

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSEMIR SANTANA DA SILVA, brasileiro, solteiro, encarregado de produção, RG de nº. 8.853.580, expedido SDS/PE, CPF de nº. 116.403.074-43, residente e domiciliado na Rua Santa Barbara, nº. 200, Loteamento Santa Cruz, Cruz de Rebouças, Igarassu-PE, CEP 53.630-620.

OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE, com endereço eletrônico jm_adv08@hotmail.com.

PODERES

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula “ad judícia”, conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Recife, 18 de Julho de 2019.

Josemir Santana da Silva
Outorgante

TERMO DE RESPONSABILIDADE

EU, **JOSEMIR SANTANA DA SILVA**, brasileiro, solteiro, encarregado de produção, RG de nº. 8.853.580, expedido SDS/PE, CPF de nº. 116.403.074-43, residente e domiciliado na Rua Santa Barbara, nº. 200, Loteamento Santa Cruz, Cruz de Rebouças, Igarassu-PE, CEP 53.630-620. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

RECIFE, 18 de Julho de 2019.

Josemir Santana da Silva
Assinatura

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURLIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

JOSEMIR SANTANA DA SILVA

JOSEMIR SANTANA DA SILVA

POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.853.580

NOME << JOSEMIR SANTANA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << IZAIAS HONORIO DA SILVA >>
<< MIRIAM DE LIMA SANTANA >>

NATURALIDADE PAULISTA - PE

DOC. ORIGEM << CN.3535 L.1AA F.99 CART.NOVA

CRUZ.IGARASSU-PE 08.03.1996 >>

CPF 116.403.074-43

DATA DE NASCIMENTO 11/08/1994

LEI Nº 4.002/63

F-56 86.989 - 4332

EXCELSIOR SEGUROS
31 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

A DRª RENATA REGO

URGENTE

Renato Oliveira (Rennan)
Coordenação Saúde pra Gente
Apoio ADM. CABINETE/RH
Promotor MA 141239

94019741
987799739

Sistema Único de Saúde

JOSEMIR SANTANA DA SILVA

Data Nasc.: 11/08/1994

Sexo: M

706 1000 9201 0760

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
O uso de dados aqui contidos é reservado ao SUS Nacional.
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

Cartão do Usuário

SUS

Sistema Único de Saúde

Cartão Nacional de Saúde



Tarifa 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 50050-802
CNPJ 10.836.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE EUDES DOS SANTOS
PROXIMO AO ARTE SHOW

CPF 735.855.214-87

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA STA BARBARA 200

LOTTO SANTA CRUZ/CRUZ DE REBOUCAS
IGARASSU PE
53630-620

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
051831374	ÚNICA	21/02/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
21/02/2019	2001148783	1384084

CONTA CONTRATO	MESIANO
2268056012	02/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA
28/02/2019	25/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	57,27

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	68,0000000	0,73479853	49,98
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 044328399-26/12/18			0,47
Multa por atraso-NF 044328399-26/12/18			1,29
Juros por atraso-NF 044328399-26/12/18			0,51
Compensação DIC Anual 2018			-1,11

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
MV43463	CAT	24-01-2018	19.278,00	21-02-2019	19.346,00	28	1,00000		68,00

HISTÓRICO DE CONSUMO				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
Mes/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Descrição	R\$	%	Valor
FEV 19 68	ICMS	25,00	12,48	Geração de Energia	15,86	31,75%	
JAN 19 90	PIS	0,71	0,35	Transmissão	2,35	4,70%	
DEZ 18 87	COPINS	3,31	1,65	Distribuição (Celpe)	10,90	21,89%	
NOV 18 81				Perdas de Energia	3,45	6,81%	
OUT 18 75				Encargos Setoriais	2,83	5,66%	
SET 18 64				Tributos	14,49	28,00%	
AGO 18 55				Total	48,88	100%	
JUL 18 74							0,52156000
JUN 18 74							
MAI 18 89							
ABR 18 73							
MAR 18 75							
FEV 18 52							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você, agências, supermercados, lojas, etc. ou diretamente no site www.celpe.com.br. Na data de leitura a bandeira amarela indica que há uma interrupção no fornecimento de energia elétrica. O cliente é compensado quando há uma interrupção individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pague em atraso com multa de 2% (Resolução ANEEL nº 1.154/2010) e atualização monetária no mês. O cliente é compensado quando há descompensação no prazo de 12 meses para os padrões de atendimento comercial. Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no caso em que ocorrer a suspensão.

