PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Patrícia Ferreira da Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 880 299 394 90 e portador da cédula de identidade nº 4583 868, residente e domiciliado(a) na rua Pedro, nº 88, bairro de Coelho na cidade de CEP 55660-000 Bezerros / 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 judiciários, concedendo-lhes poderes incluídos nas clausulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3° e 4° da Lei n° 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, 28 de 04 de 2020

Patrícia Ferreira da Silva
Ourtorgante

DECLARAÇAO DE POBREZA

EU, Patrícia Ferreira da Silva,
brasileiro(a), estado civil solteira,
profissão auxiliar de Enfermagem Inscrito no CPF/MF sob o
nº 880 299 304 10, e portador da cédula de
identidade nº 4583868, residente e
domiciliado(a) rua Dez
, nº 88, bairro Cohab,
CEP 55660-000 na cidade de
Bezerros / 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, 28 de 04 ,de 2020.

NOME: Patrícia Ferreira da Silva

SUBSTABELECIMENTO

ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE n° 28.697D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, **Substabelece com reserva de poderes**, a pessoa da advogada **ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR**, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PE n° 30.197D, com endereço profissional na Rua Helena de Lemos, n° 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife/PE, CEP: 50.750-630, os poderes que lhe foram outorgados por: **PATRICIA FERREIRA DA SILVA,** através do instrumento particular de mandato, para praticar todos os atos que se fizerem necessários.

Recife, 23 de maio de 2020.

Ana Cristina Aleixo Pereira Santos

OAB/PE 28697-D

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

CELPE
www.celpe.com.br

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
PATRICIA FERREIRA DA SILVA
CPF: 880.299.304-10

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DEZ 88 --A
COHAB/BEZERROS
55660-000 BEZERROS PE

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

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
28/04/2020	20/04/2020	007022177030
TOTAL A PAGAR (R$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
113,49	20/04/2020	2014715640
	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
	105308592	0006248044

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO
3902.CD13.F1E1.C61D.211A.3F17.6084.6266

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	129,00	0,43299956	55,85
Consumo Ativo(kWh)-TE	129,00	0,36417065	46,97
Contrib. Ilum. Pública Municipal			6,57
ICMS Subvenção-CDE-NF 093624537-21/01/20			0,69
ICMS Subvenção-CDE-NF 097399861-18/02/20			0,79
Multa por atraso-NF 101283057 - 19/03/20			2,01
Juros por atraso-NF 101283057 - 19/03/20			0,26
Atualização IGPM-NF 101283057 - 19/03/20			0,35
TOTAL DA FATURA			113,49

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
102,82	25,00	25,70	102,82	1,10	1,13	102,82	4,99	5,13

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh)-TUSD	0,29838000
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,25095000

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R$	%
Geração de Energia	32,05	31,18
Transmissão	3,73	3,63
Distribuição (Celpe)	22,63	22,01
Encargos Setoriais	5,32	5,17
Tributos	31,96	31,08
Perdas de Energia	7,13	6,93
TOTAL	102,82	100

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
ABR	20	129
MAR	20	127
FEV	20	122
JAN	20	105
DEZ	19	113
NOV	19	100
OUT	19	105
SET	19	103
AGO	19	107
JUL	19	114
JUN	19	96
MAI	19	141
ABR	19	169

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003153569915	CAT	19/03/2020	5.398,00	20/04/2020	5.527,00	32	1,00000	0,00	129,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/05/2020

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
		fev/2020			
DIC-No.de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,16
FIC-No.de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de interrupção continua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico			Limite DICRI: 12,22		

EUSD-Valor do Encargo de Uso = R$ 38,49

Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de voce! bezerros papelaria: r dantas barreto 65 centro / vieira 10: rua sigismindo goncalves centroLista completa em www.celpe.com.br."
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. 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.
Coronavírus. Saiba como proteger você e sua família. Acesse saude.gov.br/coronavirus

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007022177030	04/2020	113,49	28/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

PAGAMENTO ATRAVÉS DE FICHA DE COMPENSAÇÃO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CELPE

AVISO IMPORTANTE!
Utilizar a opção "TÍTULO" quando for pagar em terminais de Auto-Atendimento.

