REGISTRO GERAL 2.337.091 — DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2017

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME << IRINALDO DE SOUZA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ MARIA DE SOUZA >>
<< SEVERINA MARQUES DE SOUZA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE — DATA DE NASCIMENTO 25/07/1960

DOC. ORIGEM << CC. 32.345 L.B58 F.238 CART. 1
RECIFE-PE 06.01.1993 >>

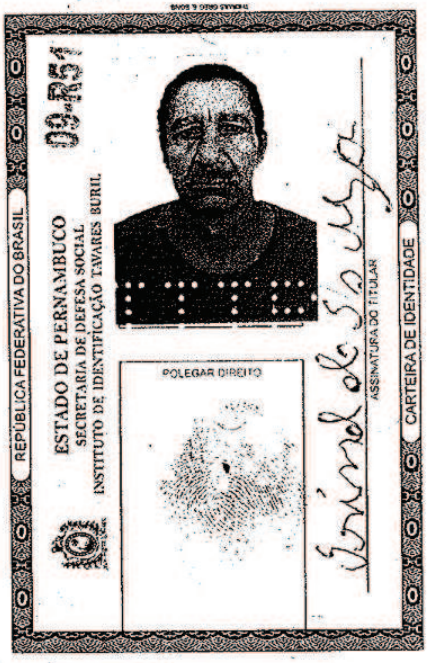
CPF 328.104.154-04

ASSINATURA DO DIRETOR

Ana Patricia C.G. Alcoforado
Delegada de Polícia - Gerente UTB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-76 18.655 - 3117



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

09-857

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
328.104.154-04

Nome
IRINALDO DE SOUZA

Nascimento
25/07/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
F19B.FF72.E688.6321

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:59:46 do dia 08/08/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Num. 66782094 - Pág. 2
Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103250400000065514575
Número do documento: 20082316103250400000065514575

# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Irinaldo de Souza, brasileiro(a), estado civil Solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 328104154-04 e portador da cédula de identidade nº 2337091, residente e domiciliado(a) na Rua Paulino Paes, nº 90, bairro de Mandacaru CEP 55646-000 na cidade de Gravatá / PE.

**OUTORGADA:** ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/ PE 28.697,com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 102, 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 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, 06 de 08 de 2020

Irinaldo de Souza

Outorgante

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103259000000065514574
Número do documento: 20082316103259000000065514574

S. Amarelo

Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da Veiga Pessoa
SOUTO MAIOR, NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS, Gravatá - PE
CEP: 55642-250, Fone: (81) 3533-0423 | (81) 3533-0423

GRAVATÁ

Mª Rita da Silva
SAMU
Mat 3273 cópia do original

# FICHA DE ATENDIMENTO

| Número do Registro | Data e Hora do Atendimento | Procedimento Local: Prontuário Integrado | Local de Entrada |
|---|---|---|---|
| 166785 | 15/01/2017 20:24' | | RECEPÇÃO GERAL |

**Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:**

Paciente: 000129169 IRINALDO DE SOUZA
CNS: Nascimento: 25/07/1960 Idade: 56 Sexo: Masculino Cor: Sem informação
Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: Nacionalidade: Brasileiro
Documento: Ignorado
Filiação: SEVERINA MARQUES DE SOUZA
JOSE MARIA MARQUES DE SOUZA
Endereço (Av., Rua, etc): PAULINO PARS 90 Complemento:
Bairro: MANDACARU Cidade: GRAVATA UF: PE Telefone:
Acompanhante: GENRRO
Ocorrência:
Procedência: ZONA RURAL Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐
Meio de Transporte:

**Dados da triagem**

Atd com mal cu

**Atendimento Médico:**

Data: / / Hora: Médico: CRM:
Queixa Principal:

Sem gas intoleran

**Evolução:**

Estável

Cardio Pe no leito

Wilson de Oliveira Brit
Médico
CREMEPE 16803

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

# DECLARAÇÃO

**Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o Sr. (a) Irinaldo de Souza**
**Esteve internado nesta Unidade Hospitalar, nos dias ;16/01/2017 a 03/02/2017**

**REGISTRO: 263.223**

**Diagnóstico: Fratura de Fêmur .**

**Tratamento: Cirúrgico.**

**OBS : CID: s82.**

**ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE**

Caruaru 02 de Maio de 2017

Setor de arquivo (same)

Alexsandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Matrícula: 12450

00 794 975/0269 27
FUSAM - Hospital Regional
de Caruaru
APR 2020 Ano 139
Indirecto
Caruaru - PE

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103266900000065514573
Número do documento: 20082316103266900000065514573

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
**HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

## RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Rinaldo de Souza

Registro Nº:

Clínica: Enfermaria:

Quedo de moto
e fratura em
1/3 distal de
coxa D. Osteossin-
tese. ver Rx
Iniciar fisioterapia. Solicito
manter-lo afastado
do trabalho
por 90 (noventa) dias
trabalhador rural
autonomo - SIC.
2094

Data 01/04/2017

Médico - CRM

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elelda Monteiro de Souza

1º Lugar 2º Concurso 89

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103266900000065514573
Número do documento: 20082316103266900000065514573

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

## RESUMO DE ALTA

Nome: Irivaldo Souza

Prontuário: 263 223

Data: 31/01/2017 Hora:

DIAGNÓSTICO:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO:

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660

Alta Hospitalar: Data: 31/01/17 Hora:

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103266900000065514573
Número do documento: 20082316103266900000065514573

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERN

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

AP.03

RESUMO DE ALTA

Nome: Irivaldo Souza

Prontuário: 263 223

Data: 31/01/2017 Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fratura

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO:

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660

Alta Hospitalar: Data: 31/01/17 Hora:

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103266900000065514573
Número do documento: 20082316103266900000065514573

# ATESTADO MÉDICO

## NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO CPM Nº 1851/2008

Declaro para os devidos fins que o(a)Sr(a).

