

SUBSTABELECIMENTO

SUBSTABELECENTE:

SILVANA CARLA BRITO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, brasileira, advogada, inscrita na **OAB-PE nº 32.544**, com endereço profissional na Rua Bernardo Guimarães, nº 506, bairro – Santo Amaro, Recife/PE, CEP: 50.050-440.

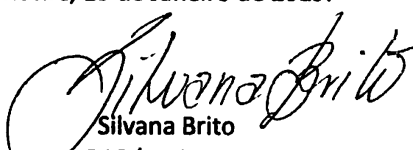
SUBSTABELECIDOS:

EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiro, advogado, inscrito na **OAB-PE nº 28.570**, com endereço profissional na Rua Bernardo Guimarães, nº 506, bairro – Santo Amaro, Recife/PE, CEP: 50.050-440.

PODERES:

Substabeleço, **sem reservas**, todos os poderes recebidos de _____, constante nas procuração anexa aos presentes autos, inclusive os específicos e especiais, ficando habilitado a praticar todos os atos necessários ao pleno, bom e fiel desempenho do presente mandato em trâmite nesta comarca.

Recife, 15 de Janeiro de 2019.


Silvana Brito
OAB/PE 32.544



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

FERNANDO JOSÉ DA SILVA BRASILEIRO, SUSCRIPTOR,
SOLTEIRO, CPF: 098.975.364-69, RESIDENTE NA RUA LUCAS
MANOEL LEITE, Nº 67, CENTRO, AGRISTINO, CEP. 55945-000

OUTORGADA: SILVANA CARLA BRITO CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE, brasileira, casada,
advogada, OAB/PE nº 32.544, CPF/MF nº 848.413.464-49, com endereço profissional na Rua
Gildo Neto, nº 32, Tamarineira, Recife/PE, CEP 52050-130.

PODERES: O(A) outorgante confere a outorgada poderes para representá-lo
em juízo, em qualquer instância, para patrocinar Ação Judicial no Tribunal de
Justiça do Estado de Pernambuco, podendo postular inclusive em instância
administrativa, nas esferas municipais, estaduais e federais, bem como
defendê-lo em ações contrárias correlatas, conferindo-lhe os poderes da
cláusula *ad judicium* e *ad judicium et extra* para o foro em geral e os especiais
para transigir, desistir, confessar, reconhecer, renunciar, reconvir, firmar
compromisso e acordos, receber e dar quitação, receber notificações,
intimações e alvarás judiciais provenientes da ação, representar o outorgante
em audiência de tentativa de conciliação e instrução e julgamento, tudo
podendo requerer e assinar, em fim, praticar todos os atos necessários ao fiel
cumprimento deste mandato, podendo inclusive, substabelecer com ou sem
reservas de poderes.

Recife, 10 de janeiro de 2017.

Fernando José da Silva



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Declaro, para os devidos fins, com fundamento na Lei nº. 1.060/50, que não estou em condições de pagar custas e demais despesas processuais sem prejuízo próprio e de minha família. Declaração esta que faço sob as penas da lei e sob a minha própria responsabilidade.

_____, _____ de _____ de 2016.

Fernando José da Silva
(Declarante)

000000





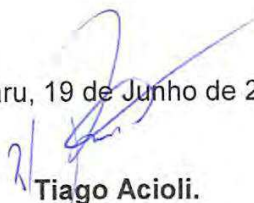


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do(a) Sr(a) **FERNANDO JOSÉ DA SILVA CPF-098.975.364-69 e RG-8.574.782 SDS/PE**, que consta nos registros de ocorrências **Nº1804010429** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço, ao(a) mesmo(a) no dia 01/04/18 às 15h e 47min, no endereço **AV. JOSÉ RODRIGUES DE JESUS, SANTA ROSA, CARUARU/PE**, com queixa de **COLISÃO DE CARRO E MOTO** tendo sido enviada a **UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportada para o HRA.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: Avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 19 de Junho de 2018


Tiago Acioli.

