



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 26/04/2020 22:19:58  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042622195876300000060017452>  
Número do documento: 20042622195876300000060017452

Num. 61085966 - Pág. 1

PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Júnio da Silva Gomes, brasileiro(a), estado civil sóteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o nº 066 117 384 04 e portador da cédula de identidade nº 8.008 685, residente e domiciliado(a) na rua Coracaré, nº 53-A bairro de Coracaré, na PE cidade de Recife, CEP 55034 450

**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](mailto:anasantosadv1@gmail.com), onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

**PODERES:** Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º 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.

Recife, 04 de 02 de 2020

Júnio da Silva Gomes  
Outorgante



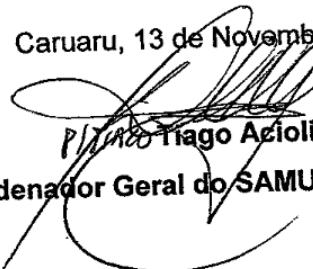


## DECLARAÇÃO

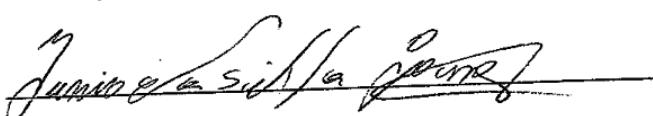
Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. JUNIO DA SILVA GOMES portador do RG: 8.000.685 SDS-PE e CPF: 066.117.384-44, que consta nos registros de ocorrências Nº1909170131 do SAMU REGIONAL AGreste, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 15/10/2019 às 11h e 59min, no endereço AVENIDA LEÃO DOURADO, VILA KENNEDY, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X CARRO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, sendo o mesmo removido em seguida para o HOSPITAL REGIONAL DO AGreste.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 13 de Novembro de 2019.

  
Tiago Acioli.  
Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 13/11/19

  
Junio da Silva

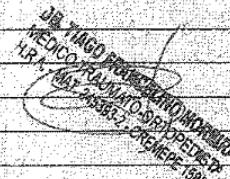




HOSPITAL REGIONAL DO AGreste  
EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

*ACMAG 1000  
20/04/2019 12:43:10*



Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente  Familiar

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

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Data:

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente  Familiar

Nome:

RG:

Endereço:

Tel.:

Procedimento:

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta  Cirurgia  Óbito  Evadiu-se  Termo de Alta a Pedido  
 Transferência:  Internamento

Condição de Alta

Curado  Melhorado  Inalterado  Óbito

Data:

Horas:

Médico:

CRM:

15/10/2019 12:43:23

2 de 2

Usuario do Atendimento

EDJAILMARG



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

RECEITUÁRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Nº Registro:

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito:

EVOLUÇÃO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO  
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO SEM INTERCORRÊNCIAS.  
INTERNAMENTO

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TECOT 14909

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SOLICITO:

RÁDIOGRAFIAS

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

- |                                                      |                                                  |                                                   |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> COLUNA CERVICAL AP/PERFIL   | <input type="checkbox"/> COLUNA DORSAL AP/PERFIL | <input type="checkbox"/> COLUNA LOMBAR AP/PERFIL  |
| <input type="checkbox"/> OMBRO AP/AXILAR E P/ESCAP   | <input type="checkbox"/> TÓRAX AP/PERFIL         | <input type="checkbox"/> ARCOS COSTAIS AP/OBLÍQUO |
| <input type="checkbox"/> BRAÇO AP/PERFIL             | <input type="checkbox"/> COTOVELO AP/PERFIL      | <input type="checkbox"/> ANTEBRAÇO AP/PERFIL      |
| <input type="checkbox"/> PUNHO AP/PERFIL             | <input type="checkbox"/> MÃO AP/OBLÍQUO          | <input type="checkbox"/> BACIA AP/LÖWENSTEIN      |
| <input type="checkbox"/> BACIA AXIAL/OBTURATRIZ      | <input type="checkbox"/> QUADRIL AP/LÖWENSTEIN   | <input type="checkbox"/> COXA AP/PERFIL           |
| <input type="checkbox"/> JOELHO AP/PERFIL            | <input type="checkbox"/> JOELHO AXIAL DE PATELA  | <input type="checkbox"/> Perna AP/PERFIL          |
| <input type="checkbox"/> TORNozELO AP/PERFIL/MORTISE | <input type="checkbox"/> PÉ AP/OBLÍQUO           | <input type="checkbox"/> CALCANHAR PERFIL         |
| <input type="checkbox"/> CLAVÍCULA AP/ZANCA          |                                                  |                                                   |