Bras Floriano Ferreira

*É portador(a) da seguinte patologia (CID 10):*

A30

*Data de início da doença:*

Há 1 ano e 6 meses

Com as seguintes conseqüências para a saúde do paciente:

Limitação a caminhada, perda da força de membros inferiores

A incapacidade que acomete o paciente é (permanente/temporário, total/parcial):

Permanente parcial

No caso de incapacidade temporária o prazo para a recuperação do paciente é de:

Assinatura e Carimbo do Médico

( CRM nº_____)

Em 28 / 10 / 2016

Augusto Cezar Dal Chiavon
Médico
CRM/PE : 23333

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103266900000065514573
Número do documento: 20082316103266900000065514573

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. 19E0181001562

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às **11:08**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **15/1/2017** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 01, ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SITIO JATÓBA, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

//// ( AUTOR \ AGENTE )
JOSE COSTA DE ARRUDA ( NOTICIANTE )
IRANILDO DE SOUZA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE COSTA DE ARRUDA

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

**JOSE COSTA DE ARRUDA (presente ao plantão) -** Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA COSTA DE ARRUDA** Pai: **HELENO LUIS DE ARRUDA** Data de Nascimento: **2/10/1984** Naturalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7104490/SDS/PE (RG), 06256407482 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, , SITIO JATOBÁ, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**IRANILDO DE SOUZA (presente ao plantão) -** Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA MARQUES DE SOUZA** Pai: **JOSE MARIA DE SOUZA** Data de Nascimento: **25/7/1960** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2337091/SDS/PE (RG), 32810415404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1°. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 90, RUA PAULINO PAES, VILA DE MANDACARU - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

//// - 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)



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103266900000065514573
Número do documento: 20082316103266900000065514573

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE COSTA DE ARRUDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE COSTA DE ARRUDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYT0922** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **1028574239** Chassi: **9C2KC1680FR524769**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**O SENHOR JOSE COSTA DE DE ARRUDA PASSA A DECLARAR QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA TENDO COMO GARUPA O SENHOR IRANILDO DE SOUZA, QUE AMBOS TRAFEGAVAM PELA ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SITIO JATOBÁ, AREA DE SAIRE -PE. QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL (CACHORRO) QUE ATRAVESSOU A ESTRADA CORRENDO; QUE, AMBOS CONDUTOR E GARUPA CAIRAM AO CHÃO, SENDO QUE O SENHOR JOSE COSTA DE ARRUDA TEVE APENAS PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A VITIMA IRANILDO DE SOUZA FICOU LESIONADO E PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL MAIS PROXIMO, (HOSPITAL DR. PAULO VEIGA PESSOA) NA CIADE DE GRAVATÁ-PE, CONFORME REGISTRO DE Nº 166785, ASSINADA PELO MEDICO DR. WILSON DE OLIVEIRA, CREMEPE 7803, E DECLARAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE COM REGISTRO DE Nº 263.223, DOCUMENTAÇÕES ESTAS APRESENTADAS PELA PROPRIA VITIMA. NADA MAIS A DECLARAR.**

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

X José Costa de Arruda

**JOSE COSTA DE ARRUDA**
**(NOTICIANTE)**

**IRANILDO DE SOUZA**
**(VITIMA)**

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

11/09/2019 11:

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 WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES: 2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Irmaldo de Souza

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 263223

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700205476688768

8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/07/1960

9 - SEXO: Masc. [X] 1 Fem. [ ] 3

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE: Severina de Souza

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Vila Mandacaru

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Gravatá

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF: PE

19 - CEP:

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Pcr. Vítima de trauma c/ dor em coxa direita

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: necessita tto cirúrgico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): N.c.v.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: F-fêmur direito

24 - CID 10 PRINCIPAL: S723

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: tto cirúrgico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050233

29 - CLÍNICA: ORT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Urg

31 - DOCUMENTO: ( )CNS (X)CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 01245454-86

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 16/01/17

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Vacely Wacemberg Duarte — Ortopedia-Traumatologia-Reumatologia — CRM - 16117

## 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 - BILHETE:

41 - SÉRIE:

42 - CNPJ EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: PE - 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. Waldemiro Ferreira da Silva — Cirurgião

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 261710383804-1

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 WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES: 2427419

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE:

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 263223

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700205476688768

8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/07/1960

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - RAÇA/COR:

11 - NOME DA MÃE: Severina de Souza

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Vila Mandacaru

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Gravatá - PE

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

S822 04080506/6

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

24 - CID 10 PRINCIPAL:

25 - CID 10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## 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:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 30/01/17

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

Dr. Cristiano Lins Lacerto — Traumato-Ortopedia — CRM 6582

## 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

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. Waldomiro Lins da Silva — CRM 7122

