



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu GIVALDO RAMOS DO NASCIMENTO

RG nº 3906497, data de expedição 10/08/07, Órgão SDS-PE,

CPF nº 882.694.854-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>AV. CASTRO ALVES</u>
Número	<u>800</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁGUAS COMPRIDAS</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53180-210</u>
Telefone de Contato	<u>(81)9.8777-1356 (81)9.9729-0363</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 12 de NOVEMBRO 2017

Assinatura do Declarante: Givaldo Ramos do Nascimento



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Givaldo Ramos do Nascimento, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 3.906.497 S0SIPE e CPF: 882.694.854-20 residente na Av. Castro Alves, 800, Jiquias Compridas, Olinda / PE. CEP: 53380-930.

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, 22 de Janeiro 2019

GIVALDO RAMOS DO NASCIMENTO
Outorgante



DECLARAÇÃO

DECLARO, 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), 22 de Janeiro de 2019 .

SPINALDO RAMOS DO NASCIMENTO





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS
DP25ªCIRC DIM/7ªDESSC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0115005380

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/12/2017 às 14:39

Complementa o BO Número: 17E0115004789

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 5/12/2017 na período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local: PAV. VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) no acidente:
DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) no acidente:
VEÍCULO: (Usado na geração de ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO

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

GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/masculino AURELIA RODRIGUES DA SILVA Pai: ALCIDES RAMOS DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 14/01/1978 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido/nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO, que estava em posse do(s) Sr(s): GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO
Categoria/Variante/Motor: MOTOCICLETA HONDA NXR150 DROS Oito (seis) epreensão: NÃO
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFT4230 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

05/12/2017 14:39





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS -
DP25ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0115004789**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/11/2017 às
11:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 5/9/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1 - Bairro:
PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO - BRASL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na ocorrência da ocorrência), que esteja em posse do(s)
Sr(a): GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO

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

GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: AURELINA
RODRIGUES DA SILVA Pai: ALCIDES RAMOS DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 14/01/1978
Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO,
que esteja em posse do(a) Sr(a): GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Cópia apreendida: NÃO
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PFT4236 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observações

06/11/2017 11:40



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA OLINDA - OLINDA



Atendimento: 1168764

Senha de Classificação:

0207

Data e Hora: 06/09/2017 17:21

Paciente: 451782 GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 14/02/1975 Idade: 43 anos Convenio: 7 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: AURELINA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: _____
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: CASTRO ALVES _____ 800 Bairro: AGUAS COMPRIDAS
Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53162211 Usuário Atendimento: ALEXSANDRAMS
RG (Identidade): _____ Date de Emissão: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 83260485420 Fone: 54759048
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

País: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

ixa Principal

*Doença de origem na mão
de 20-30 dias
com dor e inchaço
na mão esquerda.*

Exame Físico

dir. edema + inchaço + dor.

Hipótese Diagnóstica

*trauma na mão esquerda
com inchaço e dor*

nduta Terapêutica

sem rx

Prescrição Médica

*1000 mg
de tramadol 50mg/500mg
1 comprimido 3x ao dia
de 10 em 10 dias
7 dias de uso*

IMOBILIZAÇÃO

**FABRILACIPI
FARMACIA**

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

NMA: _____

Senha: 0207

Para

*SELECIONADO
Pelo Médico
diploma*

Carimbo/Médico

ATENDIDO



1168764



JPA 24 HORAS - OLINDA

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Sistema de Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 06/09/2017 16:58

Nome Paciente:	GINALDO RAMOS DA NASCIMENTO
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	13/02/1975
Sexo:	Masculino
Idade:	42
Senha:	0207
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 06/09/2017 17:00 - 06/09/2017 17:00
JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:	NÃO URGENTE - VERDE
Cor:	VERDE
Queixa Principal:	TRAUMA EM MID POS QUEDA DE MOTO
Observação:	ALERGIA- USIATT
Fluxograma sintoma:	TRAUMA
Discriminador(es):	- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H.
Especificidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/09/2017 17:00

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Giuliano Nunes de Vasconcelos Registro: 107032
Enfermeira: _____ Leito: _____

25/03/19	AFOCH
25/03/19	NO @ PO (09/03/19) Em análise laboratorial
Paciente vem de serviço de emergência com queixa de náusea, vômito e dor abdominal em abdômen superior.	
Ao exame físico sem alterações, sem febre.	
<p>① - ② - Paciente em observação</p> <p>③ - Retorno em 15 dias</p> <p>④ - Contato com o médico Daniel Cabral</p>	