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TECOT 14909

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

SOLICITO:

IMOBILIZAÇÃO

- |                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> VELPEAU DE CREPOMI               | <input type="checkbox"/> TALA ANTEBRAQUIOPALMAR (LUVA)    |
| <input type="checkbox"/> VELPEAU VERÃO (TIPOÍA AMERICANA) | <input type="checkbox"/> TALA ANTEBRAQUIOMANUAL (GARRAFA) |
| <input type="checkbox"/> TIPOÍA SIMPLES                   | <input type="checkbox"/> TALA BRAQUIAL (AXIOPALMAR)       |
| <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL                   | <input type="checkbox"/> TALA PINÇA DE CONFEITEIRO        |
| <input type="checkbox"/> TALA SUROPÓDALICA (BOTA)         | <input type="checkbox"/> TALA MÉTALLICA PARA DEDOS        |
| <input type="checkbox"/> TALA INGUINOPÓDALA (TUBO)        | <input type="checkbox"/> ADESIVAGEM/ESPARADRAPAGEM        |
| <input type="checkbox"/> TALA INGUINOPÓDALA               | <input type="checkbox"/> APARELHO GESSADO TIPO:           |
| <input type="checkbox"/> TALA HEMIPELVE/PÓDALICA (SPICA)  | <input type="checkbox"/> OUTRO:                           |

DATA ter, 15 de outubro de 2019 ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TECOT 14909

SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

- |                                                       |                                              |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> HEMOGRAMA         | <input type="checkbox"/> COAGULOGRAMA        |
| <input checked="" type="checkbox"/> UREIA             | <input type="checkbox"/> CREATININA          |
| <input checked="" type="checkbox"/> TGO               | <input type="checkbox"/> TGP                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> GLICEMIA DE JEJUM | <input type="checkbox"/> HEMOGLOBINA         |
| <input type="checkbox"/> HEMATOCRITO                  | <input type="checkbox"/> SUMÁRIO DE URINA    |
| <input type="checkbox"/> UROCULTURA                   | <input type="checkbox"/> HEMOCULTURA         |
| <input type="checkbox"/> CULTURA DE SECREÇÃO          | <input type="checkbox"/> PROTEÍNA C CREATINA |
| <input type="checkbox"/> VELOC HEMOSSEBIMENTAÇÃO      | <input type="checkbox"/> OUTROS:             |

ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TECOT 14909

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

NECESSIDADE DE PAREcer CARDIOLÓGICO:  SIM  NÃO

Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES

PAREcer CARDIOLÓGICO

DI: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

DATA ter, 15 de outubro de 2019

ASSINATURA: DR ALEXANDRE RÉGO FILHO CRM-PE 20819 // TECOT 14909





## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINHO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINHO	4 - CNES 2344254

### Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JUNIO DA SILVA GOMES	6 - Número do Prontuário 113133			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701809241198376	8 - Data Nascimento 22/08/1987	9 - Sexo MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/>	10 - Raça/Cor	10.1- Etnia
11 - Nome da Mãe LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES	12 - Telefone de Contato 81.994569716			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) RUA CARACAS, 51 (A) - CAIUCÁ	17 - Cod. IBGE município 2604106	18 - UF PE	19 - CEP	
16 - Município de residência CARUARU				

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

fratura clavícula ossos frácturados  
após trânsito

21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

23 - Diagnóstico inicial FRACTURA OSFAS FERNA E	24 - CID 10 Principais S821	25 - CID 10 Sec. S94.02-203-7	26 - CID 10 Causas associadas 94.02-203-7
----------------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------------------

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento solicitado Internação	28 - Código do procedimento 00115-04-003-5
---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------

29 - Clínica ORTOPEDIA	30 - Caráter de Internação Internação	31 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante CRM PE 3601
33 - Nome do Profissional autorizante CRM PE 3601	34 - Data da solicitação 17/01/19	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)	

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto			Dr. Sidney Souza Aranha Ribeiro
45 - Vínculo com a Previdência ( ) Empregado ( ) Empregador	( ) Autônomo ( ) Desempregado	( ) Aposentado	Dir. Médico não segurado CRM 24640

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento ( ) CNS ( ) CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	



