



Número: **0036572-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO (AUTOR)		MARCOS LEONARDO DE SIQUEIRA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69139445	06/10/2020 17:27	ANEXO 3	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04039

CONTA: 000001067507-8

Nr. da Autenticação 4E14ADD3EF66A503



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200116137 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 05/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESCÁPULA DIREITA. P-1
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À DIREITA (PNEUMOTORAX). P-1

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO TORAX (DRENAGEM), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





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, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200116137

Vítima: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **033**

Agência: **000004039**

Conta: **000001067507-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne 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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 061.245.644-75 4 - Nome completo da vítima: Wagner Andrade do Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Wagner Andrade do Nascimento 6 - CPF: 061.245.644-75
7 - Profissão: Aux. Po 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: 14 - CEP: 53401-320
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-98325-9980

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4039 CONTA: 01067507 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer(a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 16 de Junho de 2020

Wagner Andrade do Nascimento





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118005408**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/05/2019** às **15:05**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/5/2019** às **23:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 15, 1 - Bairro: JATOBA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
- Ponto de Referência: **INTEGRAÇÃO DA PE-15**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO TEVE AUTOR (AUTOR \ AGENTE)
WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): **WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO**

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

WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JERONITA ANDRADE DO NASCIMENTO Pai: MESSIAS LOPES DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 26/11/1984 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6937556/SDS/PE (RG), 06124564475 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Telefones Fixos: - 34331067

Endereço Residencial: **RUA SIQUEIRA CAMPOS, 532 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, ÓTICA DINIZ**

NÃO TEVE AUTOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB300R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHD2434** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **207976112** Chassi: **9C2NC4310AR070814**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA SEGUINDA NA RODOVIA PE-15 SENTIDO OLINDA QUANDO AO PASSAR PELA INTEGRAÇÃO DA PE-15 DEPOIS DA ENTRADA DA PRIMEIRO PERIMETRAL SOFREU UMA QUEDA DA SUA MOTOCICLETA DEVIDO AOS VÁRIOS BURACOS NA PISTA QUE CAUSOU O DESEQUILÍBRIO DO



Ocorrência

VEÍCULO, NO QUEDA A VÍTIMA SOFREU VÁRIAS LESÕES, QUEBROU SEIS COSTELAS, PERFUROU O PULMÃO DIREITO E QUEBROU O OMBRO DIREITO, ALÉM DE VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. NO LOCAL UM DESCONHECIDO LHE SOCORREU PARA UPÁ DE OLINDA, POSTERIORMENTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FICOU INTERNADO POR QUATRO DIAS PARA FAZER O DRENO DO PULMÃO, TENDO SIDO LIBERADO NO DIA 09 DE MAIO DE 2019 PARA IR PARA CASA POIS ESTAVA SEM MUITA MOBILIDADE, NESTA DATA, 25 DE MAIO 2019 PODE VIR A ESTA DELEGACIA PARA PRESTAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ANDERSON DE FRANÇA LIMA** - Matrícula: **273787-6**

25/05/20



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 061245644-75 4 - Nome completo da vítima: WAGNER ANDRÉ DO NASCIMENTO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: WAGNER ANDRÉ DO NASCIMENTO 6 - CPF: 061245644-75
7 - Profissão: Aux. Pediatra 8 - Endereço: R. Siqueira Campos 9 - Número: 532 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53401-320
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 983259980

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0944 CONTA: 00019999 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Paulista, 11-03-20

WAGNER ANDRÉ DO NASCIMENTO

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA		SENHA
Causa Externa: Acidente/Violência <input checked="" type="checkbox"/>	Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	56777
Em caso de violência/acidente: Via Pública <input checked="" type="checkbox"/> Domicílio () Local de Trabalho ()		
IDENTIFICAÇÃO		
Nome do Paciente:	Idade:	34
Sexo: M () F () Prof:	Fone:	
Endereço Residencial:	Bairro:	
Cidade:		
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)		
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/>		
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()		
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()		
Motocicleta: Motociclista <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro () Uso de Capacete: S <input checked="" type="checkbox"/> N ()		
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()		
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____		
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()		
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()		
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura		
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____		
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____		
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento		
CAUSAS CLÍNICAS		
História Clínica Atual: <u>paciente com queixa de dor no abdômen há 2 dias</u>		
Hipótese Diagnóstica: <u>1. Etiléngua 2. + fr. musculares 3.</u>		
AVALIAÇÃO CLÍNICA		
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ X		
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()		
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()		
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()		
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()		
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()		
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()		
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()		
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()		
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30		FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100



EXAME REUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

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 () Midriase () 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

Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N () X

Imobilização Tala Gessada: S () N () X

Antibioticoterapia: S () N () X Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Intubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N () X