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES **AT= 394529**

IDENTIFICANTE: HOSPITAL MIGUEL ARRAES

2 - CNES: 6431980

4 - CNES: 6431980

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Nome do Paciente: **ELIANA RODRIGUES DA SILVA**

2 - Sexo: **F**

3 - Data de Nascimento: **14/02/1979**

4 - Estado: **PE**

5 - Município: **PE**

6 - Nº Profissional: **167072**

7 - Endereços:

- 7.1 - End: **0000 - 1160 - Rua Aplica**
- 7.2 - Telefone de Contato: **8127606274**
- 7.3 - Telefone de Contato: **884789048**

8 - UF: **PE**

9 - CEP: **53180210**

10 - CID 10 Primária: **280560**

11 - CID 10 Secundária: **PE**

12 - CID 10 Outras: **53180210**

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Sinal com febre de 38,5 em 20/03/2019, com tosse e dor no tórax.

Trat. com...

Com melhora...

Em melhora...

PROCEDIMENTO SOLICITADO

5826 V23.9

04.08.05.257.8

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

30 - CNPJ Seguradora: **07893017**

31 - CNPJ Empresa: **12345**

32 - CNPJ Empresa: **12345**

33 - CNPJ Empresa: **12345**

34 - CNPJ Empresa: **12345**

35 - CNPJ Empresa: **12345**

36 - CNPJ Empresa: **12345**

37 - CNPJ Empresa: **12345**

38 - CNPJ Empresa: **12345**

39 - CNPJ Empresa: **12345**

40 - CNPJ Empresa: **12345**

41 - CNPJ Empresa: **12345**

42 - CNPJ Empresa: **12345**

43 - CNPJ Empresa: **12345**

44 - CNPJ Empresa: **12345**

AUTORIZAÇÃO

47 - CNPJ Empresa: **E250000001**

AIH
261710091037-0



Código do Laudo: **264189**





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **394529**

Usuário: ROSEANESH

HOSPITAL RIGUEL ARRAES

DADOS DO PACIENTE

Nome: **GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO** Prontuário: 107073
 Estado: **PE 511 240** Sexo: **M** Estado Civil: **SOLTEIRO** Data de Nascimento: 14/2/1973
 Profissão: _____ Escolaridade: _____
 C.P.F.: **88269485420** Telefone: **984739048** CEP: **53180210**
 Endereço: **AVENIDA CASTRO ALVES**, 800 - **ASUAS COMPRIDAS** - **OLINDA** - **PE**
Dados da Internação
 Data e Hora da Internação: **9/9/2017 07:38**
 Plano: **GERAL**
 Tipo de Internação: **VERDE 2 ORTOPEDIA** Acomodação: **ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO** Leito: **VERDE-33**
 Motivo de Internação: **PLANTONISTA ORTOPEDIA**

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: _____ R.G.: _____ C.P.F.: _____
 Número: _____ Estado civil: _____
 Cidade: _____

FATURADO
 18/09/17
 HIGUEL ARRAES
 HOSPITAL
 OLINDA - PE

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: **10/09/17** Hora da Alta: _____

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: **11.00 L. H. 02.00**

Diagnóstico Principal.....: **Fr. Fechada Cot. Dire. (2)**

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Tratamento.....: **LAE: CI, Pain e Antibios**

**REVISADO
CCIH-HMA**

Dr. Ayton F. _____
 Médico e CRM: _____

Ginaldo Ramos do Nascimento
 Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG **939-380**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

A internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL RIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial, que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

_____ de _____
Ginaldo Ramos do Nascimento
 Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAS

Protocolo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 07/09/2017 07:51



Nome Paciente: GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 107072
Data de Nascimento: 14/02/1975
Sexo: Masculino
Idade: 42
Senha: 0004
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 394388
SAME: 84797