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 261710383805-2

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

Usuario da Internação
ROSANGELASSB
291442

## SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

**1 - Identificação do Paciente** **Data Int.:** 16/01/2017 03:31 **Atendimento:** 291442 **Nº AIH:** _____
**Prontuário:** 263223

**Nome:** IRINALDO DE SOUZA
**Data Nasc.:** 25/07/1960 **Idade:** 56 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
**CPF:** **RG:** **CNS:** 700205476688768
**Nº:** 0
**Endereço:** VILA MANDACARU
**Bairro:** VILA **Cidade:** GRAVATA **Estado:** PE
**CEP:** 55642530 **Fone:** 89070742 **Profissão:**
**Nome da Mãe:** SEVERINA DE SOUZA
**Nome do Conjuge:**
**Nome:**
**Parentesco:** **RG:** **Fone:**

**2 - Internar Para**
**Clínica:** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
**Unidade de Internação:** PRE - OPERATORIA **Leito:** PRE - OPERATORIA 03
**Diagnostico Inicial (Constante do Laudo Médico):** Fratura Femur Dir **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
( ) NUTRICÃO PARENTERAL

OBS: Paciente encaminhado ao Bloco às 03:40, as 07h ainda aguarda o ortopedista para procedimento.
Michelle Nascimento
221323

**5 - Historia Clínica**

Paciente submetido a Redução Aberta, sem intercorrencia

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

**MOTIVO DE ALTA**

| DATA DE INTERNAMENTO | DATA DE ALTA | DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO |
|---|---|---|
| 16/01/2017 03:31 | | |



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

**Ortomédica**
COMÉRCIO & IMPORTAÇÃO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ. 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

263223

**CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS EM CIRURGIA (RQ-06)**

№ 043913

2º Via Cliente

Hospital: HRA Convênio: SUS Cidade: Camaru

Nome do Paciente: Irinaldo de Souza Data da Cirurgia: 30-01-17

Médico: Dr Gustavo Lilou Membro Operado: Fêmur D

| MATERIAL | ESPECIFICAÇÃO | QUANT. | LOTE |
|---|---|---|---|
| Placa Richards 95° | 14 F | 01 | |
| 0 702030821 EF. 232591-8 | | | |
| | | | |
| | Pino | 60 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Dr. Diego Araújo de Castro
Ortopedia/Traumatologia
CRM/PE 23629
30 JAN 2017

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PARAFUSOS CORTICAIS | Nº | 36 | | | | |
| | QUANT. | 04 | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS DE ~~BLOQUEIO~~ Bloqueio | Nº | TR-32 | 55 65 | | | |
| | QUANT. | | 01 01 | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS CANULADOS | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |
| PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA | Nº | | | | | |
| | QUANT. | | | | | |
| | LOTE | | | | | |

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: [illegible] Cx 195

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

AEL-03.

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
## EMERGÊNCIA

HRA

**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**Atendimento:** 291439 **Prontuário:** 263223

**Nome:** IRINALDO DE SOUZA
**Data Nasc.:** 25/07/1960 **Idade:** 56 **Sexo:** MASCULINO **Cor:** PARDA **Religião:**
**CPF:** 328.204.154-04 **RG:** 2.354.091 SDS-PE **CNS:** 700205476688768
**Endereço:** VILA MANDACARU **Nº:** 0
**Bairro:** VILA **Cidade:** GRAVATA **Estado:** PE
**CEP:** 55642530 **Fone:** 89070742 **Profissão:** AGRICULTOR.
**Nome da Mãe:** SEVERINA DE SOUZA
**Acompanhante:**
**Motivo do Atendimento:** ATT COM MOTOCICLETA
**Clinica:** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**2 - ATENDIMENTO** **Data:** 16/01/2017 02:50 **Médico:** MEDICO PLANTONISTA

**Queixa Principal / HDA:**
- Queda de moto há 10 horas, evolindo com Dor e deformidade em coxa (D). nega demais dor

**Exame Físico:** **PA:**_____ **FC:**_____ **FR:**_____
- BEG, orientado, afebril, glasgow 15
- Exame neurológico sem alterações

**Diag. Provisório:**
Fratura fechada de fêmur diafisário (D)

**Prescrição:** **Dieta:** Zero

| Data | | Horário |
|---|---|---|
| | Cl: (1) Ortopedia | |
| | (2) Ao Bloco Cirúrgico p/ | |
| | Instalação de Tração Esquelética | |

Dr. Raimundo Honorato
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 20136



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

# HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
## EMERGÊNCIA

**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: _____



Usuario do Atendimento
LUCIANAAP

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE DR WALDOMIRO FERREIRA

## DECLARAÇÃO

Declaro para devidos fins, que se fizerem necessário que o Sr.(a) Irinaldo de Souza RG:2.337.091 SDS-PE

Esteve Interno (a) nesta Unidade Hospitalar, no dia, 16/01/2017 a 30/01/2017

Registro Hospitalar: 263223

Diagnostico: Fratura de Fêmur Distal

Tratamento: Cirúrgico de Fratura de Fêmur .

OBS: vítima de acidente de trânsito. CID: S72. (paciente agricultor)

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDA NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

Caruaru 21 de Julho 2020

Setor de Arquivo (SAME)

Avenida José Rodrigues de Jesus -Br 232 Km 130 S/N Bairro Indianópolis Caruaru-PE

CEP:55.024.000

CNPJ:10.572.048/0014-42 – Fone: 0**81-3719-9346.