EXCELSIOR SEGUROS

31 MAIO 2019

SEGURO DPVAT

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 14h.

060-511314379-7

01/Mar/2019

HORA DE 09:29:23

TERM 0079/4

OT, 15.014916-6
LOCALIDADE: IGARASSU
VINCULADA: 2131

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGÉTICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 57,27

838603000000 572700110029
266055012107 138730118537



Número: **0063249-24.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEMIR SANTANA DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
51798145	03/10/2019 08:49	JOSEMIR SANTANA DA SILVA - B.O + COMPROVANTE DE PAGAMENTO	Documento de Comprovação



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUCAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0123000944**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/05/2019** às **11:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/2/2019** às **18:45**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 01 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA / PROXIMO A FABRICA UNIL S.A.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
POLLYANNE MAYZA HONORATO DORNELES (OUTRO)
JOSEMIR SANTANA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEMIR SANTANA DA SILVA**

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

JOSEMIR SANTANA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MIRIAM DE LIMA SANTANA

Pai: **IZAIAH HONORIO DA SILVA** Data de Nascimento: **11/8/1994** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO /**

BRASIL Documentos: **8853580/SDS/PE (RG), 11640307443 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU**

COMPLETO Profissão: **ENCARREGADO(A)** Telefones Celulares:

- **81994019741**

Endereço Residencial: **RUA SANTA BARBARA, 200, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / DESCONHECIDO** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

POLLYANNE MAYZA HONORATO DORNELES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Data de Nascimento: **4/2/1992** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7984192/SDS/PE (RG),**

09790961464 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:

- **8185677969**

- **81985477088**

Endereço Residencial: **RUA OITENTA E NOVE, 89, QUADRA 66, BLOCO 03. APARTAMENTO 208. - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

23/05/2019 1



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **POLLYANNE MAYZA HONORATO DORNELES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEMIR SANTANA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PEI1791** (PERNAMBUCO/PAULISTA)

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SENHOR JOSEMIR SANTANA DA SILVA. QUEIXANDO-SE DE QUE QUANDO ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA DE PLACA PEI-1791, DE PROPRIEDADE DA SENHORA POLLYANNE MAYZA HONORATO DORNELAS, NO BAIRRO DE CRUZ DE REBOUÇAS NA BR 101 NORTE PRÓXIMO A FABRICA DE INDUSTRIA E COMERCIO UNIL. QUANDO DE REPENTE VEIO UM VEICULO DE PLACAS, COR, NÃO ANOTADAS, COLIDIU COM O MESMO O QUAL TEVE ESCORIAÇÕES E FOI REMOVIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL MIGUEL ARAES EM PAULISTA/PE., SEGUNDO LAUDO PRA SOLITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO N.º AT-465970. PROTOCOLO N.º 2019APH000578 DO BOMBEIRO SOCORRISTA. O QUAL FICOU ENTENADO POR OITO DIAS SENDO OPERADO NO MESMO HOSPITAL. A MOTOCICLETA TEVE HAVARIA TOTAL NA FRENTE DA MESMA.

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

Josemir Santana da Silva
JOSEMIR SANTANA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **LUIZ JOSE BEZERRA** - Matrícula: **3810216**





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190357584

Vítima: JOSEMIR SANTANA DA SILVA

Data do Acidente: 17/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEMIR SANTANA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: JOSEMIR SANTANA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 033

Agência: 000004419

Conta: 000001022721-9

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01573/01574 - carta_15R - INVALIDEZ





Número: **0063249-24.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 25ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEMIR SANTANA DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
51798144	03/10/2019 08:49	JOSEMIR SANTANA DA SILVA - FICHA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO (BOMBEIROS) + PRONTUÁRIO HMA	Documento de Comprovação



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000578 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOSEMIR SANTANA DA SILVA, 24 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8853580 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 116.403.074-43, residente à rua santa barbara, nº 200, , cruz de rebolsas, IGARASSU-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 17/02/2019, por volta das 18:55 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, CRUZ DE REBOUÇAS IGARASSU-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) JOSEMIR SANTANA DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 116.403.074-43 e Registro Geral ° 8853580, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707122-1 SENA. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 123087. Ficou aos cuidados do médico ANA SILVA, registro 212014. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 27/05/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000578

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

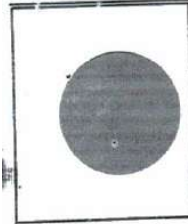


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/02/2019 19:49



Nome Paciente: JOSEMIR SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente: 123087
Data de Nascimento: 11/08/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: 0022
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 465779
SAME: 109926

Período: 17/02/2019 20:02 - 17/02/2019 20:05

ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

ACIDENTE AUTOMOBOLISTICO (MOTO X CARRO)
UTILIZAVA CAPACETE E NAO HAVIA INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA.
APRESENTA FRATURA FECHADA ANTEBRACO DIREITO + ESCORIAÇÕES MSE+
JOELHOSD/E+ QDD+QDE.
CONSCIENTE,ORIENTADO, SEM RELATO DE VOMITOS.
NEGA :HAS-/DM-/TABAGISTA/ALERGIAS.
REFER SER ETILISTA.
CHEGA USO DE COLAR CERVICAL + PANCHA.
ENCAINHADO SALA VERMELHA

Observação:

BOMBEIRO IGARASSU

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 95.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 16.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVISADO
NEFI HMA

EXCELSIOR SEGUROS
31 MAIO 2019
SEGURO DPVAT

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ()

Local

Ana C. Bragato da Silva
Enfermeiro(a)
COREN-PA 12014

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 17/02/2019 20:05

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOSEMIR SANTANA DA SILVA			6 - Nº Prontuário	123087
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
706100092010760	11/08/1994	☒ Masculino ☐ Feminino	04 - Amarela	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MIRIAN DE LIMA SANTANA			12 - Telefone de Contato	8198779973
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA SANTA BARBARA, 200 - ANA DE ALBUQUERQUE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
IGARASSU	260680	PE	53630345		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	PRIMEIRO COM RELATO DE TRAUMA MOTOCICLISTICO HA CERCA DE 8 HORAS, APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ANTEBRAÇO DIREITO. ALERGIAS OU COMORBIDADES				
--	--	--	--	--	--

21 - Condições que justificam a Internação	TTO CIRURGICO				
--	---------------	--	--	--	--

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE+EXAME FÍSICO+IMAGEM				
---	------------------------------	--	--	--	--

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas		
FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA	S529	Z000			

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento				
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069				

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	98001628855125		
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)			
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	18/02/2019	18757			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			

39 - Vínculo com a Previdência				
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado				

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
3 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
NS () CPF		
Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		

AIH
261910214590-2

Código do Laudo: 465779



Atendimento: 465779

Senha da Classificação:

0022

Data e Hora: 17/02/2019 19:55

Paciente: 123087 JOSEMIR SANTANA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/08/1994 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA.

Nome da Mãe: MIRIAN DE LIMA SANTANA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: RUA SANTA BARBARA

200

Bairro: ANA DE ALBUQUERQUE

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

19:30

Queixa Principal

Dores no abdômen e náuseas em torno do HSD.
Náusea por de de constipação ovariária.

Exame Físico

BEB, eufórico, corado, capta pulso de Glasgow 15.
Sinais vitais: frequência cardíaca 90 bpm, pressão arterial 120/80 mmHg, saturação de oxigênio 98% em ar ambiente.
Exame físico: abdômen com dor difusa e peristaltismo aumentado.
Exame físico: membros superiores e inferiores sem alterações.

Hipótese Diagnóstico

- Trauma no HSD.

Prescrição Médica

- Sol. Rx de abdômen / Pálpebra / HSD / Re-Dueto.
- Med. controlado + Analgésico.
- Rx. de Antipéptico.

