



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Data Nasc.: 15/10/1981 Idade: 37

CPF: RG:

Endereço: RUA O

Bairro: CARNEIRO LEAO

CEP: 55319250

Acompanhante:

Nome da Mãe: IVANILDA DE ARAUJO PEDROSA

Nome do Conjugue:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 3275097

Prontuário: 1074859

Nome Social:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CNS: 706203578718868

Nº: 5

Estado: PE

Cidade: CARPINA

Fone: 558192821967

Celular:

Profissão:

2 - ATENDIMENTO Data: 05/12/2018 20:53

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente com dor no joelho / dor no joelho,
dor no joelho.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Pulso firme e vaso e ritmo

Diag. Provisório:

Furto no joelho

Prescrição:

Dieta: _____

Data

Horário

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13448 / CRM: 17091

Sobreira NC
MS

HOF - TOMOGRAFIA

DATA 25/12/18

DATA 25/12/18

DATA 25/12/18

HOF

Realizado exames Radiológicos Rx

DATA 25/12/18

DATA 25/12/18

DATA 25/12/18

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Araújo de Lima,
RG nº 5.833.252 data de expedição 01/10/18 Órgão SSP/PE,
CPF nº 008.916.744-92, 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/Praça)	<u>R. o 56d 29 Lt 02</u>
Número	<u>05</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Parque São</u>
Cidade	<u>Olinda</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55814-020</u>
Telefone de Contato	<u>(21) 97915-3756 99138-2325</u>
E-mail	<u>financio.assessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda, 28/01/2019

Assinatura do Declarante:

Fábio Araújo de Lima



17:03

✓

Data: 5/12/18 Registro: 165.541 Cor: _____ cns: _____

Nome: Wilson Araújo de Lima

Data de nasc.: 15/10/81 Idade: 37 sexo: Male naturalidade: _____

Filiação: Wanilda de Oliveira Pachone

e _____

Estado civil: _____ Telefone: _____

Endereço: 1st. Camino São Luís 0

Nº 05 Bairro: Camino São Luís Cep: 59000-000

Responsável: _____

Dados Clínicos: PA: 110x70 Mmhg, Temp. _____ Cº, R: _____ P: _____

HISTÓRICO: W6 T= 36,5

Ita retira de ondinha histerectomia la tisca
dos e adesivos gelpresso ® e joelh ®
Torax e abdomen livres.

8/6-15

Conduta e Avaliação: Não dispensa de radiografia no tórax.

EEG negativo, oriental, auscult

PA normal

PR

Hipótese Diagnóstica: Enterobius (E) ? CID: _____

Prescrição Médica: _____

⑦ Isomal 100 mg - 01 FRAT 100 S 50,0% iv lat

NOF - Transatologia

5570598

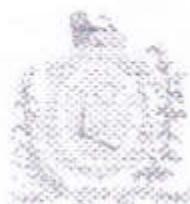
Evolução e cuidados de Enfermagem: _____

PA =

Dr. Victor Andrade
07-08-2018

SAFETY
CORRETORA
28 JAN 2018
DPVAT

Assinatura do médico e carimbo



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 045^º CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45^ºCIRC
DINTER1/11^ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0135004993

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2018 às 11:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/12/2018 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARPINA, 5, RUA 0, BAIRRO CARNEIRO LEÃO - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO CAMPO
Local do Fato: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO / AUTOR / AGENTE /
JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL / OUTRO /
JAISON ARAÚJO DE LIMA / VÍTIMA /

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JAISON ARAÚJO DE LIMA

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

JAISON ARAÚJO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: IVANILDA DE ARAUJO PEDROSA Pai: SEVERINO JOSÉ DE LIMA FILHO Data de Nascimento: 15/10/1991 Naturalidade: CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARPINA, 5, RUA 0, BAIRRO CARNEIRO LEÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO CAMPO

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

JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JESIMIEL DA SILVA PIMENTEL, que estava em posse do(a) Sr(a): JAISON ARAÚJO DE LIMA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ESD Objeto apreendido: Não



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, 04 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190077791**

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 05/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JAILSON ARAUJO DE LIMA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

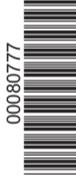
Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077791

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 05/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON ARAUJO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077791 **Cidade:** Carpina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA **Data do acidente:** 05/12/2018 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUÍNDΟ SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033492/19

Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

CPF: 008.916.744-97

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2018

Titular do CPF: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JAILSON ARAUJO DE LIMA : 008.916.744-97

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2019
Nome: JAILSON ARAUJO DE LIMA
CPF: 008.916.744-97