REVISADO
NEPI-HMA

Período: 07/09/2017 08:35 - 07/09/2017 08:35

NANCY NUNES DE MACEDO OLIVEIRA - COREN: 007463 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: **NAO URGENTE - VERDE**
Cor: **VERDE**
Queixa Principal: PACIENTE SOFREU ACIDENTE DE MOTO HA 1 DIA, APRESENTANDO FX DE MALÉOLO LATERAL D. NEGA: SÍNCOPE, VÔMITO, DM, ALERGIAS OU USO DE BEBIDA ALCOOLICA REFERE USO DECAPACETE.
Observação: LPA OLINDA, SENHA: 0401 (SISTEMA FORA DO AR?)
Etiologia sintoma: TRAUMA
L. Minador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 8 HORAS
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERIMENTO PERFURANTE
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Líqes: - SACR - REGUA DE DOR: 2
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15

NANCY NUNES
[Handwritten signature]

Acolhido(a) por: NANCY NUNES DE MACEDO OLIVEIRA - COREN: 007463 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/09/2017 08:35

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Registro: 394369

Senha da Classificação:

0004

Data: 07/09/2017 07:58

Nº 107072 GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO

Data de Nascimento: 14/02/1975 Idade: 42 anos Convênio: 2 SUS - EXTERNO / URGÊNCIA

Mãe: AURELINA RODRIGUES DA SILVA Nome do Pai: ALCIDES RAMOS DO NASCIMENTO

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346

Endereço: AVENIDA CASTRO ALVES - 800 Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade: OLINDA PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nº Documento Estrangeiro:

RESUMO DE TRATAMENTO

SO _____ Atua _____ Temperatura _____ Hora _____

Sinais Principais

De 02/09/2017 até 07/09/2017 - quadro de dor aguda na região da coxa esquerda (2)

Sinais Físicos

Unx (+) Dn (+) R. de L. (+)
 Dor aguda na coxa esquerda, insensível a analgésicos, piora com movimentos ativos e passivos da articulação da coxa esquerda (2)

Diagnóstico

CEM na região da coxa esquerda (2) (Fratura)

Prescrição Médica

1) Tramal 100mg + 100mg a cada 6h em caso de dor 12/20 Siga
2) Tetr. 500mg a.c. 2x/d.

Dr. Anton Ferraz
Ortopedista
CRMPE 23.000

3) Encaminhado para internação na Unidade de Trauma e Ortopedia

Assinatura e Carimbo/Médico

() Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido Para _____ Senha _____

Encaminhado ao setor de internação





Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
 Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA 0401**
 Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
 Nome do Paciente: _____ Idade: 58 anos
 Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
 Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
 Cidade: Olandia

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)
 Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motocicleta ()
 Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
 Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de Cint. S() N()
 Motocicleta: Motorista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
 Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
 Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
 Exposição ao: Fogo/Furnaca/Choque Elétrico ()
 Queda () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
 Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo _____
 Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Ditar: _____
 Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Exção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
 História Clínica Atual: Via livre de ar e saída de ar normal
sem dispnéia - sem ruídos cardíacos
 Hipótese Diagnóstica: sem sinais de lesão de pulmão

AValiação CLÍNICA
 Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
 Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostale S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
 Sibilos Expiratórios: S() N() BAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/Estridor: S() N()
 Distúrbio Falso-Choro: S() N()
 Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de Ista: S() N() Retração Xifóide: S() N()
 Perfusão Periférica: Boa () Lemificada () 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 Crianças 25-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100
---	---



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Ginecos Casos do Nascimento REG: 107072
 CLÍNICA: ORTOPEDIA ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
	<u>#501 #</u>
09/09/14	<p>Pt, 42a, Sm. Lombo, dor, dificuldade de cam- 11:30 WÃO MOTO-GRUPO 145 24 HORA EVOLUÇÃO COM HD: ① dor, fratura de L5/S1, fratura de TORAX ② DM ③ L5/S1 ④</p> <p>EF: ⑤, ⑥, ⑦, ⑧, ⑨, ⑩, ⑪, ⑫, ⑬, ⑭, ⑮, ⑯, ⑰, ⑱, ⑲, ⑳, ㉑, ㉒, ㉓, ㉔, ㉕, ㉖, ㉗, ㉘, ㉙, ㉚, ㉛, ㉜, ㉝, ㉞, ㉟, ㊱, ㊲, ㊳, ㊴, ㊵, ㊶, ㊷, ㊸, ㊹, ㊺, ㊻, ㊼, ㊽, ㊾, ㊿</p> <p>Doa à dor e mobilização de tornozelo ① com cura (2+4+)</p> <p>EXAME LABORATORIAL: NEGATIVO</p> <p>HD: 1) Em posição de L5/S1, dor de tornozelo do lado.</p> <p>1) Frenagem 2) Sutura hemostática e Curativo Curativo 3) Tala com imobilização</p> <p>Dr. Ayton Ferraz CRM-PE 25300</p> <p>com exame laboratorial negativo, mobilização de tornozelo com cura (2+4+)</p> <p>Dr. Ayton Ferraz CRM-PE 25300</p>
09/09/14	<u>#0100140</u>
07:30	<p>Pt, 42a, diag, 65a. HD: FRATURA BILAMELAR DE TORAX ① Paciente consciente, orientado, deambulando com auxílio.</p> <p>cd = Bloco cirúrgico hoje, diag, amanhã</p>

