

### INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: Manoel

Batista de Lima Neto

(Nome Completo)

Brasileiro (a)

cônjugue

recurso

(Nacionalidade)

(Estado Civil)

(Profissão)

portador(a) da Cédula de Identidade nº 10.112.873, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº  
313.916.721-00 residente domiciliado(a) Sítio Jardim, 53

CEP.: 58.000-000

Paraná Rural, Paracuru - PB

Brasil

**OUTORGADOS:** **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da OAB-PE **28.570**, com endereço profissional na Avenida **endereço eletrônico:**  
**evl.advogado@yahoo.com.br**

**PODERES:** Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

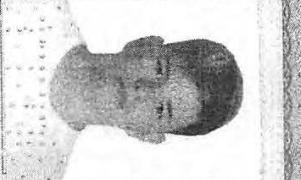
**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu, Manoel Batista de Lima Neto, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

**Outorgante/Declarante**

Manoel Batista de Lima Neto

1



REPUBÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES PEREIRA		DATA DE EXPEDIÇÃO 02/08/2016	
		NÚMERO 10.415.873	
		NOME « « MANOEL BATISTA DE LIMA NETO » »	
		PAÍS « « JOSÉ BATISTA DE LIMA NETO » » « « MARIA LUZINETE BEZERRA BATISTA DE LIMA » »	
		NATURALIDADE CARUARU - PE	DATA DE NASCIMENTO 28/07/2000
		DOC. ORIGEM « « CN 95830 L 95A F 120 CART. SEDE » » CARUARU PE 22.08.2002	ASSINATURA DO DIRETOR Pátricia C.D. Alcoforado Assistente Social - Conselho II/13 LEI Nº 7.116 DE 29/09/83
		CPF 713.946.734-00	1157412012080800026981644
CARTEIRA DE IDENTIDADE			



Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 19/02/2020 12:35:51  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021912355108000000057267662>  
Número do documento: 20021912355108000000057267662

Num. 58228142 - Pág. 2



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

713.946.734-00

Nome

MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

Nascimento

28/07/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
D7A4.B0EA.5881.45C0

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 11:43:27 do dia 02/08/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 19/02/2020 12:35:51

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021912355108000000057267662>

Número do documento: 20021912355108000000057267662

Num. 58228142 - Pág. 3



## SINISTRO 3190693261 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** MLB

CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

**CPF/CNPJ:** 71394673400

**Posição em 22-01-2020 16:53:39**

- Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, Clique aqui e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/12/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091º CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS -**  
**DPP91ºCIRC DINTER1/14ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E4143001348**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2019 às 10:53**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **7/9/2018 às 05:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA OTAVIO PESSOA SOUTO MAIOR, 01, CURVA DO FORUM -**  
 Bairro: **SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FORUM**  
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA ( AUTOR \ AGENTE )  
 MANOEL BATISTA DE LIMA NETO ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

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

**MANOEL BATISTA DE LIMA NETO** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LUZINETE BEZERRA BATISTA DE LIMA** Pai: **JOSE BATISTA DE LIMA NETO** Data de Nascimento: **28/7/2000** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10415873/SDS/PE (RG), 71394673400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**  
 Endereço Residencial: **BAIRRO DE ENCRUZILHADA DE SAO JOAO, 83, RUA ENCRUZILHADA - CEP: 0 - Bairro: ENCRUZILHADA DE SAO JOAO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante - Cargo do Representante - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato: -

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL BATISTA DE LIMA NETO**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFJ1490** (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: **364454298** Chassi: **9C2KC1670BR635007**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**  
 Ór'scrição: **PROPRIETARIO: EDILMA PEREIRA DOS SANTOS NASCIMENTO**

Complemento / Observação

**A VITIMA DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCrito CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA, QUADNO NA CURVA APOS O FORUM A VITIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA CAINDO EM**



**SEGUIDA AO CHÃO; OCASIÃO QUE FOI SOCORRIDO POR UM AMIGO, O QUAL A LEVOU PARA A UPA ESTADUAL CONORME ATENDIMENTO MEDICO DE N° 01152562 E PRONTUARIO DE N° 00052505, ASSINADO PELO MEDICO DR. RICARDO ALBUQUERQUE, CREMEPE 13508, QUE APÓS AVALIAÇÃO MEDICA A VITIMA FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE COM PRONTUÁRIO DE N° 324895M SENDO SUBMETIDO AOS PROCEDIMENTOS CIRURGICOS ASSINADO PELO MEDICO DR. RADNER MAURICIO, CEM-PE -23544, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.**

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

*Manoel B3 de Lima Neto*

**MANOEL BATISTA DE LIMA NETO  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matricula: **1581678**

*Cicero*





Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Saúde

**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

9131-50  
**IMIP**  
HOSPITALAR

## GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

Data Nascimento: 28/07/2000 Idade: 18 Anos, 1 Mês e 10 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 01152562

Prontuário: 00052505

### História Atual:

Vítima de acidente de moto com deformidade em antebraço esquerdo e apresenta lesão cutânea que pode estar relacionada com exposição do foco de fratura.

### Exame Físico:

egr, cote eupneico afibril  
AR e ACV: ndn  
GCS 15 sme: deformidade em antebraço esq

### Exames Complementares/Resultados:

RX DE BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQ

### Hipóteses Diagnósticas:

FRATURA EM ANTEBRAÇO ESQ EXPOSTA?

### Conduta:

TRANSFERENCIA PARA ORTOPEDIA DE HDA

SENHA: 5507588

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:  SIM  NÃO

### Transferido / Encaminhado para:

43 - TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

### Motivo:

AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Data: 07 DE SETEMBRO DE 2018

Hora: 06:03

Ricardo Albuquerque  
CRM-PE-13508  
CRM-EPE-13508

Ass. e CRM do Médico  
Dr(a): RICARDO HENRIQUE ALBUQUERQUE DA SILVA  
CRM - 13508

Av. José Marques Fontes, S/N  
Bairro: Indianópolis - Cidade: Canavali/PE - CEP.: 55026-530

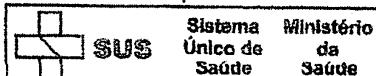
Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 19/02/2020 12:35:51

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021912355108000000057267662>

Número do documento: 20021912355108000000057267662

Num. 58228142 - Pág. 8





## 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

4 - CNES

### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Batista de Lima

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

324397

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/07/1960

9 - SEXO

Masc.

Fem.

10 - RACA/COR

3

11 - NOME DA MÃE

Inácia Batista de Lima

12 - TELEFONE DE CONTATO

031 9963-10915

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

031 3234-8282

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

R. André de Lira

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo Horizonte

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

MG

19 - CEP

31220-000

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fr exsanguem escor. Em recuperação  
intenso ( ) + luxação cavação rápidas ( )

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Rx lombos 10cm j/s

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fr exsanguem intenso ( )

24 - CID 10 PRINCIPAL

S00-S99

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

S00-S99

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S00-S99

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

05173172041919

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/09/2019

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

Dr. Radnor Alencar

MEDICO

CRM/MG 23544

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE 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 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)

261810403598-7



## SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: *Almeida / Batista de Lima Vito* Nº do Registro: *324895*  
 Clínica: *Ortopedia* Nº do Leito:

Operador: *Dr. Raduan*

1º Assistente: 2º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Anestesia: Duração:

Data da Operação: Início: Término:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Fratura Monteggia (E)*  
*Fr de ossos da antebraço + Fr rebordo radial (E)*

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: *Fixação cirúrgica + Redução manual*Operação Realizada: *A MMLA*

## DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Fixação com 004 reb. isolada + bloquão de plástico biológico.
- 2) Alça + Antitrofismo + Colocação de longo estilete
- 3) Ampliação de incisão na face distal antebraço (E)
- 4) Visualização da fratura + fixação com 008 de 10/191.
- 5) Sutura para placar, feijo operas e gelo
- 6) Ancora estilete
- 7) Sutura axilo-pectoral (fixação de Marmel para fixar protetor)
- 8) Reduzão da carreta da rádio proximal  
fixando metálico. Fechado vr resistente
- 9) A.S.R.

SERIPE 2354

MEDICO

DR. EVERSON LIMA

*(Assinatura)*

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente:	Manoel Batista da Lima Neto	Nº do Registro:
Clinica:	Ortopedia	Nº do Leito:
Operador:	Dr. Everson Lameira	
1º Assistente:	Dr. Ruy Lameira N.	2º Assistente:
Instrutor/a:	Ricardo + 3055 2212	Anestesista:
Anestesia:	Bloco 1000 e 5000	Duração:
Data da Operação:	19/01/18	Inicio:
		Termino:

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de Ossos da Perna e Fratura de Ossos do Braço  
 Luxações de articulações rígio + Fratura de Ossos da Perna e  
 Diagnóstico Pós-Operatório: Agenesia

Operação Proposta: Osteosíntese de Fratura de Ossos da Perna  
 USP + mola de Luxação + Osteosíntese de Fratura de  
 Operação Realizada: USP + mola de Luxação

**DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO**

- 1) Posicionar o paciente em ORL + Segurança
- 2) Alívio de pressão + anti-arrufar + proteger os membros curvados
- 3) Preparar a Coleta de MSU
- 4) Mudos para abertura do rádio + visualizar foco patológico + levantar + mover os membros + 1-180gr e  
 placas DCP 7,1 — com composta de resina
- 5) Mudos para unir + fixar os membros com placas,  
 levantar + mover os membros + mover o braço  
 com placas DCP 7,1 — + paciente imobilizado
- 6) Mudos molas de luxação e fratura de rádio +  
 tirar o sangue
- 7) Lavagem óssea com Sifone
- 8) Sutura + curativo
- 9) Mudo banho em MSU



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuário da Internação  
JOSILDOMSJ



444144

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente	Data Int.:	07/09/2018 08:18	Atendimento:	444144	Nº AIH:
Nome: MANOEL BATISTA DE LIMA NETO	CPF:	RG:	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Prontuário: 324805
Data Nasc.: 28/07/2000	Idade: 18	CNS:		Religião:	
Endereço: RUA PLACIDO CORREIA DE LIMA				Nº: 7	
Bairro: ENCRUZILHA DE SAO JOAO			Cidade: BEZERROS	Estado: PE	
CEP: 55660971	Fone:			Profissão:	
Pais da Mãe: MARIA LUZINETE BEZERRA BATISTA DE LIMA					
Nome do Conjugue:					
Nome:					
Parentesco:		RG:	Fone:		

2 - Internar Para

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Início de Internação: PRE - OPERATORIA

Leito: PRE - OPERATORIA 07

Diagnóstico 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.	Anestesista 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 - História Clínica

*Int. dia 07/09/2018 + exame de sangue  
clínico (C)*

*ex. sangue clínico + urina + glicose + te. ondas*

DIAGNOSTICO DÉFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
07/09/2018 08:18		

de "



**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste**  
**EMERGÊNCIA**

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Atendimento: 444139

Prontuário: 324895

Nome: MANOEL BATISTA DE LIMA NETO

Data Nasc.: 28/07/2000 Idade: 18

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA PLACIDO CORREIA DE LIMA

Nº: 7

Bairro: ENCRUZILHA DE SAO JOAO

Cidade: BEZERROS

Estado: PE

CEP: 55660971

Fone:

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA LUZINETE BEZERRA DE LIMA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**2 - ATENDIMENTO**

Data: 07/09/2018 06:17

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

PET. VITIMA DE ACCIDENTE DE MOTO C/

DOZ UN ANTICONVULSIVO (5)

Exame Físico:

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

WTF e Sobre

Diag. Provisório:

1- Fractura antebraço

Prescrição:

1- OIP 200ml Dieta: (2) Gliben 07/2018

Data

Horário

07/09	01 refeição 2g P.EV	
	(2) do Bloco cirúrgico	

Dr. Radner Maia  
CRM-PE 25544



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Unidade de Internação  
JOSILDOMSJ



444144

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

**1 - Identificação do Paciente** Data Int.: 07/09/2018 08:18 Atendimento: 444144 Nº AIH:

Nome: MANOEL BATISTA DE LIMA NETO Prontuário: 324895

Data Nasc.: 28/07/2000 Idade: 18 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:

CPF: RG: 10415873 CNS:

Endereço: RUA PLACIDO CORREIA DE LIMA Nº: 7

Bairro: ENCRUZILHA DE SAO JOAO Cidade: BEZERROS Estado: PE

CEP: 55360971 Fone: Profissão:

Nome da Mãe: MARIA LUZINETE BEZERRA BATISTA DE LIMA

Nome do Conjugue:

Nome:

Parentesco: RG: Fone:

**2 - Internar Para**

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nidade de Internação: PRE - OPERATORIA

Leito: PRE - OPERATORIA 07

Diagnóstico 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.	Anestesista 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 - História Clínica**

*Paciente com lesão de molar  
desbragado*

*Exame em evolução + 35B  
+ Edema contínuo + 35B*

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

**MOTIVO DA ALTA**

*35B*

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
07/09/2018 08:18		

*de 0*



LAUDO PARA SOLICITACAO DE AUTORIZACAO		Sistemas Ministro da Saude	
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	
2427419		1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	
Cnes		4 - Cnes	
Identificação do Paciente		5 - NOME DO PACIENTE	
Assinatura do Estabelecimento de Saúde		6 - DATA DE NASCIMENTO (CNS)	
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		7 - NOME DA SAUDE	
2427419		8 - SEXO	
Identificação do Paciente		9 - MASC	
Assinatura do Estabelecimento de Saúde		10 - RACACOR	
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		11 - NOME DA SAUDE	
2427419		12 - TELEFONE DE CONTATO	
Identificação do Paciente		13 - NOME DO RESPONSÁVEL	
Assinatura do Estabelecimento de Saúde		14 - TELEFONE DE CONTATO	
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		15 - ENDERECO (RUA N.º, BARRA)	
2427419		16 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA	
Identificação do Paciente		17 - COD. IBGE MUNICIPIO	
Assinatura do Estabelecimento de Saúde		18 - UF	
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		19 - CEP	
2427419		20 - PRINCIPAS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS	
Identificação do Paciente		21 - CONDIÇOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAGAO	
Assinatura do Estabelecimento de Saúde		22 - PRINCIPAS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		23 - DISEGOSTICO INICIAL	
2427419		24 - CID 10 PRINCIPAL	
Identificação do Paciente		25 - CID 10 SECUNDARIO	
Assinatura do Estabelecimento de Saúde		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
2427419		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Identificação do Paciente		29 - CLINICA	
Assinatura do Estabelecimento de Saúde		30 - CARTER DA INTERNAGAO	
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		31 - DOCUMENTO	
2427419		32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFESSONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
Identificação do Paciente		33 - NOME DO PROFESSONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
Assinatura do Estabelecimento de Saúde		34 - DATA DA SOLICITACAO 35 - ASSINATURA E CARAVELA CADASTRADA DO CONSELHO	
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA		36 - (ACIDENTE DE TRANSTO 37 - (ACIDENTE DE TRABALHO TIPO C 38 - (ACIDENTE DE TRABALHO TIPO C 39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - N° DO BILHETE 41 - SERIE 42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNCE DA EMPRESA 44 - CBOR 45 - VINCULO COM A PREVIDENCA 46 - NOME DO PROFESSONAL AUTORIZADOR 47 - CDP DEGREDO EMISSOR 48 - N° DA AUTORIZACAO DE INTERNAGAO HOSPITALAR 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 50 - DATA DA AUTORIZACAO 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	