RX: S () N () X Analgesia: S () N () X

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

HTO com risco / TAC

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HMA - Rio de Janeiro

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N () X

Quinas - RJ; 06/05/19

Local e data

[Assinatura]

Médico Assistente

Dr. Ayrton Ferraz
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 23.990



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA		SENHA		
Causa Externa: Acidente/Violência <input checked="" type="checkbox"/>	Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()	56777		
Em caso de violência/acidente: Via Pública <input checked="" type="checkbox"/> Domicílio () Local de Trabalho ()				
IDENTIFICAÇÃO				
Nome do Paciente: <u>264486 - WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO</u>	Idade: <u>34</u>			
Sexo: M () F () Prof: <u>148 1250</u>	Fone: _____			
Endereço Residencial: _____	Bairro: _____			
Cidade: <u>Recife - PE</u>				
CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)				
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta <input checked="" type="checkbox"/>				
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()				
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()				
Motocicleta: Motociclista <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro () Uso de Capacete: S <input checked="" type="checkbox"/> N ()				
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()				
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____				
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()				
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()				
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura				
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____				
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____				
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento				
CAUSAS CLÍNICAS				
História Clínica Atual: <u>paciente com queixa de dor no abdômen há 2 dias</u>				
Hipótese Diagnóstica: <u>1. Etiléngua 2. + fr. musculares 3.</u>				
AVALIAÇÃO CLÍNICA				
Glicemia Capilar (HGT): _____	Temperatura: _____	F.C.: _____	P.A.: _____	X
Vias Aéreas: FR _____	Dispneia S () N ()	Tiragem Intercostais S () N ()	Obstrução Vias Aéreas: S () N ()	
Sibilos Expiratórios: S () N ()	BAN*: S () N ()	Deformidade do Tórax: S () N ()	Gemido/Estridor: S () N ()	
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()				
Agitação Psicomotora: S () N ()	Lesões de face: S () N ()	Retração Xifóide: S () N ()		
Perfusão Periférica: Boa ()	Lentificada ()	Bulhas Cardíacas: Normofonéticas ()	Hipofonéticas ()	
Pulso: Rítmico ()	Arritmico ()	Filiforme ()	Fino ()	
Colocação da Pele: Normocorada ()	Palidez ()	Cianose ()		
Sudorese: S () N ()	Desidratado: S () N ()	Ictérico: S () N ()		
FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30		FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100		



EXAME REUROLÓGICO

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

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

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 () Midriase () 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

Uso álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Uso outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

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 ()

Intubação 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

HTO com risco / TAC

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HMA - Rio de Janeiro

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Quilva - RJ; 06/05/19

Local e data

Dr. Ayrton Ferraz
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 23.990

Médico Assistente



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / ESCLARECIMENTO

NOME: Douglas Andrade da Nascimento REG: 425.504
IDADE: 34 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 06/05/19 DATA DA ALTA 09/05/19

DIAGNÓSTICO: 1) Fractura da Direita tibia/fêmur
2) Fractura da escápula Direita

TRATAMENTO REALIZADO:

Realizado tratamento cirúrgico com fixação de placas e parafusos na tibia e fêmur da Direita, e no tórax com placa e parafusos na escápula.
Foi realizado o bloqueio analgésico pela cateter que estava em uso, com tratamento analgésico
via oral (ambulatorial). Foi encaminhado o paciente para alta.

ORIENTAÇÕES:

Orientações gerais
do Ambulatório de Ortopedia em 15 dias

RECEITUÁRIO (USO ORAL)

- **Dipirona 500mg**-----20 comp (Tomar 01 comprimido por via oral de 6/6h se sentir dor)
OU
- **Paracetamol 500mg**-----15 comp (Tomar 01 comprimido por via oral de 8/8h se sentir dor)

- DEIXAR A FERIDA OPERATÓRIA SEM CURATIVOS
- LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA COM AGUA E SABÃO
- NÃO USAR POMADAS, CREMES, UNGUNTOS, RIFOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA
- EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATORIO
- ANDAR E SE MOVIMENTAR LIVREMENTE
- COMPARECER À EMERGÊNCIA MAIS PRÓXIMA DE SUA CASA SE:
 - A. DOR DE BARRIGA QUE NÃO MELHORA COM AS MEDICAÇÕES
 - B. VÔMITOS PERSISTENTES
 - C. FEBRE PERSISTENTE
 - D. VERMELHIDÃO OU SAÍDA DE PUS PELA FERIDA OPERATÓRIA
 - E. FALTA DE AR

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(☒) NÃO(☐)

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 24/05/19 **(CHEGAR ÀS 13:00H)**

Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671 TEOT: 15666

Guilherme Nogueira
Cirurgia Geral
CRM-PE: 19.576

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 476392

Usuário: JOSAFAXA

DADOS DO PACIENTE

Paciente: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO		Prontuário: 125404	
Idade: 34a 5m 9d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 26/11/1984
Profissão:		Escolaridade:	
R.G.: 6937556	C.P.F.: 06124564475	Telefone:	CEP: 53401200
Endereço: TRAVESSA SANTA TEREZA		1 - CENTRO	PAULISTA - PE
Dados da Internação			
Origem: AMBULATORIO EGRESSO		Data e Hora da Internação: 06/05/2019 19:10	
Convênio: SUS - INTERNACAO		Plano: GERAL	
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA		Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO	
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA		Leito: VERD2-01	

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.: 22 05 19
Endereço:	- Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 09/05/19	Hora da Alta: 09:30
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: Bom condicão clinica	
Diagnóstico Principal.....: Trauma torácico contuso com fratura de costela direita	
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Procedimento.....: Tratamento conservador	
Responsável pela retirada do paciente	Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 09 de 05 de 19

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO



NORTE MIGUEL ARRAES

no da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

hora retirada da senha: 06/05/2019 08:15

Nome Paciente: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO
Cód. Paciente: 125404
Data de Nascimento: 26/11/1984
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: 0008
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 476242
SAME: 112169

Período: 06/05/2019 08:25 - 06/05/2019 08:28

ELISANDRA CELY BASILIO GUALBERTO - COREN: 343136 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA AMARELO

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE CHEGA A ESTE SERVIÇO, PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA COM SENHA: 5677701. VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, APRESENTANDO FRATURA DE ESCAPULA DIR E ARCOS COSTAIS A DIR. REFERE DOR EM OMBRO DIR. ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII.

Observação: NEGA HAS, DM OU ALERGIAS.

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 71.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

RECEBADO
HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim () Não (X)
Local
Enfermeiro
Dr. Elisandra Cely Gualberto
COREN/PE 343136

Acolhido(a) por: ELISANDRA CELY BASILIO GUALBERTO - COREN: 343136 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/05/2019 08:28

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**MIGUEL ARRAES****HOSPITAL MIGUEL ARRAES**

Atendimento: 476242

Data e Hora: 06/05/2019 08:19

Senha da Classificação:

0008

Paciente: 125404 **WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO** Sexo: MASCULINO
 Nome Social: _____
 Data do Nascimento: 26/11/1984 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: JERONITA ANDRADE DO NASCIMENTO Nome do Pai: MESSIAS LOPES DO NASCIMENTO
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
 Endereço: TRAVESSA SANTA TEREZA - B 1 Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: PAULISTA PE Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Lesão de encunhado da VPA de Ombro, com história de acidente com motocicleta, apresentando dor em região posterior de ombro direito. Não comorbidades prévias.

Exame Físico

*ECG, LATE. eufórico e febril. Apresenta excitação difusa em tronco. MMII.
 INSS.
 Ex de mobilidade.*

Hipótese Diagnóstico

Ex de mobilidade

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico

CRM-PE 27696 CRM-BA 33020

Prescrição Médica

1. Solicito RX, foto, TC de ombro e tórax.

2. Solicito avaliação de cirurgia geral.

3. Inametal 100mg + 100ml SFO, 9%, IV (LENTO), AGORA

4. Dexamet 1g + AD, IV, AGORA

5. Clotefuna 100mg + 100ml SFO, 9%, IV, AGORA.

1. Dr. Rogério Athayde

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.: 06/05/2019
Hora.: 19:41

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 56389
Paciente : 125404
Convênio Atend. : 2
Leito : 709
Dt. Início : 06/05/2019 19:00
Dt. Pré-Operatório : R060
Dt. Pós-Operatório : R060

Sala : 0005 SALA 05
WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO
SUS - EXTERNO / URGENCIA
VERD2-33
Dt. Fim : 06/05/2019 19:35
DISPNEIA
DISPNEIA

Atendimento : 476242
Carteira :
Idade : 34 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0412030039
Convênio: 002
Anestesia: 42

DRENAGEM DE PNEUMOTORAX (PRINCIPAL)
SUS - EXTERNO / URGENCIA
LOCAL

Equipe Médica

CIRURGIÃO
ANESTESISTA

15941 EUGENIO SOARES LUSTOSA
16337 SIMONE SALGADO RODRIGUES

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

DIAGNOSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PNEUMOTOTRAX TRAUMATICO
DIAGNOSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO
CIRURGIA PROPOSTA: DRENAGEM TORÁCICA FECHADA A DIREITA
CIRURGIA REALIZADA: A MESMA

CIRURGIÃO: JOÃO RIBEIRO

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: O CIRURGIÃO

ANESTESIA: LOCAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA: NÃO HOUVE

DESCRIÇÃO :

- 1) PACIENTE EM POSIÇÃO SEMI-SENTADO
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSE COM PVPI
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
- 4) INCISÃO EM 5ª EIC DIREITO
- 5) DISSECÇÃO ATÉ CAVIDADE PLEURAL COM SAÍDA DE SANGUE E AR SOB PRESSÃO
- 6) EXPLORAÇÃO DIGITAL DA CAVIDADE PLEURAL
- 7) INTRODUÇÃO DE DRENO TORÁCICO N°36F
- 8) ACOPLADO O DRENO A COLETOR FECHADO SOB SELO D'ÁGUA
- 9) FIXAÇÃO DO DRENO COM FIO DE POLIPROPILENO 0
- 10) CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): EUGENIO SOARES LUSTOSA
CRM : 15941

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / ESCLARECIMENTO

NOME: Ula Greg. Andrade do Nascimento REG: 125404
IDADE: 24a SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 06/05/19 DATA DA ALTA 09/05/19

DIAGNÓSTICO: Pneumotórax à Direita traumático
Fratura de escápula direita

TRATAMENTO REALIZADO:

Paciente submetido a Drenagem torácica fechada à Direita, e internado em UTI
onde evoluiu satisfatoriamente. Avaliado pela ortopedia que optou por tratamento conservador
(ambulatorial) em boas condições clínicas para alta.

ORIENTAÇÕES:

Orientações gerais

Atendimento no Ambulatório de Ortopedia em 15 dias

Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671 TEOT: 15666

RECEITUÁRIO (USO ORAL)


- Dipirona 500mg ----- 20 comp (Tomar 01 comprimido por via oral de 6/6h se sentir dor)
OU
- Paracetamol 500mg ----- 15 comp (Tomar 01 comprimido por via oral de 8/8h se sentir dor)

- ➔ DEIXAR A FERIDA OPERATÓRIA SEM CURATIVOS
- ➔ LAVAR A FERIDA OPERATÓRIA COM AGUA E SABÃO
- ➔ NÃO USAR POMADAS, CREMES, UNGUENTOS, RIFOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA
- ➔ EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATORIO
- ➔ ANDAR E SE MOVIMENTAR LIVREMENTE
- ➔ COMPARECER À EMERGÊNCIA MAIS PRÓXIMA DE SUA CASA SE:
 - A. DOR DE BARRIGA QUE NÃO MELHORA COM AS MEDICAÇÕES
 - B. VÔMITOS PERSISTENTES
 - C. FEBRE PERSISTENTE
 - D. VERMELHIDÃO OU SAÍDA DE PUS PELA FERIDA OPERATÓRIA
 - E. FALTA DE AR

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO : SIM(☒) NÃO(☐)

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 24/05/19 **(CHEGAR ÀS 13:00H)**


Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671 TEOT: 15666

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS


Guilherme Nogueira
CRM 20671 TEOT: 15666

Hospital do
Tricentenário



ENCAMINHAMENTO

Nome: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO

POSTO DE SAÚDE

AMBULATÓRIO

- (X) Ortopedista
- () Posto de Saúde
- () Reumatologista
- () Fisioterapia
- () Outros

C.I.D.: C.I.D.

Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO HABITUAL DO OMBRO DIREITO

Olinda, 07/12/2017

Dr.^a Irma Sá de Oliveira
Traumatologia / Ortopedia
CRM: 9125
Dr.^a IRMA SÁ OLIVEIRA
CRM: 9125

Hospital do Tricentenário

Rua Farias Neves Sobrinho, n. 232 Bairro: Novo Cidade: Olinda - PE Cep. 53.120-420
CNPJ: 10.158.920/0001-33 Fone: (81) 3429-2622
www.hospitaldotricentenario.com.br



RECEITUÁRIO

Atender paciente de 60 anos
com fratura de fêmur
feita por trauma recente
do tipo. Exame de
ortopedico - D e T de
dois. D - Exame de
fratura ortopedica por
trauma mais 60 dias.
CD 542/M255/M256.

24
05
2019

Dr. Jairo Mochado
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.979 TEGT

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



ENCAMINHAMENTO

Nome: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO

POSTO DE SAÚDE

AMBULATÓRIO

- (X) Ortopedista
- () Posto de Saúde
- () Reumatologista
- () Fisioterapia
- () Outros

C.I.D.: C.I.D.

Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO HABITUAL DO OMBRO DIREITO

Olinda, 07/12/2017

Dr.^a Irma Sá de Oliveira
Traumatologia / Ortopedia
CRM 9125
Dr.^a IRMA SÁ OLIVEIRA
CRM: 9125

Hospital do Tricentenário

Rua Farias Neves Sobrinho, n. 232 Bairro: Novo Cidade: Olinda - PE Cep. 53.120-420
CNPJ: 10.158.920/0001-33 Fone: (81) 3429-2622
www.hospitaldotricentenario.com.br