Comprovante do Cliente — Autenticação Mecânica

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A 001	Vencimento	Agência/Cod.Cedente	Espécie	Quantidade	Valor do Documento	(-)Desconto/Abatimento
	28/04/2020	3064-3/54427-2	R$		113,49	
(-) Outras deduções	(+) Mora/multa p/ dia de atraso		(+) Outros acréscimos		Ficha do Caixa	Autenticação Mecânica
Nosso Número	Nº do Documento		(=) Valor Cobrado			
32174750106656221	0505431170		113,49			

DESTAQUE AQUI

BANCO DO BRASIL S/A | **001-9** | **00190.00009 03217.475015 06656.221170 9 82390000011349**

Local de Pagamento PAGÁVEL NA REDE BANCÁRIA					Vencimento 28/04/2020
Cedente Companhia Energética de Pernambuco - Celpe					Agência/Cod.Cedente 3064-3/54427-2
Data Documento 20/04/2020	Nº do Documento 0505431170	Espécie	Aceite N	Data do Processamento 20/04/2020	Nosso Número 32174750106656221
Uso Banco	Carteira 17	Moeda R$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento 113,49

Instruções

1-Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
2-Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010/ANEEL.
3-Atualização Monetária - sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrado na próx. fatura.
4-Pagável nos canais de recebimento da rede bancária.
5-Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em caixas eletrônicos ou internet.

(-) Desconto/Abatimento
(-) Outras Deduções
(+) Mora/Multa p/dia de atraso
(+) Outros acréscimos
(=) Valor Cobrado 113,49

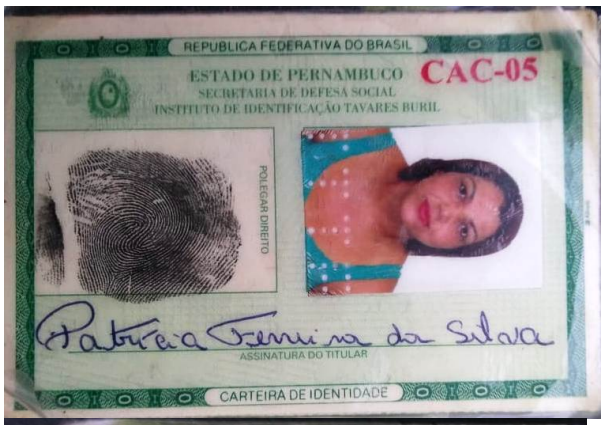
Sacado

PATRICIA FERREIRA DA SILVA
880.299.304-10

007022177030

Sacador/Avalista

Ficha do Caixa — Autenticação Mecânica



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

CAC-05

POLEGAR DIREITO

Patrícia Ferreira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.583.868

DATA DE EXPEDIÇÃO 14/05/2012

NOME << PATRICIA FERREIRA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << SEVERINO FERREIRA DA SILVA >>

<< LUZINETE FERREIRA DA SILVA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 11/01/1974

DOC ORIGEM << CN.29792 L.24-A F.5 CART.6ªZONA RECIFE-PE 15.01.1990 >>

CPF 880.299.304-10

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P-HB 64.582 - 4431

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José

FICHA DE ATENDIMENTO	CARTÃO DO SUS: –	REGISTRO: 115369
DATA: 29/11/19	HORA: 6:55	TELEFONE: 98825-7790
NOME: PATRICIA FERREIRA DA SILVA		IDADE: 45
NOME DA MÃE: JUZINETE F. DA SILVA		
DATA DE NASCIMENTO: 11/01/74	ACOMPANHANTE: –	
END.: R 10	BAIRRO: COHAB	N.º 86
CIDADE: BEZERROS		