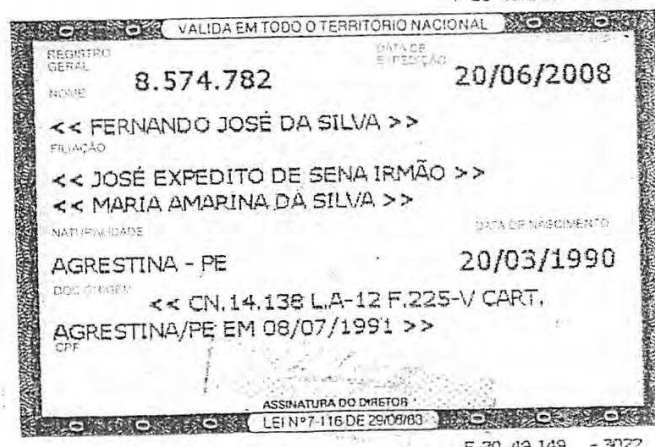
Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 20 / 06 / 18

Fernando José da Silva



Vitima





Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

098.975.364-69

Nome

FERNANDO JOSE DA SILVA

Nascimento

20/03/1990

CÓDIGO DE CONTROLE

630E.1665.5FAC.AFBB



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às **12:12:01** do dia **17/07/2017** (hora e data de Brasília)
dígito verificador: **00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Terça Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 53050-502
CNPJ 10.835.938/0001-99 (Insc. Est. 0205343-03) www.celpe.com.br

DADOS DO C. ENTREGADOR
JOSE E FREDERICO DE SOUZA MARTINS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA LUCAS MANUEL LEITE 27

CPF: 627 376 724-73
CLASSIFICAÇÃO

CENTRO AGRESTINA
AGRESTINA PE
55495-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

CONTA CONTRATO
PER 490

Nº DA NOTA FISCAL
Nº DO CLIENTE
Nº DA CLASSIFICAÇÃO
16/03/2018 2012005707 00627

7035470626
03/2018
23/03/2018 17/04/2018

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR (R\$)
50,00000000	0,9422191	47,11
		2,50
		3,00

Consumo: 50,00 kWh
Contribuição: 2,50 R\$
PRODUTOS: 3,00 R\$

TOTAL DA FATURA

Nº DO MESOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
00000	121	16/03/2018	221000	04/04/2018	221000	19	47,11

HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	CONSUMO (kWh)
MAR 18	60
FEV 18	64
JAN 18	61
DEZ 17	61
NOV 17	60
OCT 17	52
SET 17	50
AGO 17	49
JUL 17	50
JUN 17	68
MAY 17	
ABR 17	
MAR 17	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	25,00	11,28
PIS	0,65	3,06
COFINS	3,81	1,80

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	Porcentagem
Geração de Energia	11,23	23,84%
Transmissão	1,36	2,89%
Distribuição (Celpe)	4,79	10,17%
Perdas de Energia	2,54	5,39%
Energias Sotadas	3,69	7,83%
Tributos	12,14	25,76%
TOTAL	47,11	100%

3-ADA D397 C335 CB+3 G074 94FE 195F 80AE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Na data da fatura o beneficiário recebe o boleto de pagamento. O cliente é responsável por pagar o boleto até a data de vencimento. O cliente pode optar por pagar o boleto em parcelas, desde que seja informado no ato da contratação. O cliente pode cancelar a cobrança de serviço no momento da fatura ou a qualquer tempo. A FIP (FIP 151-1) constitui a única fonte de informação sobre a situação de saúde do beneficiário.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS

CONSUMO	VALOR APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
0,00	0,00	6,91	11,82	27,44
0,00	0,00	3,12	6,25	13,70
0,00	0,00	1,46	0,00	

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231



11/04/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



Buscar no site

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

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

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

SINISTRO 3180343096 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FERNANDO JOSE DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO FERNANDO JOSE DA SILVA

