



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
69139 445	06/10/2020 17:27	<u>ANEXO 3</u>	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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:27:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617272849000000067802528>
Número do documento: 20100617272849000000067802528

Num. 69139445 - Pág. 1

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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: 4 - Nome completo da vítima:
061.245.644-75 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: 6 - CPF:
Wagner Andrade do Nascimento 061.245.644-75

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
Aux. Po

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
Centro Paulista 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\$1.00 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) 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, as 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros): 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 devido, 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 alfabetizado)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

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

Wagner Andrade do Nascimento

TESTEMUNHAS





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0118005408

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

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

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

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 SEGUINDO 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

file:///C:/Users/inv/.infopol/xml/BOEPreview.htm

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 UPA DE OLINDA, POSTERIORMENTE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE FIOU INTERNADO POR QUATRO 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

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:27:28
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617272849000000067802528>
Número do documento: 20100617272849000000067802528

Num. 69139445 - Pág. 6

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: **061245644-75** 3 - CPF da vítima: **061245644-75** 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: 061245644-75		
7 - Profissão: Aux. Pedotáco	8 - Endereço: Q. Sique da Campos	9 - Número: 532	10 - Complemento: 0054
11 - Bairro: Centro	12 - Cidade: Bal. Sta	13 - Estado: ES	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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 0944	CONTA: 00019999	AGÊNCIA: _____
(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

<input checked="" type="checkbox"/> 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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 disorde do seu conteúdo.		

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos: 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascituro (velho/velha)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim país/avôs/ãos: <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e atroverem 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 víma ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Guarapari 11.03.20**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

** - Natura do Representante Legal (se houver)

1/002/2019



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência Causa Clínica Obstétrico Psiquiátrico SENHA 567770
 Em caso de violência/acidente: Via Pública Domicílio Local de Trabalho

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO Idade: 36
 Sexo: M F Profi Mae JEPONITA ANDRADE DO NASCIMENTO Fone: _____
 Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
 Cidade: Recife - PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus Caminhão Carro de Passeio Motocicleta
 Atropelamento: Pedestre Ciclista
 Automóvel (Colisão): Passageiro Motorista Banco de Trás Banco da Frente Uso de cinto S N
 Motocicleta: Motociclista Passageiro Uso de Capacete: S 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: Permaneceu na casa de sua sogra com
desconfortos espontâneos à noite = dor intensa
em volta da cintura
 Hipótese Diagnóstica: Dores espontâneas na cintura

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
 Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia 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
 Perfusion Periférica: Boa Lentificada Bulhas Cardíacas: Normofonéticas Hipofonéticas
 P脉: Rítmico Arrítmico 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

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

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

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()

Loló() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Êxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

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

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

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

Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Volume de Fluidos Infundido: _____

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

Outras Condutas: _____

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Intercorrências: _____

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TO Chevado / TDC

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HMA - Resende

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Olhos - P: 06/05/19

Local e data

Dr. Ayton Ferraz
Onco/traumatologista
CMA-PE 22.950

Médico Assistente



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência Causa Clínica Obstétrico Psiquiátrico SENHA 567770
 Em caso de violência/acidente: Via Pública Domicílio Local de Trabalho

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO Idade: 36
 Sexo: M F Profi Mae JEPONITA ANDRADE DO NASCIMENTO Fone: _____
 Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
 Cidade: Recife - PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus Caminhão Carro de Passeio Motocicleta
 Atropelamento: Pedestre Ciclista
 Automóvel (Colisão): Passageiro Motorista Banco de Trás Banco da Frente Uso de cinto S N
 Motocicleta: Motociclista Passageiro Uso de Capacete: S 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: Permaneceu na casa de sua sogra com
desconfortos espontâneos à noite = dor intensa
em volta da 2a costela 3a 4a 5a 6a 7a
 Hipótese Diagnóstica: Dores espontâneas na 2a costela 3a 4a 5a 6a 7a

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
 Vias Aéreas: FR _____ Dispnéia 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
 Perfusion Periférica: Boa Lentificada Bulhas Cardíacas: Normofonéticas Hipofonéticas
 P脉: Rítmico Arrítmico 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

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()

Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

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

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()

Loló() Maconha() Cola() Cocaína() Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Êxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

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

Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____

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

Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Volume de Fluidos Infundido: _____

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

Outras Condutas: _____

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Intercorrências: _____

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TO Chevado / TDC

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HMA - Resende

Médico Regulador: _____ Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Olhos - P: 06/05/19

Local e data

Dr. Ayton Ferraz
Onco/traumatologista
CMA-PE 22.950

Médico Assistente





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / ESCLARECIMENTO

NOME: Dipirona Andrade da Mota REG: 125.504
IDADE: 34 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 06/05/19 DATA DA ALTA 08/05/19

DIAGNÓSTICO: Dipirona Andrade da Mota
Fratura de crista da perna

TRATAMENTO REALIZADO:

foi feita submetida a cirurgia de fixação com placa e parafusos. Foi feita a remoção da ferida e estabilizada com pomada. Anticoagulante e fisioterapia que optou pelo tratamento ambulatorial. (ambulatório) Foi hospitalizado devido a dor alta

ORIENTAÇÕES:

Retornar ao 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 ÁGUA E SABÃO
- NÃO USAR POMADAS, CREMES, UNGUENTOS, RIFOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA
- EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATÓRIO
- ANDAR E SE MOVIMENTAR LIVREMENTE
- COMPARÉCER 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 EGRESO: SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 25/05/19

(CHEGAR ÁS 13:00H)

Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671 TEOT: 15666

Guilherme Nogueira
Cirurgião Geral
CRM-PE: 19.316

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP. : 53.400 - 000

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: ,1	CEP 53401200
Endereço: TRAVESSA SANTA TEREZA		- CENTRO	- PAULISTA - PE
Origem: AMBULATORIO EGRESSO	<u>Dados da Internação</u>		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 06/05/2019 19:10		
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-01		
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 06 / 05 / 2019 Hora da Alta: : 19

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Boa condição clínica

Diagnóstico Principal.....: Trauma tránsito contuso na Perna direita

Diagnóstico Secundário01.: -

Diagnóstico Secundário02.: -

Procedimento.....: Draining tomografia

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

Medico e CRM:

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, 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 3 de 5 de 19

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



NORTE MIGUEL ARRAESPITA
nho da Classificação de Risco - Protocolo

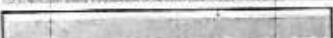
PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

A 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

Periodo: 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 ARCS COSTAIS A DIR. REFERE DOR EM OMBRO DIR. ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII.
Observação:	NEGA HAS, DM OU ALERGIAS.
rograma 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 OXIGÉNIO: 97.00 %

RECORRER
RECORRER
HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
sim () Não ()
Local
Enfermeiro
Data
COREN-PE 343136-Edif

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 06/10/2020 17:27:28
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100617272849000000067802528>
Número do documento: 20100617272849000000067802528

Num. 69139445 - Pág. 14

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: HANESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente encaminhado da UPA de Olinda, com história de acidente com motocicleta, apresentando dor no lado posterior da embre direita. Nao comorbidades ou alergias.

Exame Físico

EEG, LGE, exameco e febre. Apresenta escoriações d'água em tronco. MNI.

UVE.

Refluxo de esófago. D.

Hipótese Diagnóstico

Ex de escoriação

Dr. Luiz Rogério Macêdo Gomes

Médico

CRM-PE 27636 CRM-BA 33027

Prescrição Médica

1) Salvo o Rx, digo, TC de embre e torax.
 2) Fazendo avaliação de cirurgia geral.
 3) Inomed. 100ml + 100ml SF 0,9%, IV (LENTO), AGORA. *100ml de Dr. Fagundes Athayde*
 4) Dexam. 1g + 2g, IV, AGORA. *100ml de Dr. Fagundes Athayde*
 5) Cefalofus 1000mg + 100ml SF 0,9%, IV, AGORA. *100ml de Dr. Fagundes Athayde*

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Senha: _____

() Transferido: Para() Encaminhado ao setor de internação

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

Procedimento: 0412030039
Convênio: 002
Anestesia: 42

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

22/05/19

CIRURGIA
ANESTESISTA

15941 EUGENIO SOARES LUSTOSA
16337 SIMONE SALGADO RODRIGUES

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRÍÇÃO OPERATÓRIA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: PNEUMOTRAX TRAUMATICO
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO: O MESMO
CIRURGIA PROPOSTA: DRENAGEM TORÁCICA FECHADA A DIREITA
CIRURGIA REALIZADA: A MESMA

CIRURGÃO: JOÃO RIBEIRO

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA: O CIRURGÃO

ANESTESIA : LOCAL

ACIDENTES DURANTE A CIRURGIA : NÃO HOUVE

ESCRITÓRIO :

- 1) PACIENTE EM POSIÇÃO SEMI-SENTADO
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA COM PVPI
- 3) APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
- 4) INCISÃO EM 5º EIC DIREITO
- 5) DISSECÇÃO ATÉ CAVIDADE PLEURAL COM SAIDA 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





Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / ESCLARECIMENTO

NOME: Lia Jheni Andrade da Mancinatti REG: 125404
IDADE: 24 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 26/05/19 DATA DA ALTA 09/06/19

DIAGNÓSTICO: Pneumonia à Direita traumática
Fratura de escápula direita

TRATAMENTO REALIZADO:

foi submetido a Draining torácico fechado à direita, sem intervenção cirúrgica
Feito estabilização da ferida - Averbado pelo ortopedista que optou pelo tratamento conservador (ambulatório) em busca de retorno clínico para alta

ORIENTAÇÕES:

Dr. Adauto Telino

Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671 TEOT: 15666

As ambulatórios de oftápolis em 15/06/19

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 ÁGUA E SABÃO
- NÃO USAR POMADAS, CREMES, UNGUENTOS, RIFOCINA, MERCÚRIO OU SIMILARES SOBRE A FERIDA
- EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS ATÉ O RETORNO AO AMBULATÓRIO
- ANDAR E SE MOVIMENTAR LIVREMENTE
- COMPARÉCER 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 EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 24/06/19 (CHEGAR ÁS 13:00H)

Adauto Telino
Traumatologia / Ortopedia
CRM 20671 TEOT: 15666

Guilhermino Nogueira
CRM-PE/19.516

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



ENCAMINHAMENTO

Nome: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO

POSTO DE SAÚDE

AMBULATÓRIO

- Ortopedista
- Posto de Saúde
- Reumatologista
- Fisioterapia
- Outros

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

Hipótese Diagnóstica: LUXAÇÃO HABITUAL DO OMBRO DIREITO

Olinda, 07/12/2017

Drª Irma Sá de Oliveira
Traumatologista / Ortopedista

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





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP

RECEITUÁRIO

Wesley puder de operação
dando medo
faixa de proteção de paciente
do lado. Só em 20 de
06/2019 - D
de copa. D - Só em 20 de
julho de 2019
mais 60 dias
ced 542/M255/M256.

24
55
2019

Dr. Júlio Mello
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15.979 TECI

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



ENCAMINHAMENTO

Nome: WAGNER ANDRADE DO NASCIMENTO

POSTO DE SAÚDE

AMBULATÓRIO

- 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

Truametologista / Ortopedista

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