SINAIS VITAIS

PA: / mmhh	HGT: mg/dL	T: °C	PESO: kg	Técn. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I – Sinais de Emergência imediata
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O FC<50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 irpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS < 80 ou >200mmhg O PAD < 40 ou > 130 mmhg HGT < 40 ou > HI mg/dl O Convulsão no momento
4. O Politraumatismo/Glasgow <= 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoaspiração O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II – Sinais de urgência – Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação
CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou >180mmhg O PAD < 50 ou > 110mmhg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
3. O Tugor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1° e 3° áreas não críticas SCQ< 10% O Vítima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III – Sem risco de morte – somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo
CLASSIFICAR COMO VERDE

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abcessos O Intercorrências ortopédicas

IV – Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)
CLASSIFICAR COMO AZUL

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1° grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

O Vermelho
O Amarelo
O Verde
O Azul

– edema + dor em Punho (D).

Alergias: (X) NÃO ( ) SIM, à

ENCAMINHADO:

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES

Assinatura da Assistente Social e carimbo

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: ( ) NÃO ( ) SIM, à

REGISTRO:

Queixas:

Exame físico:

Suspeita de [illegible] ate
vardio [illegible] D após
atropelamento

H.D.:

CONDUTA/REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta: 1/ Tramal 100 [illegible] + 100 [illegible] 500 ml EV
2/ Dipirona 1 amp + AA EV
3/ Voltaren 1 amp IM
4/ Tiorfe MSD

Paulo Emanuel do Nascimento Silva
COREN-PE 760.272-TE

TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	ÓBITO	ATESTADO
Consulta simples	Melhora	Data: / /	SIM ( )
Consulta c/ Observação	Solicitação		NÃO ( )
Indicação (Internamento)	Transferência	Hora:	DIAS:
	Indisciplina		
	Óbito		

Data: / /

Hora:

Dr. [illegible]
Cirurgião Dentista
CRM-PE [illegible]

Médico – CREMEPE
(Carimbo)

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José

UPA Caruaru

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

( ) Acidente de Trabalho ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Pediátrico ( ) Acidente de Trânsito ( ) Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Patrício Ferreira da Silva Idade: 45a

Bairro: Bezerros, PE.

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

( ) Carro de Passeio ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Moto ( ) Bicicleta ( ) Pedestre ( ) Outros ( )

( ) Motorista ( ) Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )

( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )

( ) Choque Elétrico ( ) Soterramento ( )

( ) Inalação ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: _____

( ) Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )

( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )

Altura Aproximada _____ Metros

( ) Queda da Própria Altura

( ) Por Arma de Fogo/Tipo _____ ( ) Arma Branca/Tipo: _____

( ) Mordedura ( ) Mordedura ( ) Outros ( ) Qual: _____

( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Rotação ( ) Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

Paciente c/ história de queda próprio e altura e/ apoio de membro superior esquerdo, evoluindo c/ dor importante e edema local.

APLICAÇÃO CLÍNICA

HD: Fx de radio distal?

Não disponível de Rx ou imobilização.

Conduta:

Assinado eletronicamente por: ALESSANDRA MARIA BRITO ALENCAR - 28/05/2020 13:16:17
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20052813161757200000061461113
Número do documento: 20052813161757200000061461113

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estímulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
Abertura Ocular Espontânea	4	Orientado	5	Obedece ao comando	6
Abertura Ocular a Voz	3	Confuso	4	Localiza Estímulo Doloroso	5
Abertura Ocular a dor	2	Resposta Inapropriada	3	Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Sem abertura ocular	1	Sons Incompreensíveis	2	Descorticação	3
		Sem resposta Verbal	1	Descerebração	2
				Sem resposta Motora	1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )
Dificuldade na fala ( )
Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríase ( ) Miose ( )

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S ( ) N ( )
Lesões Intra-Torácica : S( ) N( ) Fratura Pélvis: S( ) N( )
Lesões Intra-abdominais: S( ) N( ) Fratura em Osso Longo: Fechada( ) Aberta( )

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vítima ( ) Outros( )
Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação( ) Alteração no Humor( )
Usou outras drogas: S( ) N( ) Informante: Vítima( ) Outros( )
LSD( ) Maconha( ) Cola( ) Cocaína ( ) Crack( ) Lança-perfume( ) Anfetaminas( ) Êxtase( )