## GUIA DE TRANSFERÊNCIA

### Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR WALDEMIRO FERREIRA - CARUARU

DATA DA SOLICITAÇÃO:  
16/10/19 08:40

MÉDICO SOLICITANTE:  
MÁURICIO ALVES PAES

Nº SOLICITAÇÃO  
633266

### Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:  
JÚNIOR DA SILVA GOMES

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:  
22/08/1987

SEXO:  
MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:  
LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES

TELEFONE DE CONTATO:

ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO):

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

PE

### Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:  
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:  
17/10/19 17:19

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Assinatura  
Assessoria Social  
CRESP/PE  
1477

### Regulador

MÉDICO REGULADOR:  
UILSON FRANCISCO DE BARROS

ESPECIALIDADE:  
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

TIPO LEITO:  
CIRURGICO

### Executante

ESTABELECIMENTO:  
HOSPITAL JESUS PEQUENINHO - BEZERROS

DATA DE AUTORIZAÇÃO:  
17/10/19 15:02

MÉDICO AUTORIZADOR:



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

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

401180912411198376

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/08/87

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RACA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Sindolice gurcina da silva gomes

12 - TELEFONE DE CONTATO

964161661

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

— &gt; —

14 - TELEFONE DE CONTATO

964161661

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Av. antônio da balança

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caruaru

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

Assinatura Social  
Anônima  
Assinatura  
Assinatura

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

aceite de motociclistas

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

Necessidade de tratamento hospitalar

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

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

()CNS

()CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Dr. Alexandre Ribeiro  
Oncologista

CRM-PB 21001-Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU INCENDIOS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

()CNS

()CPF

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENFER\_05 - LEITO-02  
 Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 563642 Data: 17/10/2019 Hora: 20:00  
 Convênio: SES - ORTOPEDIA  
 Responsável:  
 Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepção: DEIVISON NASCIMENTO  
 Matrícula: 701809241198376  
 Identidade:  
 Cartão SUS: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES  
 Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês  
 Endereço: RUA CARACAS, 51 A  
 Bairro: CAIUCA  
 IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU  
 Pai: JOAO MANOEL GOMES  
 Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES  
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO  
 Est. Civil: C.P.F. 06611738444  
 Identidade: 8000685 SDS PE  
 Telefone: 81.994569716  
 G.Instrução:  
 Ocupação:  
 Naturalidade: ALTINHO

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 633266

Queixa do Paciente:

*Doen ferus erquerd*

H.D.A.:

*ee c/ fractus ossos ferus esquerdo  
 atop trauma*

Exame Físico:

*fractus ossos ferus Esg*

*Ang. Amorim  
 Ass. Socia  
 CRM-PE 3601*

Tratamento:

Paciente Necessita de Acompanhante	
Médico	
<i>Iron Alves</i>	
Acompanhante	

Bezerros, 17 de outubro de 2019

*[Assinatura]*  
 Assinatura e Carimbo do Médico  
**Iron Alves**  
 CRM-PE 3601



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO****FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: ENFER\_05 - LEITO-02

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 563642	Data: 17/10/2019	Hora: 20:00	Recepção: DEIVISON NASCIMENTO
Convênio: SES - ORTOPEDIA			Matrícula: 701809241198376
Responsável:			Identidade:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA			Cartão SUS: 701809241198376
Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES			Sexo: MASCULINO
Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês			Cor: MORENO
Endereço: RUA CARACAS, 51 A			Est. Civil: C.P.F. 06611738444
Bairro: CAIUCA	CEP: 8000685	UF: PE	Identidade: 8000685 SDS PE
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU			Telefone: 81.994569716
Pai: JOAO MANOEL GOMES			G.Instrução:
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES			Ocupação:
Nacionalidade: BRASIL			Naturalidade: ALTINHO

Recepção: \_\_\_\_\_  
 Motivo Alta: ( ) Curado ( ) Melhorado ( ) A Pedido ( ) Transferido ( ) Evasão Morte: ( ) Antes de 48 horas ( ) Após 48 horas  
 ( ) Assinou o termo

**Alta Hospitalar** Data: 19/10/19

Médico: \_\_\_\_\_

*Alessandro L. Oliveira  
Médico  
CREMEPE - 28474*

Assinatura / CRM: \_\_\_\_\_

**Observação**

*Amorim 19/10/19*

**Transferência Hospitalar** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM: \_\_\_\_\_

**Diagnósticos**

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

**Óbito** Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinatura / CRM: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cod:113133)		Data: 17/10/2019	Convênio.: SES - ORTOPEDIA
Atendimento: 563642	Idade.: 32 ANOS E 1 Mês		
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA		Leito: ENFER_05 - LEITO-02	
Médico: DR. IRON ALVES SILVA		CRM: 3601	