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

| | |
|---|---|
| *Unidade de Saúde:* **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE** | |
| *Paciente:* Irinaldo do Santos | *Nº do Registro:* 263223 |
| *Clínica:* Ortopedia | *Nº do Leito* |
| *Operador:* Dr. Fabio Arcoverde | |
| *1º Assistente:* Dr. Tiago Pontes | *2º Assistente:* |
| *Instrumentador:* | *Anestesista:* |
| *Anestesia:* | *Duração:* |
| *Data da Operação:* 16/01/12 | *Início:* / *Término:* |

*Diagnóstico Pré-Operatório:* Fratura Fechada Perna dir

*Diagnóstico Pós-Operatório:*

*Operação Proposta:* Tração Transesqueletica

*Operação Realizada:*

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1) Paciente deitado dorsal, sob anestesia
2) Assepsia + Antissepsia
3) Passe de Tração Transtibial esquelética com K-0 K. nº 4,0 de Lister p/ redução
4) Sem Perfuração

Dr. Fabio Arcoverde
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 3016
Sobre a Saúde

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

TIPO 5 STEAM ISO 11140-1 5 REJEITAR ACEITAR CISA

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

BLOCO CIRÚRGICO Atº: 291442

PACIENTE: Sinvaldo de Souza REGISTRO Nº 263223

SALA CIRÚRGICA Nº 06 DATA 16/12/2016

CIRURGIA: Fração esquelética CIRURGIÃO: Dr. Fabio Amorim

ANESTESIA: Local ANESTESIOLOGISTA: O mesmo

| QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | PREÇO UNIT. | PREÇO TOTAL | QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | PREÇO UNIT. | PREÇO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Oxigênio | | | 02 | Agulha Descartável 25 x 7 | | |
| 01 | Água Destilada | | | | Agulha para Pendura | | |
| | Atropina | | | | Agulha para Raqui | | |
| | Bupivacaína | | | | Atadura Gessada | | |
| | Cefazolina 1g | | | 01 | Atadura Crepom 10cm | | |
| | Clonidina | | | | Cateter para Oxigênio | | |
| | Dezametasona 4mg | | | 01 | Cateter para Venopunção 20 | | |
| | Diclofenaco | | | | Coletor de Urina Aberto | | |
| 02 | Dipirona | | | | Coletor de Urina Fechado | | |
| | Etilefrina | | | | Dreno | | |
| | Glicose 50% | | | | Eletrodo p/ Monitorização | | |
| 01 | Lidocaina Com Vaso | | | | Equipo para Sangue | | |
| | Metoclopramida | | | 01 | Equipo para Soro | | |
| | Neostgmina | | | | Fio Cat Gut Cromado | | |
| | Prometazina | | | | Fio Gat Gut Simples | | |
| | Ranitidina | | | | Fio de Aço | | |
| 01 | Ringer co Lactato | | | | Fio de Algodão | | |
| | Soro Fisiológico | | | | Fio de Nylon | | |
| | Soro Glicosado | | | | Fio de Polipropileno | | |
| | Succinato de Estriol | | | 02 | Gase 7,5x7,5 | | |
| | Tenoxican | | | | Lâmina de Bisturi | | |
| | | | | | Luvas Estéreis 7,0 | | |
| | | | | | Luvas Estéreis 7,5 | | |
| | | | | 02 | Luvas Estéreis 8,0 | | |
| | | | | | Seringa 5ml | | |
| | | | | | Seringa 10ml | | |
| | | | | 02 | Seringa 20ml | | |
| | | | | | Sonda de Foiev | | |
| | | | | | Sonda Endotraqueal | | |
| | | | | | Sonda Nasogástrica | | |
| | | | | | Sonda Uretal | | |
| | | | | | Tubo para Aspiração | | |
| | escova | | | 1 | compressas c/ 05U | | |
| TX | esparadrapo | | | 2 | luvas procedimentos M G | | |
| TX | alcool à 70% | | | | | | |
| TX | clorexidina à 2% | | | | | | |
| SUBTOTAL | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | TOTAL | | | |

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

Dr. Fábio Amorim Ortopedia CRM PE 23.331 Sbot: 14.162

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

## SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
## AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 16/01/17 HORA DE ADMISSÃO: 12:25 HORA DA LIBERAÇÃO: ____:____

REGISTRO: 263223 CIRURGIÃO: Dr. Fábio ANESTESISTA: Local

NOME DO PACIENTE: Irineldo de Souza.

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tracq transexquelético D PONTUAÇÃO FINAL: ____

| ÍTEM DE AVALIAÇÃO | PONTUAÇÃO | NA ADMISSÃO | APÓS 1h | APÓS 2h | APÓS 3h |
|---|---|---|---|---|---|
| **Respiração:** | | | | | |
| • Capacidade de respirar profundamente e tossir | 2 | X | | | |
| • Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização) | 1 | | | | |
| • Nenhum esforço espontâneo | 0 | | | | |
| **Circulação:** Pressão arterial sistólica | | | | | |
| • > 80% do nível pré-anestésico | 2 | ✓ | | | |
| • 50 a 80% do nível pré-anestésico | 1 | | | | |
| • < 50% do nível pré-anestésico | 0 | | | | |
| **Nível de Consciência:** | | | | | |
| • Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço | 2 | ✓ | | | |
| • Acorda quando chamado pelo nome | 1 | | | | |
| • Não responde ao comando | 0 | | | | |
| **Coloração:** | | | | | |
| • Coloração e aparência normais da pele | 2 | ✓ | | | |
| • Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, ictérica | 1 | | | | |
| • Cianose evidente | 0 | | | | |
| **Atividade Muscular:** | | | | | |
| Movimenta-se espontaneamente ou sob comando: | | | | | |
| • Capacidade de movimentar todas as extremidades | 2 | ✓ | | | |
| • Capacidade de movimentar duas extremidades | 1 | | | | |
| • Incapacidade em controlar qualquer extremidade | 0 | | | | |
| **Total:** | | | | | |

Necessário para que receba Alta da Sala de Recuperação: 7-8 pontos

**Observações:**
Paciente alto em MSD. Colocado tracq cpm.

D. Ilhonte Alves Pezerra

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

**Estado Geral:**

( ✓ ) Regular ( ) Comprometido ( ) Grave ( ✓ ) Normocorado ( ) Hipocorado ( ✓ ) Anictérico

( ) Ictérico ( ) Cianótico ( ✓ ) Acianótico ( ) Hidratado ( ) Desidratado ( ) Anasarca

## AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

**Nível de Consciência:**

( ✓ ) Consciente ( ) Inconsciente ( ) Torporoso ( ) Sonolento ( ) Alerta

**Nível de Orientação:**

( ✓ ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Sob sedação

## AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR_____ RPM_____

Modo:_____ Fi O2:_____ PEEP:_____ Sat O2:_____

( ✓ ) Espontânea ( ) Traqueostomizada ( ) VM ( ) UNI c/02 ( ) Venturi

**02 Suplementar 1/min:**

( ) Cateter Nasal ( ) Macronebulizador ( ) Venturi ( ✓ ) Eupneico ( ) Dispneico

( ) Traquidispneico ( ) Bradipneico

**Murmúrios Vesiculares:**

( ✓ ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos

**Ruídos Adventícios:**

( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertores ( ) Creptantes

**Dreno Torácico:**

( ) Sim ( ✓ ) Não Local:_____

**Oscilação:**

( ) Sim ( ) Não Aspecto da Drenagem:_____

**Expansibilidade Torácica Conservada:**

( ✓ ) Sim ( ) Não

**Tosse:**

( ) Sim ( ) Não ( ) Produtiva ( ) Não Produtiva

## SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC:_____ bpm PA:_____ mmHg

Pulso:_____ bpm ( ✓ ) Cheiro ( ) Filiforme ( ) Ausentes

**Uso de Drogas Vasoativas:**

( ) Sim ( ✓ ) Não ( ) Qual?_____

**Acesso Venoso Central:**

( ) Sim ( ✓ ) Não ( ) Qual?_____

**Acesso Venoso Periférico:**

( ✓ ) Sim ( ) Não ( ) Qual? MSE

## SISTEMA GASTROINTESTINAL

**Abdomen:**

( ) Plano ( ✓ ) Globoso ( ) Distendido ( ) Escavado ( ) Depressível ( ) Ascítico

( ) Doloroso ( ) Não Doloroso ( ) Local:_____

**RHA:**

( ✓ ) Presentes ( ) Ausentes

**SNG:**

( ) Sim ( ✓ ) Não ( ) P/ Gavagem ( ) Sinfonagem

**SNE:**

( ) Sim ( ✓ ) Não

## SISTEMA GENITO-URINÁRIO

**Diurese:**

( ✓ ) Presente ( ) Ausente ( ✓ ) Espontânea ( ) SVD ( ) Volume:_____ml

( ) Aspecto:_____

## SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

**Deambulação:**

( ) Sim ( ) Não ( ) Repouso Relativo ( ✓ ) Repouso Absoluto

**Mobilidade:**

( ) Ativa ( ) Passiva

Dr. Thomaz Alves Bezerra

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

| | |
|---|---|
| *Unidade de Saúde:* **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE** | |
| *Paciente:* Thiago de Souza | *Nº do Registro:* 29144 |
| *Clínica:* Ortopedia | *Nº do Leito* |
| *Operador:* Dr. Carlos Lemos | |
| *1º Assistente:* | *2º Assistente:* |
| *Instrumentador:* | *Anestesista:* |
| *Anestesia:* | *Duração:* |
| *Data da Operação:* 20/01/17 | *Início:* / *Término:* |
| *Diagnóstico Pré-Operatório:* → Fratura Fêmur Prox (E) | |
| *Diagnóstico Pós-Operatório:* " " " " | |
| *Operação Proposta:* | |
| *Operação Realizada:* Tto cirúrgico fx fêmur prox (E) (DCS) | |

**DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO**

1) Assepsia
2) Posto lateral
3) Incisão proxi. Fêmur - cirúrgica
- cobertas DCS + 7 parafusos corticais
4) Fêmur - Soldas prox

Dr. Carlos Gustavo Linhares Almeida
Cirurgião Ortopedico
Traumatologista
CRM-PE 14552

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

# FICHA DE ANESTESIA

N 154233

VALOR

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NOME: IRINALDO DE SOUZA | | | REGISTRO: 263223 | CATEGORIA: SUS | |
| HOSPITAL: H.R.A. | SEXO: M ☒ F ☐ | COR: Br ☐ Pd ☒ N ☐ | IDADE: 56 | HORÁRIO: 11h45 | DATA: 30/01/17 |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de fêmur (D) | PESO: 70 Kg | PA: 160 x 90 | FC: 76 BPM | RESPIRAÇÃO: 18 IRPM | ASA: II |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: o mesmo | | | | | |
| OPERAÇÃO PROPOSTA: tratamento cirúrgico | | | | | |
| OPERAÇÃO REALIZADA: a mesma | | | | | |

| CÓDIGO CIRURGIA | PORTE | % |
|---|---|---|
| 30725127 | 5 | 100 |

HORÁRIO: 11h45 12h45 13h45 14h45

$O_2$

$SpO_2$%: 100% 100% 100% 100% 100%

$EtCO_2$

LÍQUIDOS: (E) 500 + 500 + 500 (R) 500 + 500

ANOTAÇÕES: 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20 0

| AGENTES | CONC. | QUANTIDADE |
|---|---|---|
| (D) Midazolam | | 5mg |
| (D) Fentanil | | 100mg |
| (D) Ringer Isotônica | | 20mg |
| (D) Dimorf | | 2mg |
| (D) Glicopirrolato | | 2mg |
| (D) Hidrometazona | | 8mg |
| (D) Neostigmina | | 2mg |
| (D) Tiopentagon | | 5mg |
| (D) Ketorolaco | | 30mg |
| Morphina | | 0,1mg (Bup) |

TÉCNICA ANESTÉSICA: Raquianestesia em L3-L4 c/ agulha Sprotte 25; punção única; LCR (+). Claro.

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: 2h30 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2h30.

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

ENCAMINHADO: ☒ ACORDADO ☐ ADORMECIDO ☐ SONOLENTO ☐ INTUBADO

DESTINO: ☒ RPA ☐ UTI ☐ QUARTO ☐

152.394 a 172.500 - Novembro/2016

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

TIPO 5 STEAM ISO 11140-1 3 REJEITAR 2021-05 CISA ACEITAR

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

Aten: 29,442

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Irumaldo de Souza REGISTRO Nº 263223

SALA CIRÚRGICA Nº 08. DATA 30/01/2017

CIRURGIA: TC + Frat. Fêmur D. CIRURGIÃO: Dr. Liberato + Diego.

ANESTESIA: Raqui + sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Leonardo Sales.

| QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | PREÇO UNIT. | PREÇO TOTAL | QUANT. | ESPECIFICAÇÃO | PREÇO UNIT. | PREÇO TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TX | Oxigênio | | | 1 | Agulha Descartável 40x12 | | |
| 1 | Água Destilada 10ml | | | 1 | Agulha para ~~Pendura~~ Pelve 25x7. | | |
| 1 | Atropina | | | 1 | Agulha para Raqui 25 | | |
| | Bupivacaína | | | | Atadura Gessada | | |
| 1 | Cefazolina 1g | | | 1 | Atadura Crepom 15cm | | |
| | Clonidina | | | 1 | Cateter para Oxigênio | | |
| | Dezametasona 4mg | | | | Cateter para Venopunção | | |
| | Diclofenaco | | | 1 | Coletor de Urina Aberto | | |
| 1 | Dipirona | | | | Coletor de Urina Fechado | | |
| 1 | Etilefrina | | | | Dreno | | |
| | Glicose 50% | | | 1 | Eletrodo p/ Monitorização | | |
| | Lidocaina | | | | Equipo para Sangue | | |
| | Metoclopramida | | | 1 | Equipo para Soro | | |
| | Neostgmina | | | | Fio Cat Gut Cromado | | |
| | Prometazina | | | | Fio Gat Gut Simples | | |
| | Ranitidina | | | | Fio de Aço | | |
| 1 | Ringer co Lactato 500ml | | | | Fio de Algodão | | |
| 1 | Soro Fisiológico 500ml | | | 1 | Fio de Nylon 2.0 | | |
| 1 | Soro Glicosado | | | | Fio de Polipropileno | | |
| | Succinato de Estriol | | | 1 | Gase 7,5x7,5 | | |
| | Tenoxican | | | 1 | Lâmina de Bisturi 24 | | |
| TX | Clorexidina D. | | | 1 | Luvas Estéreis 7,0 | | |
| TX | Álcool a 70% | | | 1 | Luvas Estéreis 7,5 | | |
| 1 | Cerazara | | | 1 | Luvas Estéreis 8,0 | | |
| 1 | Fraxa | | | 1 | Seringa 5ml | | |
| 1 | Fraxi PAR. | | | 1 | Seringa 10ml | | |
| 1 | Escovo c/ Dex. | | | 1 | Seringa 20ml | | |
| TX | Esparadrapo | | | | Sonda de Foiev | | |
| 1 | Neuxdrion | | | | Sonda Endotraqueal | | |
| 1 | Midazolam | | | | Sonda Nasogástrica | | |
| 1 | Cat complexo 5UI | | | 1 | Sonda Uretal 16. | | |
| 1 | Algodão Ort. | | | | Tubo para Aspiração | | |
| | | | | 1 | Fio Kryl 0 | | |
| | | | | 1 | Transofixo | | |
| SUBTOTAL | | | | SUBTOTAL | | | |
| | | | | TOTAL | | | |