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

JAILSON ARAUJO DE LIMA

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SÃO PAULO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PE	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
Nº 9912288799	
EXERCÍCIO: 2012	
R.N.T.R.C. - 00000000000000000000	
CÓD. RENAVAM: 00000000000000000000	
VIA: 00000000000000000000	

DEPARTMENT

DETTRAN - PE		Nº 9912288799	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VA	CÓD. RENAVAM	RNF.C.	EXERCÍCIO
4	250405252	2010	2012
DESTINATÁRIO: SITIVA PIMENTEL		HOME	
NATUREZA DA MATRÍCULA:		D	
PLACA:		_____	

NAME OF AUTHOR

081-407-084-77		PETR0021
PLACA ANT/UF *****-**-**	PF	9020C4120BRS16277 CLASSI
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEIS GASOLINA

CATEGORIA EX-ARTIC	CATEGORIA EX-ARTIC	DON PREDOMINANTE ROXA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
CAP / POT / CIL	CAP / 124 CL		COTA ÚNICA	QUITANDO	QUITANDO
TEVA 2012	TEVA 2012				

FAIXA I (PA)	PARCERAMENTO / COTAS	2 ^a PARCERAMENTO / COTAS
		3 ^a PARCERAMENTO / COTAS
1		DATA DE PAGAMENTO
DÉMÔNIO TANIFARIO (R\$)		PREMIO TOTAL (R\$)
EGURO E AGO		

CL. / FID. BANCO HONDURA 3A
CRESWICHES

ENTRÉE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS
AUTOMOTORES DE VIATERRAESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2012

PLACA
BENTO 0021

卷之三

PVAT

E13

PLACA

Modelo _____

PRIN 25

1.6277 HASI

www.vedicmaths.org

בגדי עוזבונו (הנ')

1024. 2004 RELEASE UNDER FOIA

—DATA DE OBTURAÇÃO

Concursos

COLLUSION
AT S/A

01-04

A rectangular stamp with a double-line border. The word 'SAFETY' is at the top, 'CORRETORA' is in the middle, and '28 JAN. 2019' is at the bottom. Below this is a separate rectangular stamp with the word 'DPVAT' in large letters.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077791
Vítima: JAILSON ARAUJO DE LIMA

Cidade: Carpina
Data do acidente: 05/12/2018

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO - PÁG., COM DATA DE 05/12/2018, EMITIDA PELO DR. THIAGO LIMA, CRM Nº 17991, DO HOSPITAL GERAL OTAVIO DE FREITAS, NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jesimel da Silva Pimentel,
RG nº 7879053, data de expedição 19/12/18,
Órgão SOS, portador do CPF nº 081.407.064-72, com
domicílio na cidade de CARNAVAL, no Estado de
PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
LOTEAMENTO CARNEIRO LEÃO, nº 32P,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima Jailson Araujo de Lima cujo o condutor era
Jailson Araujo de Lima

Veículo: motocicleta

Modelo:

Ano: 2011

Placa: PET 0021

Chassi: 9C2JJC11Z0BR16277

Data do Acidente: 05/12/2018

Local e Data: Coronel, 15/01/2019

Jesimel da Silva Pimentel
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço, Autenticidade a firma de JESIMEL DA SILVA
PIMENTEL, feita em minha presença dia 15/01/2019.
Valor: R\$ 3,51 - TIR: 0,00 - FER: 0,40 - Total: R\$ 4,71.
Salvo no 0079975, 05/12/2018, 03446. Consulte autenticidade em
www.tabelionar.com.br/seletorigital. MARCOS BARROS E SILVA,
TABELION.





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

	<p>HOF Realizado exames Radiológicos RX PUNTO em 5/12/18 Reg. _____ Ass. Jeferson</p> <p>TAC / Exame de Núm RX PUNTO de Exame núm min</p>

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo: **Exame nico min** **P**

Destino do Paciente

Alta Cirurgia Óbito Evadiu-se Termo de Alta a Pedido

Transferência: **TEOT 13449 / CRM-17897** Internamento _____

Condição de Alta

Curado Melhorado Inalterado Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____





Boleum de Ocorrência

Página 2 de 2

Cor: ROXA - Qualidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PET0021 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: 286489293 Chassi: BC2JC4120BR516277
Ano Fabricação/Modelo: 2010/2011 Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

O SR.JAILSON ARAUJO DE LIMA, ESTEVE PRESENTE NESTA DELEGACIA, INFORMANDO QUE FOI VITIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NÃO FATAL NO DIA 05/12/2018 ÀS 17:03. A VÍTIMA ALEGA QUE ESTAVA SAINDO COM A SUA MOTOCICLETA NA FRETE NA SUA CASA, E QUE UM VEÍCULO DE COR BRANCA, POSSIVELMENTE UM VOYAGE COLIDIU NA SUA TRASEIRA, E QUE O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL NÃO PRESTOU SOCORRO. APÓS O OCORRIDO, OS VIZINHOS DA VÍTIMA O CONDUZIRAM ATÉ A UNIDADE MISTA DE CARPINHA, ONDE TEVE O PRIMEIRO ATENDIMENTO. EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS POIS ESTAVA COM SUSPEITA DE FRATURA NO BRAÇO DIREITO E NA PERNAS DIREITAS.