Dr. Danilo Vasconcelos
Especialista em Endovascular
CRM-PE 18.126

Ortopedia
Exame físico: abdômen com dor difusa e peristaltismo aumentado.
Exame físico: membros superiores e inferiores sem alterações.
Exame físico: membros superiores e inferiores sem alterações.
Exame físico: membros superiores e inferiores sem alterações.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

Dr. Felipe Mendes
Ortopedia
CRM-PE 18.126

EXCELSIOR SEGUROS

31 MAIO 2019

SEGURO DPVAT



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 465779 Prontuário: 123087 SAME: 109926 Hora Atend: 19:55 Data Atend: 17/02/2019
Paciente..... : JOSEMIR SANTANA DA SILVA
Endereço..... : RUA SANTA BARBARA
Bairro..... : ANA DE ALBUQUERQUE
Cidade..... : IGARASSU
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 18/02/2019
Idade: 24 a
UF.: PE CEP: 53630345
Plano...: PLANO UNICO
Hora Saída : 19:54

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

PLANTONISTA CIRURCIA GERAL / 12347
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 465970

Usuário: ROBERTAMB

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSEMI SANTANA DA SILVA	Prontuário: 123087		
Idade: 24a 6m 10d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 11/08/1994
Profissão:	Escolaridade:	Telefone: CEP 53630345	
R.G.:	C.P.F.:	200 - ANA DE ALBUQUERQUE	- IGARASSU - PE
Endereço: RUA SANTA BARBARA			
Dados da Internação			
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 18/02/2019 19:55		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL		
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO	Leito: VERD2-07	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

07 03 19

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 19 / 02 / 19	Hora da Alta: _____
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: Bom Comportamento	
Diagnóstico Principal.....: Fratura de Rádio Ulnar	
Diagnóstico Secundário01.: _____	
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Procedimento.....: Alta Hospitalar p/ o Paciente Acusar-se de Verbo Sedentário de sua Condição. Terminar o Tratamento com o possível	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

REVISADO
CCIH-HMA

João Bosco C. Neto
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26.670

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, 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.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSE MIR SANTANA DA SILVA REG: 123087

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
17/02/19	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
21:00	PACIENTE COM RELATO DE TRAUMA MOTOCICLISTICO HÁ CERCA DE 8 HORAS, APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE ANTEBRAÇO DIREITO. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES
	AO EXAME:
	A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS
	B: 18 IRPM
	C: HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL
	D: ECG 15
	E: DEFORMIDADE + FERIMENTO EM ANTEBRAÇO DIREITO
	NVC: PRESERVADO
	HD: FRATURA DE 1/3 PROXIMAL DE RADIO DIREITO
	CD: SOLICITO TALA AXILO PALMAR
	INTERNO SOB ORIENTAÇÃO DR JEFFERSON CALUME

18/02/19

5077

Dr. Filipe Mendes

75:45h

HD: Fx do 1/3 proximal

do rádio direito.

Paciente estável, sem queixas no momento.

Ao exame: BEG, lucido e orientado, suplexos e orionéticos em ambiente. Nervos e tendões preservados. Boa perfusão.

Presença de tala axilo-palmar em MSP.

CD: 1. Aguardo cirurgia.

João Bosco B. S.
Ortopedia / Traumatologia
CREMEPE 26.670



Atendimento: 465970

Dt Ateridimento: 18/02/2019 - 19:55

Dt Alta: 19/02/2019 - 12:38

Paciente: 123087 JOSEMIR SANTANA DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 560 VERD2-07

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ANDERSONSC

CID:

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

Observação de Alta

ANDERSON DOS SANTOS CORSINO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 466233

Senha da Classificação:

0014

Data e Hora: 20/02/2019 12:35

Paciente: 123087 JOSEMIR SANTANA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 11/08/1994 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MIRIAN DE LIMA SANTANA

Nome do Pai: IZAIAS HONORIO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA SANTA BARBARA

--

200

Bairro: ANA DE ALBUQUERQUE

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Usuário Atendimento: COSMEJS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Alcance de Novo Domínio (17/02/19)
Transtorno de ansiedade (10)

Exame Físico

Ansiedade + Depressão ou Ansiedade (10)

Hipótese Diagnóstico

Transtorno de Ansiedade (10)

Prescrição Médica

(1) Dose...

