





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DO ALTINHO

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA Nº 68

1 - Identificação do Paciente:

Data: 22/05 2018

Hora: 16:32

Nome: Cima Maria Neneu de Oliveira Profissão: _____

Nº do Cartão do SUS: _____ Sexo: F () M () Fone: _____

Endereço: R: Manoel Omena nº 98 Bairro: centro Cidade: _____

Data de Nascimento: 26/01/1983 Idade: 34 Naturalidade: _____

Nome da Mãe: Judite Neneu de Sobral Escolaridade: _____ PESO: _____

SSVV	Admissão	1º Horário	2º Horário	3º Horário
Temperatura				
HGT				
Pulso				
Pressão Arterial	<u>120x80</u>			

1 - Histórico do paciente:

Queda de um balcão em 1h.
Nesse TCE. Hemodinamicamente instável
Edema edur em MI I)

2 - Hipótese Diagnóstica:

3 - Prescrição Médica:

Maneja 100mg + 50, 1/1 hora 65.
A URA, a 1 hora
Sinais: HRA - 54/32/37

4 - Conduta de Enfermagem:

Hora da liberação: _____

Gretchen Silva
RECEPCIONISTA

Dr. Allan Queiroz
MÉDICO
CRM 10412

Assinatura, carimbo e CRM do Médico

OBS: Todos os dados deverão ser preenchidos com letra legível, apresentando assinatura e carimbo do profissional.

Rua Manoel Omena, 32- Centro- Altinho/Pe Cep: 55490-000 Fone: (81)3739-1140



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
SOLIMY - Sistema Diagnóstico por Imagem
Comprovante de Pedido de Exames

Página: 1 / 1
Emitido por: ANTONIO CRN
Em: 23/07/2018 09:31

Anciamento: 431190

Pedido:



Data Pedido: 23/07/2018

Controle: 87909

Paciente: 318935 ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Nascimento: 26/01/1984 (34a 5m 27d)

Leito:

Unid. Intern:

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Setor Solicitante: RADIOLOGIA - RX

Sexo: FEMININO

Setor Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante: 0 - Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
227285		1016	RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA (AP)	23/07/2018
227287		1035	RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO (AP)	23/07/2018





NOME: Angela Maria Nepomuceno da Oliveira e Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Fratura aberta do fêmur direito CID-10: S.822, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 29/08/2018. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Placa e 3 parafusos - 4/16
para redução do fratura 01/10/18
4/16 medula 25/09/18

Bezerros, 25/09/18

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RECEITUÁRIO

Nome: Ana Mª Neneu de O. Silva Registro Nº _____

Declaro para os devidos fins, que esta paciente realiza fisioterapia neste serviço para reabilitação de tornozelo D. A mesma apresenta boa evolução, com diminuição de quadro clínico e aumento de ADM e força. Paciente desambulando sem auxílio de muletas.

Atenciosamente,

08/08/2018
Data

[Assinatura]
MÉDICO

Paciente: _____

DESCRIÇÃO	QUANT.	APRESENTAÇÃO	DOSAGEM

 / /
Data

Assinatura do Médico



MS-DATASUS
VERSÃO: 15.10

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA
ESPELHO DA AIH

PAG.: 5
DATA: 17/07/2018

O.E: M260190001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 07 / 2018

Num AIH : 261810541291-2

Situação : EXPORTADA

Tipo : 01-INICIAL

Apresentação : 07/2018

Data Autorização: 28 / 05 / 2018

Especialidade : 01 - CIRURGICO

Orgão Emissor : M260190001

CRC: 057D8D3EBD

Doc autorizador : 980016003872395

Doc med resp : 204322839720003

Doc diretor clínico : 204322839720003

Doc médico solíc : 100512953070003

CNES : 2344254 - INSTITUTO ALCIDES DANDRADE LIMA

CNS : 70000473392910-7

Paciente : ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Prontuário : 119601

Data Nasc. : 26 / 01 / 1984 Sexo : FEMININO

Nacionalidade : 010 - BRASIL

Tipo Doc. : Identidade

Doc : 7536928

Responsável pac. : ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Nome da Mãe : JUDITE NENEU DE SOBRAL

Endereço : RUA PRACA JULIO RODRIGUES FILHO 42 Bairro: CENTRO

Raça/Cor: 01-BRANCA Etnia: 0000-NAO SE APLICA

Município : 260080 - ALTINHO

UF : PE CEP : 55490-000

Telefone : (81)9955-91614

Muda Proc. ? : Nã

Procedimento solicitado : 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Procedimento principal : 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS

Diag. principal : S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. secundário :

Complementar :

Causa Óbito :

Carater atendimento : 01 - ELETIVO

Modalidade : HOSPITALAR

Data internação : 28 / 05 / 2018

Data saída : 30 / 05 / 2018

Mot saída : 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01 : Idade Maior

AIH Anterior : -

AIH Posterior : -

[Causas Externas (Acidente ou Violência)]

CNPJ do Empregador : - / -

CNAER : -

Vínculo Previdência :

CBOR : -

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	0408050608	980016003798055 225270(1)		2344254	1	05/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO
2	0408050608	204322571060018 225151(6)	2344254	2344254	1	05/2018	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LESAO
3	0702031003		41249434000107	2344254	1	05/2018	PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)
4	0408060190	980016003798055 225270(1)		2344254	1	05/2018	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
5	0408060190	204322571060018 225151(6)	2344254	2344254	1	05/2018	OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
6	0415040035	980016003798055 225270(1)		2344254	1	05/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
7	0415040035	204322571060018 225151(6)	2344254	2344254	1	05/2018	DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS
8	0802010016		2344254	2344254	2	05/2018	DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	064.773	41.249.434/0001-07				

CID SECUNDÁRIO

Cid	Característica	Descrição
Y339	PREEXISTENTE	OUTROS FATOS OU EVENTOS ESPECIFICADOS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos : Mortos : Altas : Transf. : Óbitos :

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dr. Raymundo Francisco Aragão Filho
Médico
CRM - 5379
CPF - 131.430.774-68

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 30PHL9
Hospital Jesus Pequeno
Ana Amorim
Assistente Social
CRESS/PE: 4.471



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 095ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALTINHO - DP95ªCIRC
DINTER1/44ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0185000466**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/07/2018** às **11:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/5/2018** às **16:32**

Fato ocorrido no endereço: CHÁCARA DE R.O, SÍTIO PONTES, ZONA RURAL, ANTES DE ROSALVO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE ALTINHO, 01 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: OUTRO LOCAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MARIA JOSÉ BATISTA (OUTRO)
MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA (TESTEMUNHA)
ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA



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

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JUDITE NENEU DE SOBRAL.
Pai: MANOEL ALVES DE OLIVEIRA SOBRINHO Data de Nascimento: 26/1/1984 Naturalidade: IBIRAJUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7536928/SDS/PE (RG), 06643950406 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 061995591614

Endereço Residencial: RUA SIQUEIRA CAMPOS, 90 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, DELEGACIA

MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSEFA SEVERINA DA SILVA
Pai: JOSÉ HERON DA SILVA Data de Nascimento: 22/10/1988 Naturalidade: ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA DOUTOR RABELO, 121 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL, AÇUGUE

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

MARIA JOSÉ BATISTA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE ALTINHO, 01 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - ALTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MARIA JOSÉ BATISTA, que estava em posse do(a) Sr(a): ANA MARIA



NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ Objeto apreendido: Não
Cor: BRANCA - Quantidade: 01 (UNIDADE)

Placa: PDO5399 (PERNAMBUCO/ALTINHO) Chassi: 9C6DG2510F0029137
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: MODELO XTZ 150 CROSSER

Complemento / Observação

A SRA. ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA INFORMA QUE NO DIA 22/05/2018, POR VOLTA DAS 16:32 HORAS DEU ENTRADA NA UNIDADE MISTA DE ALTINHO VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO SÍTIO PONTES, ZONA RURAL, QUANDO CONDUZIA A MOTO DE PLACA PDO5399, E AO TENTAR PASSAR POR CIMA DE UM BANCO DE AREIA ACABOU CAINDO. FOI SOCORRIDA PELO SAMU LOCAL E APÓS FAZER EXAME DE RAIO X NO HOSPITAL LOCAL, FOI ENCAMINHADA ATÉ O HOSPITAL REGIONAL EM CARUARU-PE, ONDE DEU ENTRADA ÀS 18:19 HORAS COM O DIAGNÓSTICO DE UMA FRATURA NA TÍBIA DA PERNA DIREITA. A VÍTIMA INFORMA QUE APÓS FAZER OUTRO RAIO X, PERMANECERU INTERNADA NO REFERIDO HOSPITAL DURANTE 10 DIAS, AGUARDANDO A CIRURGIA, E ACABOU SENDO TRANSFERIDA AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERROS, ONDE APÓS UM DIA DE ESPERA FOI SUBMETIDA A UMA CIRURGIA NA TÍBIA DA PERNA DIREITA, SENDO LIBERADA 24 HORAS APÓS O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SEGUEM DOCUMENTOS EM ANEXO.

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

Ana Maria Neneu de Oliveira e Silva

ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA
(VÍTIMA)

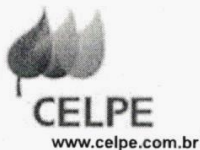
Maria Aparecida da Silva Barbosa
MARIA APARECIDA DA SILVA BARBOSA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: CARLOS FLAVIANO DE MELO - Matrícula: 208575-5



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE ABÍLIO GUILHERMINO DE SOBRAL CPF: 680.736.314-15	DATA DE VENCIMENTO 09/08/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/08/2019	CONTA CONTRATO 002600204010
	TOTAL A PAGAR (R\$) 174,01	DATA DA APRESENTAÇÃO 03/08/2019	Nº DO CLIENTE 2001300108
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA RUA SIQUEIRA CAMPOS 90 CENTRO/ALTINHO 55490-000 ALTINHO PE	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		Nº DA INSTALAÇÃO 0000153684
RESERVADO AO FISCO 3641.8937.9C5B.2037.7109.7AD6.9A08.EA19			

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	187,00	0,77545172	145,00
Acréscimo Bandeira AMARELA			3,57
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,99
ICMS Subvenção-CDE-NF 060438258-03/05/19			1,51
Multa por atraso-NF 064114335 - 03/06/19			4,01
Juros por atraso-NF 064114335 - 03/06/19			2,07
Atualização IGPM-NF 064114335 - 03/06/19			1,85
TOTAL DA FATURA			174,01

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
ICMS	PIS	COFINS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO
149,58	25,00	37,39
149,58	0,74	1,10
149,58	3,42	5,11

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
R\$	%	
Geração de Energia	51,88	34,68
Transmissão	5,20	3,48
Distribuição (Celpe)	31,55	21,09
Encargos Setoriais	7,41	4,95
Tributos	43,60	29,15
Perdas de Energia	9,94	6,65
TOTAL	149,58	100

HISTÓRICO DO CONSUMO		
		kWh
AGO 19		187
JUL 19		202
JUN 19		266
MAI 19		254
ABR 19		237
MAR 19		297
FEV 19		280
JAN 19		268
DEZ 18		285
NOV 18		306
OUT 18		320
SET 18		320
AGO 18		270

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
H15427	CAT	03/07/2019	23.621,00	03/08/2019	23.808,00	31	1,00000	0,00	187,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 03/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
jun/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	0,00	5,91	11,82	23,64	
FIC-No.de vezes sem Energia	0,00	3,42	6,85	13,70	
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua	0,00	3,46	0,00	0,00	
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 55,79					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Pague no ponto mais perto de você! andrade supermercado: r dr nestor varejao centro / george foto studio: pc. julio rodrigues no 38 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido 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 ciclo em que ocorrer a suspensão.	NÍVEIS DE TENSÃO <table border="1"> <tr> <th>TENSÃO NOMINAL(V)</th><th colspan="2">LIMITE DE VARIAÇÃO(V)</th></tr> <tr> <td></td><th>MÍNIMO</th><th>MÁXIMO</th></tr> <tr> <td>220</td><td>202</td><td>231</td></tr> </table> AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)			MÍNIMO	MÁXIMO	220	202	231
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)									
	MÍNIMO	MÁXIMO								
220	202	231								