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

Assinatura do Cirurgião

Luís Nangle.
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

# SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

COOPAGRESTE

Nº 13550

## AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| NOME: Inaldo de Souza | | | | PRONTUÁRIO: 63223 |
| DATA: 30/01/2017 | SEXO: M ☒ F ☐ | IDADE: 56 | NASCIMENTO: / / | CONVÊNIO: SUS |
| PROCEDIMENTO REALIZADO: Mat. Lin. Frat. Fêmur | | | | |

| Índice Aldrete Kroulick | Respiração | Circulação | Sp02 | Ativ. Muscular | Consciência | Horário | F.C. | P.A. | F.R. | T.Ax | Volume Infundido | Diurese | Rubrica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | S.O. | | | | | | | |
| | | | | | | 15 min. | | | | | | | |
| 9 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 30 min. | | | | | | | |
| 10 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 60 min. | | | | | | | |
| | | | | | | 2h | | | | | | | |
| | | | | | | 3h | | | | | | | |

| RESPIRAÇÃO | CIRCULAÇÃO |
|---|---|
| 2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR<br>1 DISPNÉIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA<br>0 CIANÓTICO | 2 PA <20% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO<br>0 PA <25% OU >50% MAIOR PRÉ-OPERATÓRIO<br>O PA<50% VALOR PRÉ-OPERATÓRIO |

| SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO | ATIVIDADE MUSCULAR | CONSCIÊNCIA |
|---|---|---|
| 0 $Sp0_2$ DE OXIGÊNIO < 90% MESMO RECEBENDO $0_2$<br>1 PRECISA RECEBER $0_2$ PARA $Sp0_2$ > 90%<br>2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE | 2 APTO MOVER 4 EXT<br>1 APTO MOVER 2 EXT<br>0 APTO MOVER 1 EXT | 2 DESPERTO TOTALMENTE<br>1 DESPERTO AO CHAMAR<br>0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO |

**OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES**

16:30 - Paciente sem queixas, Aldrete 10

Alta da SRPA

Raoni de Andrade Lima
Anestesiologista
CRM - 24.197

Carimbo e assinatura:

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

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

# EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde: **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Nome do Paciente: Trivaldo de Souza Registro Nº: 263223

Clínica: AE Leito Nº: 03

| DATA | HORA | EVOLUÇÃO |
|---|---|---|
| 20/01/17 | 10:50h. | *Bloco cirúrgico* Paciente em pré-op. cir. fêmur (D), aguardando procedimento cirúrgico, porém não encontrava-se registrado no mapa cirúrgico. Comunicado a Dr. Márcio Locenda que pediu que alimentasse o paciente e retornasse para enfermaria de origem. Comunico a enfermeira Socorro da Ala E (setor de origem do paciente). — Simone Rafaela Andrade Enfermeira COREN: 199798 |
| | | Pus Bom S. Quinta Corpo |
| | | Pouco ativo Chamando mal. Sem resposta |
| 24/01/17 | | Pressão Apoiar em |

Dr. Luigi Paolo V. M. Fiori Cirurgião Traumatologista CRM-PE 14442 22 JAN. 2017

Dr. FIDIAS G.L. GORBOREMA TEOR 9876 CRM: PB 5396 CRM: PE 14654

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

L. 03

# SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

## HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

## RESUMO DE ALTA

Nome: Irinaldo Souza

Prontuário:

Data: 3/2/2017 Hora:

DIAGNÓSTICO:

Fret. Fem

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

TRATAMENTO REALIZADO:

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660

Alta Hospitalar: Data: 3/2/17 Hora:

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

SECRETARIA
DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL
Gravatá
AGORA É CRESCIMENTO

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

**Gravatá,** 15/02/18

**Encaminhado para o Hospital:** Regional do Agreste Senha: SD842552

**Clínica Especialista a ser Encaminhada:** ortopedista e traumatologista

**Encaminho a esta unidade, o Paciente Sr.(a)** Fernaldo de Souza

**Idade:** 50 anos **Sexo:** M **Estado civil:**

**Residente:** Av. Paulino Pará **Nº**

**Bairro:** mandacaru **Município:** Gravatá **UF:** PE

**Solicitamos de V.Sª, a fineza de atender e ajuda-lo na medida do possível.**

**(HDA) Histórico Clinico: CID.**

Paciente com fratura completa do fêmur direito, fechada

**Motorista:** Anderson

**Hora de Saída:** 01:00h **Hora de Retorno:**

**Auxiliar de Enfermagem** **Diretor Geral**

**Atenciosamente,**

Gerlac Carvalho
CRM-PE 23757

**Médico Plantonista**

**ATENÇÃO: PREENCHIMENTO COMPLETO OBRIGATÓRIO.**

**A DIREÇÃO**

HOSPITAL DRº PAULO DA VEIGA PESSOA
Rua Joaquim Souto Maior, s/n – Nossa Senhora das Graças
Fone: (081) 3533-0423

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103276700000065514572
Número do documento: 20082316103276700000065514572

# SINISTRO 3190707959 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** IRINALDO DE SOUZA
**COBERTURA** Invalidez
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE
**BENEFICIÁRIO** IRINALDO DE SOUZA
**CPF/CNPJ:** 32810415404

**Posição em 06-08-2020 08:31:09**

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 |
|---|---|---|---|
| 10/01/2020 | R$ 4.725,00 | R$ 0,00 | R$ 4.725,00 |



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:32
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103291900000065514571
Número do documento: 20082316103291900000065514571

DECLARAÇAO DE POBREZA

EU, Irinaldo de Souza, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, Inscrito no CPF/MF sob o nº 328104154-04, e portador da cédula de identidade nº 2337091, residente e domiciliado(a) Rua Paulino Paes, nº 90, bairro Mandacaru, CEP 55646-000 na cidade de Gravatá / 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, 06 de 08 ,de 20.

NOME: Irinaldo de Souza

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:33
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103298400000065514570
Número do documento: 20082316103298400000065514570

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

celpe
Grupo Neoenergia

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Viagem Recife Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005843-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**
SOCORRO MARIA DOS SANTOS

CPF 784 409 204-15 Nº 16576384956

**CLASSIFICAÇÃO**
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA CONTINS
Monofásico

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**
RUA PAULINO PAES 90

MANDACARU/MANDACARU
GRAVATA PE
55646-000

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO |
|---|---|
| 0167154034 | 02/2017 |

| DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA |
|---|---|
| 17/02/2017 | 14/03/2017 |

TOTAL A PAGAR (R$) 5,20

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO |
|---|---|---|
| 001428439 | ÚNICA | 10/02/2017 |

| APRESENTAÇÃO | CÓDIGO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
|---|---|---|
| 10/02/2017 | 2000035776 | 1288892 |

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

| | QUANTIDADE | PREÇO (R$) | VALOR (R$) |
|---|---|---|---|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30,0000000 | 0,15224873 | 4,56 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 0,84 |
| Compensação DIC Anual 2016 | | | -0,20 |

TOTAL DA FATURA 5,20

**INFORMAÇÕES DA LEITURA DO MEDIDOR DESTA NOTA FISCAL**

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DAT FUNÇÃO CAT | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LEITURA | ATUAL DATA | ATUAL LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [redacted] | | 12-01-2017 | 19.330,00 | 10-02-2017 | 19.331,00 | 29 | 1,00000 | | 1,00 |

**HISTÓRICO DE CONSUMO** (Medido kWh)

| | |
|---|---|
| FEV 17 | 30 |
| JAN 17 | 30 |
| DEZ 16 | 30 |
| NOV 16 | |
| OUT 16 | |
| SET 16 | 30 |
| AGO 16 | 30 |
| JUL 16 | 30 |
| JUN 16 | 30 |
| MAI 16 | 30 |
| ABR 16 | 30 |
| MAR 16 | 30 |
| FEV 16 | 30 |

**BASES DE CÁLCULO DOS TRIBUTOS**

| | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPOSTO |
|---|---|---|---|
| ICMS | | | |
| PIS | 4,56 | 0,50 | 0,02 |
| COFINS | 4,56 | 2,29 | 0,10 |

Fornecido pela empresa de Água - Custo de Disponibilidade, Artigo 98, Resolução ANEEL 414/2010

Consumo Acima de 30 kWh 0,14600100

**TARIFAS APLICADAS**

**RESERVADO AO FISCO**
81E5 78AE E590 C63F C73C 81FC 7D08 6DF0

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Na data de hoje a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. Pagamento em atraso gera Multa 2%(Res. 414/ANEEL-09/06/10) e Juros 1%a.m.(Lei 10.438-26/04/02), no próximo mês. Isenção do ICMS conforme art. 9, XI, VII, a, 2 § 2, do RICMS-PE. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual do nível de tensão de fornecimento. Desconto pela aplicação de Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02. R$ 0,04. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os procedimentos 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.

**ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

Comunicamos o não pagamento da(s) conta(s) de energia elétrica(s)

| Vencto | Dt reaviso | Valor | Vencto | Dt reaviso | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| 19/01/17 | 10/02/17 | 5,70 | 21/12/16 | 12/01/17 | 5,54 |
| 20/08/16 | 13/10/16 | 5,53 | 21/10/16 | 12/11/16 | 43,42 |
| 18/09/15 | 14/10/15 | 77,58 | 18/08/15 | 11/09/15 | 65,24 |
| Outros | débitos | 30,27 | | | |

Em caso de não pagamento do débito, o fornecimento de energia poderá ser suspenso, bem como poderá ocorrer sua inclusão nos registros de restrição de crédito do SPC e SERASA, com abrangência nacional. Este comunicado não substitui o aviso de débitos anteriores bem como não abrange débitos em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo.

As condições gerais do 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

**DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES**

| GRAVAMENTO | VALOR APURADO 16 | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|---|---|---|---|---|
| DIC | 0,00 | 5,67 | 11,34 | 22,69 |
| FIC | 0,00 | 3,48 | 6,97 | 13,95 |
| DMIC | 0,00 | 3,29 | 0,00 | 0,00 |

Limite DICRI 12,22 EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R$ 2,01

**NÍVEIS DE TENSÃO**

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

Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 23/08/2020 16:10:33
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082316103298400000065514570
Número do documento: 20082316103298400000065514570