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

JAILSON ARAUJO DE LIMA
(VITIMA)

B.O. registrado por: THIAGO DOS SANTOS PONTES - Matrícula: 387303-0



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora: 05/12/2018 20:53

	Nome Paciente:	JAILSON ARAUJO DE LIMA
	Cód. Paciente:	1074859
	Data de Nascimento:	15/10/1981
	Sexo:	Masculino
	Idade:	37
	Senha:	FN0050
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3275097
	SAME:	1074859

Periodo: 05/12/2018 20:57 - 05/12/2018 21:00

EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prontade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO HÁ 5H. ESTAVA DE CAPACETE. COLISÃO CARRO/MOTO. BATEU A CABEÇA MAS NÃO REFERE DESMAIO. TRAUMA NSD E MID. QUEIXA-SWE DE CAFALEIA.

Observação: P.A.=145X96MMHG. P=78. NEGA DM, HAS OU ALERGIAS. SAT O2=96%.

Fluxograma síntoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR INTENSA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Listas: - RÉGUA DF DOR: 8

Acolhido(a) por: EDNA BARBOSA SILVA - COREN: 41924 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 05/12/2018 21:00



ENCAMINHAMENTO

Patrono: Arlindo de Lima

Qtd, 37 anos, vítima de
acidente automobilístico há 1 hora
presente dor e edema em antebraço
direito e joelho direito. Póxas e
edemas livres. $E16 = 15$. Não
dispondo de radiografia visto nor-
mals. PA = 110 x 70 mmHg
 $HGT = 165$. Pupila em ambos.

EG: Regulat, const, const, negativo
múltiplos

ABD - RC12 cm 27, BWF 3/5
PR - MVD em 100%, 5/2 A

HD = Fratura joelho antebraço direito?

CD = HOF 5528, 598

05/12
T8
Fátor Arnuda
CRM/PE 2692
Cirurgião-Dentista

	RECEITUÁRIO /REQUISIÇÃO DE EXAMES	ROT 008-02.V1	
NOME: <u>Wilson Antunes</u>			
DATA DE NASCIMENTO: _____		PREGISTRO: _____	
CLÍNICA: _____		ENFERMARIA: _____ <u>Hospital</u>	
DATA: <u>5/12/12</u>		<u>6,12,1300</u>	
<p><u>1/ use internar</u></p> <p><u>17 Novo Gabinete</u> <u>men</u> <u>com dente</u>, <u>vis, colh.</u></p> <p><u>Dr. Thiago Lima</u> <u>Ortopedista / Traumatologista</u> <u>TEOT 13449 / CRM: 17997</u> <u>MÉDICO-CRM</u></p>			
DATA DA HOMOLOGAÇÃO	Rua Aprigio Guimarães, S/N – Tejipió Recife – PE CEP: 50920-640 Telefone: 3182-8500	DATA DA REVISÃO	HOF 075

		RECEITUÁRIO /REQUISIÇÃO DE EXAMES		ROT 008-02.V1
NOME: <u>Wilson Amílio</u>		REGISTRO:		
DATA DE NASCIMENTO: _____		ENFERMARIA:		
CLÍNICA: _____				
<p style="text-align: center;"> <u>AO AMBULATÓRIO</u> <u>DR. ONTANH</u> </p> <p style="text-align: center;"> 110. Fratura do neno esq </p>				
DATA: <u>5/12/08</u>		Dr. Thiago Lima Ortopedista / Traumatologista TEOT 13449 / CRM: 17997 MÉDICO-CRM		
DATA DA HOMOLOGAÇÃO	Rua Aprígio Guimarães, S/N – Tejipió. Recife – PE CEP. 50920 – 640 Telefone: 3182-8500		DATA DA REVISÃO	HOF 075



SES/FUSAM
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Valter Almeida
02/01/03

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____
necessita de 90 (NOVENTA) dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Fratura tânia avançada

d) Tratamento CM 1 852.5
conservadora

Deverá retornar ao Ambulatório de: _____

Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

Itapemirim
HOSPITAL/AMBULATÓRIO

Itapemirim, ES/02/03
LOCALIDADE/DATA

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 13449 / CRM: 17991

Ass. do Médico – CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA, DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF