA: *bloqueio de plexo + sedação* ANESTESIOLOGISTA: *Dr. Danilo*

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>IX</i>	Oxigênio			<i>4</i>	Aguilha Descartável <i>95/3</i>		
<i>L</i>	Água Destilada			<i>1</i>	Aguilha para <i>Wendura</i> <i>plexo</i>		
	Atropina				Aguilha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
<i>1</i>	<i>Cefazolin 1g ceftriaxon</i>			<i>1</i>	Atadura Crepom <i>20 cm</i>		
<i>1</i>	Clonidina			<i>1</i>	Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg			<i>1</i>	Cateter para Venopunção <i>18</i>		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<i>1</i>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina <i>5/1000</i>				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			<i>1</i>	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
	Soro Fisiológico			<i>1</i>	Fio de Nylon <i>3.0</i>		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<i>1</i>	Gase 7,5x7,5 <i>24</i>		
	Tepoxican				Lâmina de Bisturi		
	<i>100ml clorox 20%</i>				Luvas Estéreis 7,0		
	<i>300ml clorox 20%</i>			<i>1</i>	Luvas Estéreis 7,5		
	<i>1 compressa de</i>				Luvas Estéreis 8,0		
	<i>1 Kitatum</i>				Seringa 5ml		
	<i>1 sítalem</i>			<i>1</i>	Seringa 10ml		
	<i>1 ropivacaína</i>			<i>1</i>	Seringa 20ml		
					Sonda de Folev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
				<i>1</i>	<i>Latex</i>		
				<i>1</i>	<i>mascaras desc.</i>		
				<i>1</i>	<i>propis desc.</i>		
				<i>1</i>	<i>luvas des.</i>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
TOTAL				TOTAL			

05-802-494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 9º 902 BLC
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Saia de Cirurgia





ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Nº 4648

NOME: <u>Adriano Lourenço</u>		PRONTUÁRIO: <u>200202</u>
DATA: <u>26/09/2018</u>	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDADE: _____
PROCEDIMENTO REALIZADO: _____		CONVENIO: <u>SUS</u>
NASCIMENTO: <u>1/1</u>		

Índice Aditivado (Kroulik)	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ. Muscular	Consciência	Norário	F.C.	PA	F.R.	T.Ax	Volume Infundido	Diurese	Rubrica
						S.O.							
						15 min.							
1	2	2	2	1	2	30 min.							
10	2	2	2	2	2	60 min.							PO
10	2	2	2	2	2	2h							PO
						3h							PO

RESPIRAÇÃO 2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR 1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA 0 CIANÓTICO						CIRCULAÇÃO 2 PA <30% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO 0 PA <50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO							
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO 0 SpO ₂ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO O ₂ 1 PRECISA RECEBER O ₂ PARA SpO ₂ > 90% 2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE			ATIVIDADE MUSCULAR 2 APTO MOVER 4 EXT 1 APTO MOVER 2 EXT 0 APTO MOVER 1 EXT			CONSCIÊNCIA 2 DESPERTO TOTALMENTE 1 DESPERTO AO CHAMAR 0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO							

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

19:50 Paciente estável clinicamente, repouso, em suíte.

4:00 alta para casa

[Assinatura]

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 JAN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. L
Res. Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: *Alberth Lourenço Batista* Nº do Registro:
 Clínica: *Ortopedia* Nº do Leito:
 Operador: *Dr. Luis Antônio*
 1º Assistente: *Dr. Walter FZ* 2º Assistente:
 Instrumentador: *Dr. Luiz* Anestesiista: *Dr. Danilo*
 Anestesia: *260918* Duração:
 Data da Operação: *260918* Início: Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Fratura da Orelha Anterior*
CP E
 Diagnóstico Pós-Operatório:

05.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Operação Proposta:

Operação Realizada: *artroscopia com 2 placas DCP*
3,5 mm

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

*Reto em DDH, sob bloqueio pleuro-
 pulmonar*
*Pa timorolol + Amepic + Propofol com
 sedação profunda até 100%*
Limpeza Thompson
Aproximação placa DCP 3,5 no gôdulo E
tração lateral
Aproximação placa DCP 3,5 no gôdulo E
Aproximação por guias
arturo
curativo
Drenagem passiva
Uso de tração perfurada de 2 em MSE
IRPA

20 SET 2018



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Alfonso Luciano Ruelos

Prontuário: " 000007 "

Data: 10 / 08 / 2018 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

05.802.494/0001-41 *Tratado de medicina*
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 JAN 2019

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Boa Vista, Nº 175, SL 902 BL. C
RECIFE-PE

reclusão a 10 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

tratamento ambulatorial de ortopedia com os membros

Alta Hospitalar: Data: 02 / 10 / 2018

Hora: _____

HRA
Data: 13/11/18
Hora: 8h
Milton Barros

Dr. Alexandre Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 6360
TEC 5495

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



SINISTRO 3190040734 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALBERES LOURENCO BARBOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRACÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO ALBERES LOURENCO BARBOSA

CPF/CNPJ: 47360763487

Posição em 18-03-2019 13:35:55

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/01/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