CPF/CNPJ: 09897536469

Posição em 11-04-2019 15:46:38

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
10/12/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
24/11/2018	Interrupção de Prazo	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1C5XlfusDSYSTvcWkFfi__api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE7drg5IUb5xsXOfFRnbaqNU=
14/09/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/K0fnO6j__sq6c90__uTWr__api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE7drg5IUb5xsXOfFRnbaqNU=
22/08/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/216y6l1tRWufyrMTVhy0rQ__api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE7drg5IUb5xsXOfFRnbaqNU=
04/08/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4moBPLKnsqCd8P7itwfKKQ__api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE7drg5IUb5xsXOfFRnbaqNU=
31/07/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eTG8HL3gjmGj__Z9FtCjyC__api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXE7drg5IUb5xsXOfFRnbaqNU=

www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true

1/3

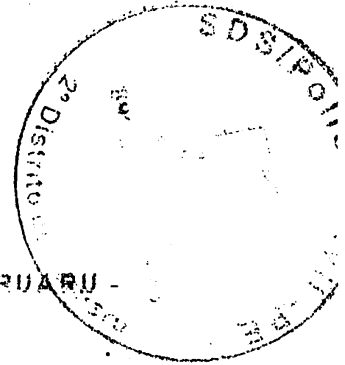


Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 11/04/2019 16:01:43
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041116014359400000043088733
Número do documento: 19041116014359400000043088733

Num. 43740649 - Pág. 9



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0180001510**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/06/2018** às
10:20

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que
aconteceu no dia **1/4/2018** às **16:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 1, AV JOSE
RODRIGUES DE JESUS** - Bairro: **SANTA ROSA - CARUARU/PERNAMBUCO**
/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE)),
JOSE CARLOS DA SILVA (OUTRO)
JOSE EDSON DA SILVA (OUTRO)
FERNANDO JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a).
JOSE CARLOS DA SILVA

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

JOSE CARLOS DA SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
LINDALVA DA SILVA Pai: FRANCISCO CALIXTO DA SILVA Data de Nascimento: 11/4/1994
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 55, RUA LUCAS MANOEL LEITE - CEP: 0
- Bairro: COHAB - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

FERNANDO JOSE DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
AMARINA DA SILVA Pai: JOSE EXPEDITO DE SENA IRMAO Data de Nascimento: 26/3/1999
Naturalidade: AGRESTINA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6574752/SDS/PE (RG).
09897536489 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE AGRESTINA, 28, RUA PADRE CICERO - CEP: 0 -
Bairro: COHAB - AGRESTINA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



JOSE EDSON DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

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

Placa: **PER00000** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **SC2KC16559EH456081**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA FERNANDO JOSE DA SILVA DE QUE IA NA GARUPA DA REFERIDA MOTO QUANDO NO LOCAL MENCIONADO VEIO UM VEICULO E BATEU NA MOTO, TENDO A VITIMA CAIDO AO SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO PELO SAMU AO HRA EM GARUARU.

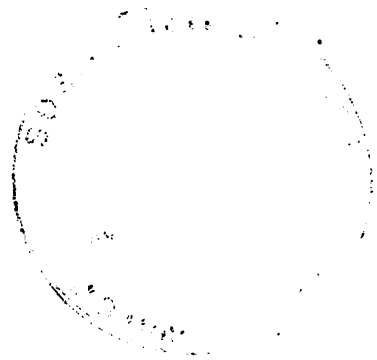
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**FERNANDO JOSE DA SILVA
(VITIMA)**

Fernando José da Silva

B.O. registrado por: **FRANCISCO MIGUEL DA SILVA - Matrícula: 136042-6**

Francisco Miguel da Silva



23/06/2018 10:02

Imagem de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/Desktop/BOEPreview.html



HA: U0012

AL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Arrendamento: 402233 Prontuário: 316180
 Nome: FERNANDO JOSE DA SILVA
 Data Nasc.: 30/03/1990 Idade: 28 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: 09897536469 RG: 8574782 CNS: 702107705181592
 Endereço: RUA Nº: 0
 Bairro: CENTRO Cidade: AGRESTINA Estado: PE
 CEP: 55495000 Fone: 993494053 Profissão: CABELEIREIRO
 Nome da Mãe: MARIA AMARINA DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: CIRURGIA GERAL

2 - ATENDIMENTO Data: 01/04/2018 16:34 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de acidente automobilístico há ± 40 min com trauma em MIE. Naque TCE, náuseas, vômitos e epistaxe. Mefimur ingestão de bebida alcoólica. História ans de Rinsite.