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )
Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )
Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) CPAP ( )
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S ( ) N ( )
Entubação Orotraqueal: S( ) N( )
Ventilação Mecânica: Modalidade _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )
RX: S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )
Infusão de Fluidos : S( ) N( ) Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

_____ Local e data

_____ Médico Assistente

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0181002050

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/12/2019** às **15:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **05:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE BEZERROS, 1** - Bairro: **COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DECONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
PATRICIA FERREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DECONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

PATRICIA FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **LUZINETE FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **11/1/1974** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE BEZERROS, , RUA 10 Nº 86 COHAB - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DECONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DECONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PPP0001** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

INFORMA QUE SAIU PELA MANHA PARA IR TRABALHAR E QUANDO TRANSITAVA PELA 01 NA COHAB FOI ATROPELADA POR UM VEICULO QUE NAO CONSEGUIU IDENTIFICAR O ALTOMOVEL , QUE LOGO EM SEGUIDA VOLTOU PARA SUA RESIDENCIA E FOI SOCORRIDA DPOR SUA FILHA ,SOFRENDO FRATURA E ESCORIAÇOES DIVERSAS , SEM MAIS ENCERRO O BOLETIM

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

x PATRICIA FERREIRA DA SILVA

PATRICIA FERREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **RÔMULO SANTOS** - Matrícula: **221298-6**

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 564716 **Prontuário:** 349560

Nome: PATRICIA FERREIRA DA SILVA
Data Nasc.: 11/01/1974 **Idade:** 45 **Sexo:** FEMININO **Cor:** PARDA **Religião:**
CPF: **RG:** **CNS:**
Endereço: RUA 10 **Nº:** 86
Bairro: COAB **Cidade:** BEZERROS **Estado:** PE
CEP: 55660000 **Fone:** 989257770 **Profissão:** AUXILIAR DE ENFERMAGEM
Nome da Mãe: LUZINETE FERREIRA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: VITIMA DE ATROPELAMENTO
Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO **Data:** 24/11/2019 10:48 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Vítima de atropelamento em [illegible]
punho direito

Exame Físico: **PA:**_____ **FC:**_____ **FR:** _____

[illegible]

Diag. Provisório:

Fratura [illegible] direita

NO [illegible] p/ redução [illegible]
fixação com fios K

Prescrição: **Dieta:** _____

Data		Horário

Diogo César de S. Barreto
Ortopedia / Traumatologia
CRM: [illegible]
TEOT: [illegible]

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

3 - Evolução / Exames

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 conseguencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ **RG:** _____

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Data: _____ / _____ / _____

_____
Assinatura

Autorização de Procedimeto ( ) 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:** _____

24/11/2019 10:49:13
2 de 2

Usuario do Atendimento
DENISELO

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
2 - CNES: 2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
4 - CNES: 2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: PATRICIA FERREIRA DA SILVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 349560
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: 11 01 74
9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]
10 - RAÇA/COR: Parda
10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE: Suzanete Ferreira da Silva
12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 8 Nº DO TELEFONE 9 2 5 7 7 7 0
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: — x —
14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD Nº DO TELEFONE
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua 10 86 Cohab
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Bezerros
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
18 - UF:
19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE VÍTIMA DE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM **FRATURA RADIO DISTAL DIR**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
0408020245

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES
19
S525

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA RADIO DISTAL DIR**
24 - CID 10 PRINCIPAL:
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **INTERNAMENTO**
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
29 - CLÍNICA: **ORTOPEDIA**
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **URGENCIA**
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ***DR DIOGO CESAR CRM 21796***
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Diogo Cesar de Barros Bezerra Ortopedista CRM 21796

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: **PC - 40 - 004**
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): Dr. Waldemio Soares da Silva CRM 7139
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 261910412744-2

CPF 198.3[illegible]04

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
2 - CNES: 2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
4 - CNES: 2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: PATRICIA FERREIRA DA SILVA
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 349560
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO: 11/01/74
9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3
10 - RAÇA/COR:
10.1 - ETNIA:
11 - NOME DA MÃE: Luzinete Ferreira da Silva
12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 8 9 2 2 7 7 1 0
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:
14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua 10 Cohab 86
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Bezerros
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
18 - UF:
19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE VÍTIMA DE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM **FRATURA RADIO DISTAL DIR**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES COMPLEMENTARES

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA RADIO DISTAL DIR**
24 - CID 10 PRINCIPAL:
25 - CID 10 SECUNDÁRIO:
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TTO CIR DE FRATURA RADIO DISTAL DIR**
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:
29 - CLÍNICA: **ORTOPEDIA**
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **URGÊNCIA**
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ***DR DIOGO CESAR CRM 21796***
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO:
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Diogo Cesar Costa Oliveira CRM-PE 21796

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:
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):
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**		
Paciente: Pedro Pereira da Silva		*Nº do Registro:*
Clínica: Ortopedia		*Nº do Leito*
Operador: Diogo Cesar		
1º Assistente:	*2º Assistente:*	
Instrumentador:	*Anestesista:*	
Anestesia:	*Duração:*	
Data da Operação: 28/11/19	*Início:*	*Término:*

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura Rádio distal D/R

Diagnóstico Pós-Operatório:

" "

Operação Proposta: redução fechada e fixação com 02 fios K

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- PVT em MMII sob anestesia
- Antisepsia / Antibiótico / Aplicação de campos cirúrgicos
- Manobra de redução - confirmada redução por fluoroscopia
- Fixação do punho com 02 fios K (cruzados)
- curativo.
- Tala axilo palmar

Diogo Cesar da S. Bezerra
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 21136
TEOT: 15894

COOPAGRESTE

COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

№ 10626

VALOR

NOME: Patrícia Ferreira da Silva			REGISTRO: 349560	CATEGORIA: SUS	
HOSPITAL: H.R.A	SEXO: M ☐ F ☑	COR: Br ☑ Pr ☐ N ☐	IDADE: 45a	HORÁRIO: 12:00	DATA: 22.11.19
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do Rádio Distal D.	PESO: 80 Kg	PA: 140x90	FC: 100 BPM	RESPIRAÇÃO: 16 IRPM	ASA: III
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O mesmo					
OPERAÇÃO PROPOSTA: Redução Incruenta + Fixação com					
OPERAÇÃO REALIZADA: Fio K O mesmo					

CÓDIGO CIRURGIA	PORTE	%

HORÁRIO						
O_2						
SpO_2%	94 93					
$EtCO_2$						
LÍQUIDOS	SF					

ANOTAÇÕES

200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0

AGENTES	CONC.	QUANTIDADE
Fentanil		75mcg
Lidocaína		120mg
Propofol		300mg
Ondansetrona		1mg
Dipirona		2g

TÉCNICA ANESTÉSICA:

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:

DURAÇÃO DA ANESTESIA:

☑ CARDIOSCÓPIO ☐ CAPNÓGRAFO ☐ PVC ☐ ☐ OXÍMETRO ☐ S. VESICAL ☐ TEMPERATURA ☐ ☑ PNI ☐ LINHA ARTERIAL ☐ MONITOR DO ESTADO CEREBRAL

ENCAMINHADO	DESTINO
☑ ACORDADO	☑ SRPA
☐ ADORMECIDO	☐ UTI
☐ SONOLENTO	☐ QUARTO
☐ INTUBADO	☐

00001 a 25000- Julho/2019

Dra. Monique Siebra
Anestesiologista

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMNETOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Patricia Ferreira da Silva REGISTRO Nº 08
SALA CIRÚRGICA Nº 08 DATA 24/11/19
CIRURGIA: CIRURGIÃO: Drº Diogo Cesar
ANESTESIA: sedação ANESTESIOLOGISTA:

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL	QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
Tx	Oxigênio				Agulha Descartável		
01	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			01	Eletrodo p/ Monitorização		
01	Lidocaina (cloridrato sem vaso)				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			04	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxican			01	Lâmina de Bisturi		
02	propofol			02	Luvas Estéreis 7,0		
01	Fentanil			01	Luvas Estéreis 7,5		
01	Ondasetrona			02	Luvas Estéreis 8,0		
					Seringa 5ml		
					Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
Tx	Clorexidina				Sonda de Foiev		
Tx	Álcool				Sonda Endotraqueal		
03	Propés				Sonda Nasogástrica		
04	Luva prox.				Sonda Uretal		
03	máscara				Tubo para Aspiração		
03	touca						
03	compressa						
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Diogo Cesar Barbosa Barbosa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 21790
TEOT 13894

Assinatura do Cirurgião

Débora de A. Silva

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

RECEITUÁRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: PATRICIA FERREIRA DA SILVA	N° Registro:
Clínica: **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**	N° do leito:

EVOLUÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA RADIO DISTAL DIR
PACIENTE SEM QUEIXAS SIGNIFICATIVAS, COM EXAME CLÍNICO NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÕES.
INTERNAMENTO

DATA dom, 24 de novembro de 2019 ***ASSINATURA: DR DIOGO CESAR CRM 21796***

CORTAR AQUI

Paciente: PATRICIA FERREIRA DA SILVA

Clínica: **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

SOLICITO:
RADIOGRAFIAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: ***FRATURA RADIO DISTAL DIR***

( ) COLUNA CERVICAL AP/PERFIL	( ) COLUNA DORSAL AP/PERFIL	( ) COLUNA LOMBAR AP/PERFIL
( ) OMBRO AP/AXILAR E P ESCAP	( ) TÓRAX AP/PERFIL	( ) ARCOS COSTAIS AP/OBLIQUO
( ) BRAÇO AP/PERFIL	( ) COTOVELO AP/PERFIL	( ) ANTEBRAÇO AP/PERFIL
(X) PUNHO AP/PERFIL	( ) MÃO AP/OBLIQUO	( ) BACIA AP/LÖWENSTEIN
( ) BACIA ALAR/OBTURATRIZ	( ) QUADRIL AP/LÖWENSTEIN	( ) COXA AP/PERFIL
( ) JOELHO AP/PERFIL	( ) JOELHO AXIAL DE PATELA	( ) PERNA AP/PERFIL
( ) TORNOZELO AP/PERFIL/MORTISE	( ) PÉ AP/OBLIQUO	( ) CALCANHAR PERFIL
( ) CLAVÍCULA AP/ZANCA		

DATA dom, 24 de novembro de 2019 ***ASSINATURA: DR DIOGO CESAR CRM 21796***

SOLICITO:

Paciente: PATRICIA FERREIRA DA SILVA

IMOBILIZAÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: ***FRATURA RADIO DISTAL DIR***

( ) VELPEAU DE CREPOM	( ) TALA ANTEBRAQUIOPALMAR (LUVA)
( ) VELPEAU VERÃO (TIPÓIA AMERICANA)	( ) TALA ANTEBRAQUIOMANUAL (GARRAFA)
( ) TIPÓIA SIMPLES	( ) TALA BRAQUIAL (AXILOPALMAR)
( ) COLAR CERVICAL	( ) TALA PINÇA DE CONFEITEIRO
( ) TALA SUROPODÁLICA (BOTA)	( ) TALA METÁLICA PARA DEDOS
( ) TALA INGUINOMALEOLAR (TUBO)	( ) ADESIVAGEM/ESPARADRAPAGEM
( ) TALA INGUINOPODÁLICA	( ) APARELHO GESSADO TIPO: _____
( ) TALA HEMIPELVEPODÁLICA (SPICA)	( ) OUTRO: _____

DATA dom, 24 de novembro de 2019 ***ASSINATURA: DR DIOGO CESAR CRM 21796***

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

Paciente: PATRICIA FERREIRA DA SILVA

( ) HEMOGRAMA	( ) COAGULOGRAMA
( ) UREIA	( ) CREATININA
( ) TGO	( ) TGP
( ) GLICEMIA DE JEJUM	( ) HEMOBLOBINA
( ) HEMATOCRITO	( ) SUMARIO DE URINA
( ) UROCULTURA	( ) HEMOCULTURA
( ) CULTURA DE SECREÇÃO	( ) PROTEINA C REATIVA
( ) VELOC HEMOSSEDIMENTAÇÃO	( ) OUTROS: _____

DATA dom, 24 de novembro de 2019 ***ASSINATURA: DR DIOGO CESAR CRM 21796***

LEGENDA: "E": ESQUERDO, "D": DIREITO, "X": NÃO SE APLICA, "A": AMBOS

NECESSIDADE DE PARECER CARDIOLÓGICO: ( ) SIM ( ) NÃO

Paciente: PATRICIA FERREIRA DA SILVA
PARECER CARDIOLÓGICO
HD: ***FRATURA RADIO DISTAL DIR***

DATA dom, 24 de novembro de 2019 ***ASSINATURA: DR DIOGO CESAR CRM 21796***

NECESSIDADE DE VACINA ANTITETÂNICA: ( ) SIM ( ) NÃO

Paciente: PATRICIA FERREIRA DA SILVA
VACINA ANTITETÂNICA 0,5ML INTRAMUSCULAR, DOSE ÚNICA
HD: ***FRATURA RADIO DISTAL DIR***

DATA dom, 24 de novembro de 2019 ***ASSINATURA: DR DIOGO CESAR CRM 21796***

Data e hora retirada da senha: 24/11/2019 10:41

Nome Paciente: PATRICIA FEREIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 11/01/1974
Sexo: Feminino
Idade: 45
Senha: U0012
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 24/11/2019 10:42 - 24/11/2019 10:43
GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	**POUCO URGENTE**
Cor:	VERDE
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE, APRESENTANDO DOR + LIMITAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO EM MSD HD: FRATURA DE RADIO DISTAL D
Medicamento(s):	NEGA ALERGIAS
Observação:	SENHA; 5822981
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS NOS MEMBROS
Discriminador(es):	- DEFORMAÇÃO? - EDEMA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GILDA MARIA DE SIQUEIRA PRATA - COREN: 415317 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/11/2019 10:43

Governo do Estado de Pernambuco
Secretaria de Saúde

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO IMIP HOSPITALAR

GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

Paciente: PATRICIA FERREIRA DA SILVA **Atendimento:** 01303051
Nome Social:
Data Nascimento: 11/01/1974 **Idade:** 45 Anos, 10 Meses e 13 Dias **Prontuário:** 00496199
Sexo: Masculino

História Atual:
DOR EM PUNHO DIREITO APOS TRAUMA HA HORAS

Exame Físico:
DOR,EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM PUNHO DIREITO. NEUROVASCULAR PRESERVADO

Exames Complementares/Resultados:
RADIOGRAFIAS

Hipóteses Diagnósticas:
FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

Conduta:
IMOBILIZAÇÃO, ORIENTAÇÕES, ANALGESIA. ENCAMINHO AO HRA

SENHA: 5822981 **COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:** ☐ SIM ☒ NÃO

Transferido / Encaminhado para:
43 -TRANSF. P/ HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Motivo:

Data: 24 DE NOVEMBRO DE 2019
Hora: 10:27

HUGO ÁTILA ALVES DA COSTA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CREMEPE 24.234 / CREMEB 32.994

Ass. e CRM do Médico
Dr(a): **HUGO ÁTILA ALVES DA COSTA**
CRM - 24234

SINISTRO 3200093912 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PATRICIA FERREIRA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE
BENEFICIÁRIO PATRICIA FERREIRA DA SILVA
CPF/CNPJ: 88029930410

Posição em 28-04-2020 11:58:24

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R$00.000,00

Juros e Correção: R$00.000,00

Valor Total: R$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/03/2020	R$ 843,75	R$ 0,00	R$ 843,75