João Bosco D. F. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 25.670

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

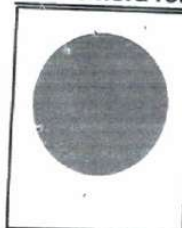


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/02/2019 12:30



Nome Paciente: JOSEMIR SANTANA DA SILVA
Cód. Paciente: 123087
Data de Nascimento: 11/08/1994
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: 0014
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 466233
SAME: 109926



Período: 20/02/2019 12:56 - 20/02/2019 13:00

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE VEM AO HMA POR MEIOS PROPRIOS P/ PROGRAMAÇÃO DE TTO CIRURGICO DE FX DIAFISARIA DE RADIO DIREITO APÓS TRAUMA EM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO DIA 17/02

Observação:

NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

Exograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 98.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

REVISADO
NEPILIA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/02/2019 13:00

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 466233 Prontuário: 123087 SAME: 109926 Hora Atend: 12:35 Data Atend: 20/02/2019
Paciente..... : JOSEMIR SANTANA DA SILVA Idade: 24 a
Endereço..... : RUA SANTA BARBARA
Bairro..... : ANA DE ALBUQUERQUE
Cidade..... : IGARASSU UF.: PE CEP: 53630345
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 21/02/2019 Hora Saída : 12:34

Prestador da Evolução Médica: JOAO BOSCO BARRETO COUTO NETO

JOAO BOSCO BARRETO COUTO NETO / 26670
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSEMIR SANTANA DA SILVA REG: 123087

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
20/2/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 17/02/19, COM TRAUMATISMO EM ANTEBRAÇO DIREITO, EVOLUINDO COM DOR INTENSA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL AO EXAME: LOTE, BEG, EUPNEICO E AFEBRIL BOA PERFUSÃO DISTAL NVC PRESERVADO RX EVIDENCIA FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO APRESENTA MULTIPLAS ESCORIAÇÕES EM MMSS + MMII HD: 1- FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO CD: 1- INTERNAMENTO 2- AGUARDA CIRURGIA
21/02/19	João Bosco B. C. Neto # SOT-#
11:30 h	Ortopedia e Traumatologia CREMEPE 26.670 HD: Ao mesmo.
	Paciente estável, com queixa de dor em região punho.
	Ao exame: BEG, lúcido e orientado, eupneico e eucorético em ambiente.
	CD: 1. Solicito Rx do braço
	2. Aguarda cirurgia.
	Dr. João Ronaldo Neto

João Bosco B. C. Neto
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 26.670





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
JOSEMIR SANTANA DA SILVA	123087			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor	10.1 - Etnia
706100092010760	11/08/1994	☒ Masculino ☐ Feminino	04 - Amarela	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
MIRIAN DE LIMA SANTANA	8198779973			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
MIRIAN	985697194			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)				
RUA SANTA BARBARA, 200 - ANA DE ALBUQUERQUE				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
IGARASSU	260680	PE	53630345	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos

ENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM 17/02/19, COM TRAUMATISMO EM ANTEBRAÇO DIREITO, EVOLUINDO COM DOR INTENSA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

EXAME:

ENTE, BEG, EUPNEICO E AFEBRIL

BOA PERFUSÃO DISTAL

NVC PRESERVADO

RX EVIDENCIA FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

21 - Condições que justificam a Internação

NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA FECHADA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

24 - CID 10 Principal

S529

25 - CID 10 Secundário

W199

26 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	☒ (X) CNS ☐ () CPF	980016287727859
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
JOAO BOSCO BARRETO COUTO NETO	20/02/2019	João Bosco B. C. Neto CRM/PE 26.570 26670	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
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 da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
☐ () CNS ☐ () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	João Bosco B. C. Neto CRM/PE 26.570 26670	

Código do Laudo: 466233



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **466445**

Usuário: RAYANERB

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOSEMIR SANTANA DA SILVA** Prontuário: 123087
Idade: 24a 6m 15d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 11/8/1994
Profissão: Escolaridade:
R.G.: 8853580 C.P.F.: 11640307443 Telefone: 985697194 CEP 53630345
Endereço: RUA SANTA BARBARA, 200 - ANA DE ALBUQUERQUE - IGARASSU - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 21/2/2019 12:35
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-35
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Número:
Telefone: Cidade: Estado civil: 0703

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 25/02/2019 Hora da Alta: : :

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Boas condições clínicas

Diagnóstico Principal.....: Fratura diagnóstica do osso do antebraço direito

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Observação.....: RAPI de placa com parafusos em osso do Antebraço @

Alcenor
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgico (Intervenção cirúrgica, anestésias, 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.