Dr. Paulo Cunha
 CRM-PE 25300





510/04.

Ficha de Cirurgia Descritiva

Núm de Cirurgia: 45015 Sala: 0003 SALA 03
 Paciente: 107072 GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO
 Convênio Atend: 1 SUS - INTERNACAO Atendimento: 394829
 Leito: 709 VERD2-33 Carteira:
 Dt. Inicio: 09/09/2017 10:02 Dt. Fim: 09/09/2017 12:01 Idade: 42 Anos 28 Dias 12 Horas
 Nº do Operatório: 8826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL
 4º Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408050678 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)
 Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
 Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIÃO 18412 GABRIEL FREIRE MONTEIRO

Descrição

Prescrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA MALEOLO LATERAL TNZ DIR
 CIRURGIA: RAFI COM PLACA 1/3 DE CANO + PARAFUSOS
 CIRURGIÃO: DR. GABRIEL MONTEIRO + DR. MATHEUS PASSOS
 ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DOH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE POSTEROLATERAL DE 7 CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
6. REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA DA FIBULA;
7. APOSIÇÃO DE PLACA 3,5 MM 1/3 DE CANO LATERALMENTE A FIBULA TIPO SUPORTE DE OS FUIROS E FIXADO PROXIMAMENTE 03 PARAFUSOS CORTICAIS E 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTALMENTE SENDO 1 DELES TRANSDESMOIDAL SOB VISUALIZAÇÃO COM ESCOPIA;
8. LIMPEZA COM SF 0,9%;
9. SUTURA POR PLANOS;
10. CURATIVO LOCAL.

Indicações Cirúrgicas:

Descrição Complementar

Gabriel Freire Monteiro
 Cirurgião e Hematologista
 CRM 10.225/01 1.0027

PATURBANDO
 18/09/2017
 CLAUDEIANE SOUSA
 PATURBANDA

DR(A): GABRIEL FREIRE MONTEIRO
 CRM: 18412



Atendimento: 394528
Dt Abandimento: 08/09/2017 - 07:58 Dt Alta: 10/09/2017 - 11:25
Paciente: 107073 GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 68 ORTL-010-LEITO 004 Piso: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: KEILLAACN

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

KEILLA AMANDA CORREIA DO NASCIMENTO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

RECEBIDO

Em 11/02/2017
Por [Signature]

RECEITUÁRIO

Gianna Ramos de Nascimento

Leite materno

Receita para os exames para que o
pequeno Gianna Ramos de Nascimento
foi realizado neste Serviço no dia 03/02/17
por Dr. [Signature] sendo sugerida
a realização cistoscopia no dia 03/02/17

Enviei com Sr. [Signature] sendo orientada a
não fumar e beber álcool.
Recomendo observação de suas atividades
maternas por um período de 20 (vinte) dias.
CID: S70,000 S70,6

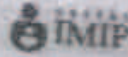
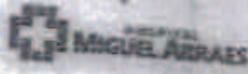
11/02/2017

Daniel Cabral
Residência Médica
Cirurgia de 24.017

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



Lado pl. 2005



RECEITUÁRIO

GIMNÁIO ROMOS DO NASCIMENTO

Paciente foi submetido a tratamento

cirúrgico de fístula do leite no

marfido lateral e dilata

Ar -> fístula construída

sem maiores complicações

CD ALTA

Após o término do tratamento

16/03/18
HAMA - Hospital Miguel Arraes
Francisco Couto
Chefe de Serviço
CRM 13249

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



SINISTRO 3180053982 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO
CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME
BENEFICIÁRIO GINALDO RAMOS DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 88269485420

Posição em 18-03-2019 13:48:02

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
07/03/2018	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