At Vias aéreas patentes em ins de rotas normal. Naque cervicologia

Exame Físico: B MV @ bilateral SI RA PA: FC: FR:
 C RCR, 2T. Pleural hemicomamente estéril. FC 80
 D: Glóbulos 15. Sem déficits neurológicos. Pupilos isocóricas e fotomaculadas
 E: Extremidades inferiores com imobilizações de tornozelo E.
 Boia estéril.

Diag. Provisório: Abdome: Flácido, indolor a palpação, sem irritações.
 HD: Fratura Tornozelo.

Rel: Solicito Rx Tórax + Boia + tornozelo E em AP e P

Dra. Gabriela Jacome
 Cirurgia Geral
 CRM-PE 26635

Prescrição:

Dieta: _____

Data	Horário
1) Dieta zero	
2) SRL 1000 ml, EV 24h	22
3) Dipirona 500mg, 1comp + AD, EV, 6/6h	24 06
4) Plasil 1comp + AD, EV 8/8h SN	
5) Tramadol 100mg + 100ml SF 0,9% EV, 8/8h SN	
6) SSUV + CCG	
At Cirurgia Geral (18:04)	
Rx de tórax e boia sem alteração	
Rx de puno E evidenciando fratura de tórax.	

Dra. Gabriela Jacome
 Cirurgia Geral
 CRM-PE 26635

1 de 2

Rel: Alta Cirurgia Geral
 + Ortopedia

Dra. Gabriela Jacome
 Cirurgia Geral
 CRM-PE 26635

+ Dr. Petrópolis



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Ortopedia
havia exame de fêmur E
SAT 5/12/18
Ortopedia 25/12/18

Dr. W. V. Lima - 18290
Ortopedia e Traumatologia

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste estabelecimento, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____

Data: ____/____/____

Tel.: _____

Assinatura _____

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____

Endereço: _____

RG: _____

Procedimento: _____

Tel.: _____

Assinatura _____

Diag. Definitivo: _____

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____

Hora: _____

Médico: _____

CRM: _____

4/1/2018 4:35:12 PM
2 de 2Usuário do Atendimento
SIMONESC

**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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Leandro Jori da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

316112

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 9 1 0 1 7 7 0 5 9 8 1 5 9 2

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/03/90

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

mf: Maria A Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 3 1 9 1 3 4 3 4 0 5 3

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Agreste

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 55 495000**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**Valores elevados de ureia, com proteinúria e
de lactose C.**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Trat. de urgência

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

R₁

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência cardíaca de lactose C

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação de lactose C

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Leonardo Lima

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

01/04/12

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: Fernando Jori da Silva

Nº do Registro: 316180

Clínica:

Nº do Leito

Operador: Dr. Jori Alberto

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesiologista:

Anestesia:

Duração:

Data da Operação: 01-04-11

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura exposta de tíbia e

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Trat. da fratura exposta de tíbia + desbridamento

Operação Realizada:

Sutura de tendão anterior

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- ① Punção em DDM sob anestesia
- ② Anestesia + Antissepsia e preparação da cirurgia
- ③ Ampliação do punção inicial exposto de tíbia + desbridamento
- ④ Hemostasia local
- ⑤ Sutura para aproximação das bordas da ferida
- ⑥ Sutura + Gaxetas para fechar a ferida
- ⑦ Observada nos pontos de sutura

Dr. Jori Alberto de O. Filho

CRM-PE 26637
CRM-AL 7325

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Fernando José

Prontuário: 316 180

Data: 13 / 04 / 18 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura exposta ulna e

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar sob supervisão do Dr. Paulo de Lima

Orientada a retornar ao ambulatório de Ortopedia (em 15 dias)

TRATAMENTO REALIZADO:

Devido ao alinhamento dos segmentos ósseos foi optado pelo

Tratamento conservador.

Alta Hospitalar: Data: 13 / 04 / 18 Hora: _____

[Assinatura]
Ass. do Médico e CRM

Carimbo