Em 24 de 02 de 19

X Miriam de Lima Santana
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54811 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 123087 JOSEMIR SANTANA DA SILVA Atendimento : 466445
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 711 VERD2-35 Idade : 24 Anos
Dt. Início : 24/02/2019 12:30 Dt. Fim : 24/02/2019 15:00
Cid Pré-Operatório : S529 FRATURA DO ANTEBRACO, PARTE NAO ESPECIFICADA
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408020423 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO
SINTESE) (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 29 BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

CIRURGIAO 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
ANESTESISTA 11469 MARIA DA CONCEICAO DOS SANTOS SILVA

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO
CONDUTA : REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM 2 PLACAS DCP + PARAFUSOS

CIRURGIÃO: DR. JEFFERSON CALUME
1º AUXÍLIO: DR. THAGO DOS ANJOS
2º AUXÍLIO: DR. THIAGO MENDONÇA

ANESTESISTA: DRA. MARIA DA CONCEIÇÃO
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO

1. PACIENTE EM DDH SOB BLOQUEIO DE PLEXO
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. GARROTEAMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO
5. REALIZADA INCISÃO DIRETA SOBRE A ULNA E INCISÃO VOLAR DE HENRY SOBRE O RADIO
6. REALIZADA APOSIÇÃO DE PLACA DCP 3,5MM 7 FUIROS NO RADIO + 6 PARAFUSOS
7. REALIZADA APOSIÇÃO DE PLACA DCP 3,5 MM AVULSA 12 FUIROS + 8 PARAFUSOS, SENDO 2 INTERFRAGMENTÁRIOS NA ULNA
8. VERIFICADA BOA REDUÇÃO ATRAVÉS DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. SUTURA POR PLANOS
10. CURATIVO
11. RETIRADA DE GARROTE
12. VERIFICADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Thiago Mendonça Ferreira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.728

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 466445

Dt Atendimento: 21/02/2019 - 12:35

Dt Alta: 25/02/2019 - 11:33

Paciente: 123087 JOSEMIR SANTANA DA SILVA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 711 VERD2-35

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: RAYANERB

CID:

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

Observação de Alta

RAYANE RIBEIRO BELCHIO

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSEMIR SANTANA DA SILVA

IDADE: 24

SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 20/02/19

REG: 123087

DATA DA ALTA: 25/2/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

24/02/2019 – RAFI DE PLACA E PARAFUSOS EM OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

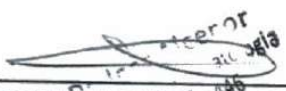
ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR JEFFERSON CALUME EM 15 DIAS;
- CURATIVOS DIARIOS;
- FAZER USO DE CEFALOXINA POR 07 DIAS E ANALGESIA SE NECESSARIO
- EVITAR LEVANTAR PESO COM MEMBRO SUPERIOR DIREITO
- MOBILIZAR COTOVELO E PUNHO DIREITO
- PROCURAR AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SUA REFERÊNCIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____



ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSEMIR SANTANA DA SILVA

REG: 123087

IDADE:24

SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:20/02/19

DATA DA ALTA: 25/2/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

24/02/2019 – RAFI DE PLACA E PARAFUSOS EM OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE DR JEFFERSON CALUME EM 15 DIAS;
- CURATIVOS DIARIOS;
- FAZER USO DE CEFALOXINA POR 07 DIAS E ANALGESIA SE NECESSARIO
- EVITAR LEVANTAR PESO COM MEMBRO SUPERIOR DIREITO
- MOBILIZAR COTOVELO E PUNHO DIREITO
- PROCURAR AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPEUTA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE SUA REFERÊNCIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTE, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: __/__/__

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM


Dr. Igor Alceno
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.446