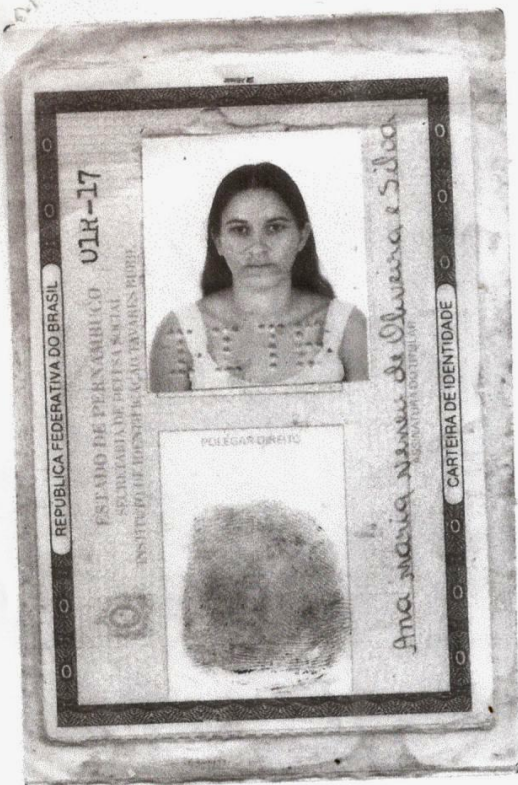
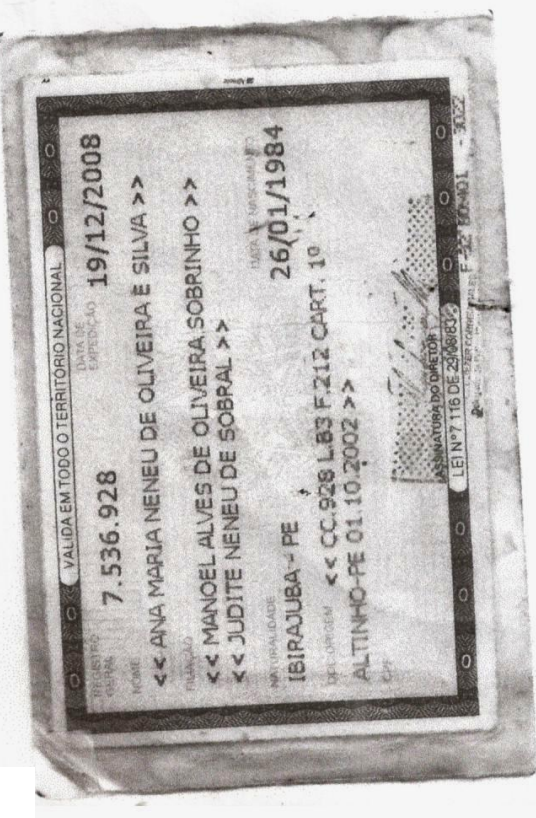
DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
002600204010	08/2019	174,01	09/08/2019	

838500000016 740100110022 600204010100 141309712738



Evite dobrar, rasgar ou amassar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.



Handwritten signature: Ana Maria Neneu de Oliveira e Silva





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE ALTINHO-PE



**SAMU
192**

DADOS PARA DECLARAÇÃO DE OCORRÊNCIA

NOME DA VÍTIMA: ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

DATA DA OCORRÊNCIA: 22/05/2018

RG: 7.536.928 ORGÃO EXPEDITOR: SDS/PE

CPF: 066.439.504-06

ENDEREÇO DA VÍTIMA: RUA SIQUEIRA CAMPOS, 90- CENTRO, ALTINHO/PE.

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: CHÁCARA DE RO- SÍTIO CAJUEIRO- ALTINHO/PE

Nº DA OCORRÊNCIA: 5940

HORA DA OCORRÊNCIA: 15:58h

CONSTA EM NOSSOS REGISTROS ATENDIMENTO REALIZADO POR ESTE SERVIÇO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

VÍTIMA ENCAMINHADA PARA:

(X) HOSPITAL LOCAL- UNIDADE MISTA DO ALTINHO

() HRA

() H. RESTAURAÇÃO

() OUTROS

SOLICITANTE: A MESMA

ASSINATURA: Ana Maria Neneu de Oliveira

ALTINHO, PE- 24/05/2019

Alessandra Lucena
Coordenadora
CORSAC 380.000

ALESSANDRA PEREIRA DE LUCENA

COORDENAÇÃO BASE DESCENTRALIZADA SAMU ALTINHO/PE





PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTINHO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE MISTA DO ALTINHO

**FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA DE
PACIENTES**

Nome: Ana Maria Neneu de Oliveira sexo _____

Data de nascimento: _____ idade: 21 anos

Pais ou responsáveis: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ telefone _____ hora do atendimento _____: _____ h

DESTINO DO PACIENTE: HRA - ortopedic

SENHA: 5432237

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

ANAMNESE:

Acidente de motocicleta há 30 dias
Neg. TBC. Cefaleia e alucinações
em HD. Ausência de RX no SNUCA

EXAME FÍSICO:

DROGAS ADMINISTRADAS:

EXAMES COMPLEMENTARES:

HD:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

DATA ___/___/___

Dr. Allan Queiroz
MÉDICO
CRM / PB 20412

ASSINATURA, CARIMBO E CRM DO MÉDICO





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

23/05/18	Paciente em	Dr. Alberto de O. Filho
	sem mais qm	Médico
	Dr. Agnes C.	CRM-PE: 26637
		CRM-AL: 1325

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

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

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

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: _____

5/22/2018 6:19:35 PM
2 de 2

Usuario do Atendimento
MEYDSONWBC



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO 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

Antônio Manoel de Almeida e Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

318936

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

4101010171319291107

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/01/86

9 - SEXO

Masc. ☐ 1Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Júlia Jereu de Sousa

12 - TELEFONE DE CONTATO

81 9 9 7621139

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Lina Bezerra Rodrigues

14 - TELEFONE DE CONTATO

81 9 9 7621139

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R - Manoel Dornas, 98 Centro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Altinho

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

PE 55490000

18 - UF

PE

19 - CEP

55490000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma contuso no
punho D. Pede internação sem delay nem...

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura dos ossos de punho D

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

Raio-X

P = 05d

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura dos ossos de punho

24 - CID 10 PRINCIPAL

T02.3

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internas

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

030180101019

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

021071004722

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

João de Deus

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/05/18

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

PE 55490000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

PE - 40 - 004

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)

PE 55490000

261810400979-6



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde:		HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Nome do Paciente:		Ana Maria Leuen de Oliveira e Silva Registro Nº:
Clínica:		Leito Nº: 22
DATA	HORA	EVOLUÇÃO
24/05		# Ortopedia # HD: Fratura do osso da perna D. Exatidão: exame clinicamente, queixa-se de dor em MTD, diurese e evacuação +. Cd: Mandado. Paloma Lopes de Melo Doutora em Medicina UFPE/CAA Mat. 200820022
25/05		# Ortopedia # Exatidão: Sem queixa aguda, exame clinicamente, diurese e evacuação +. Cd: Mandado. Paloma Lopes de Melo Doutora em Medicina UFPE/CAA Mat. 200820022
28/05/18		# ORTOPEDIA # # HD: Fratura diafragma de Perna Direita. # Exatidão: Paciente refere dor e prurido com exatidão em membro direita e região dorsal direita. Negativa outras queixas de febre, constipação e dor. Ao exame físico está estável hemodinamicamente e clinicamente. # CD: Início anti-histamínico DDA (UFPE) Ayda G.



SINISTRO 3180310175 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ANA MARIA NENEU DE OLIVEIRA E SILVA

CPF/CNPJ: 06643950406

Posição em 23-09-2019 10:27:08

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Ana Maria Nogueira de Oliveira e Silva
brasileiro(a), estado civil divorciada, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 066.439.504-06 e portador da cédula de identidade
nº 7536.928 residente e domiciliado(a) na
Rua Siqueira Campos
nº 30 bairro de Centro
CEP 55400-000 na cidade de
Atinho / PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, ____ de ____ de 201

Ana Maria Nogueira de Oliveira e Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Ana Maria Nemeu de Oliveira e Silva
brasileiro(a), estado civil divorciada,
profissão desempregada Inscrito no CPF/MF sob o
nº 066 433 504 06, e portador da cédula de
identidade nº 7536928, residente e
domiciliado(a) rua Siqueira Campos
nº 90, bairro Centro,
CEP 55490-000 na cidade de
Altinho / PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 23 de 09, de 2019.

NOME: X Ana Maria Nemeu de Oliveira e Silva