**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cod:113133)		Data: 17/10/2019	Convênio.: SES - ORTOPEDIA
Atendimento: 563642	Idade.: 32 ANOS E 1 Mês		
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA		Leito: ENFER_05 - LEITO-02	

Médico: DR. IRON ALVES SILVA CRM: 3601

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

**LISTA DE PROBLEMAS:**

**FRATURA OSSOS Perna E**

**ANTIBIÓTICOS:**

SSVV: <input checked="" type="checkbox"/> NORMOT. <input type="checkbox"/> HIPERT. <input type="checkbox"/> HIPOT.	TEMP: <input type="checkbox"/> NORMAL <input checked="" type="checkbox"/> EPISÓDIO DE FEBRE
HGT:	ALERGIA: <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM
NUTRIÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> NPT <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> ZERO	ACESSO VENOSO: <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> PERIF. <input type="checkbox"/> CENTRAL
EVACUAÇÕES: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DIAS	DIURESE: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ÚLCERA DE PRESSÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	PROFILAXIA TVP: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

**QUEIXAS:**

**ESTAVEL**

**EXAME FÍSICO**

Geral: <input type="checkbox"/> EG BOM <input checked="" type="checkbox"/> EG REGULAR <input type="checkbox"/> EG RUIM	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> INCONSCIENTE
<input type="checkbox"/> EG GRAVÍSSIMO	
<input type="checkbox"/> FEBRIL <input checked="" type="checkbox"/> AFEBRIL	<input type="checkbox"/> NORMOCORADO <input type="checkbox"/> HIPOCORADO <input type="checkbox"/> HIDRATADO <input type="checkbox"/> DESIDRATADO
<input type="checkbox"/> ANICTÉRICO <input checked="" type="checkbox"/> ICTÉRICO	<input type="checkbox"/> EUPNEUICO <input type="checkbox"/> DISPNEICO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES

Glasgow + + = PA: FC: Sat: FR:

Ventilação:  AR AMBIENTE  O2  CATETER  VENTURI % L/min  TRAQUEOSTOMO

Cardiovascular:  RCR EM 2T; BNS SISOPROS.  ALTERAÇÕES:

Respiratório:  MV + EM AHT SIRA  ALTERAÇÕES:

Abdome:  PLANO  SEMIGLOBOSO  GLOBOSO  INDOLOR A PALPAÇÃO SEM VMG RHA:

ALTERAÇÕES:

Membros:  SEM EDEMA  COM EDEMA: PERFUSÃO PERIF:

ALTERAÇÕES:

**IMPRESSÃO E CONDUTA:**

**ACESSO V PERIFERICO**

**PROFILAXIA T M V P**

Médico: DR. IRON ALVES SILVA CRM: 3601

Iron Alves

CRM: 3601

Página 1 de 2





Evolução Médica

DATA: 18/10/19

ENF.: \_\_\_\_\_

NOME: Junio da Silve Gomes

IDADE: \_\_\_\_\_ Admissão: / /

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura Osso da perna Err.

ANTIBIÓTICOS: ∅

SSVV: PA:  NORMOT.  HIPERT.  HIPOT. TEMP.:  NORMAL  EPISÓDIO DE FEBRE \_\_\_\_\_

HGT: \_\_\_\_\_ ALERGIA:  NÃO  SIM \_\_\_\_\_

NUTRIÇÃO:  VO  SNE  SNG  NPT  GTT  Zero ACESSO VENOSO:  NÃO  PERIF.  CENTRAL \_\_\_\_\_

EVACUAÇÕES:  Sim  Não \_\_\_\_\_ DIURESE:  Sim  Não \_\_\_\_\_

ÚLCERA DE PRESSÃO:  SIM  NÃO PROFILAXIA TVP:  Sim  Não \_\_\_\_\_

QUEIXAS: Door dor MIE

Ana Amorim  
Assistente Social  
CRF-SP/2011-19711-19  
REF-SP/2011-19711-19

EXAME FÍSICO:

Geral:  EG BOM  EG REGULAR  EG RUIM  EG GRAVÍSSIMO  CONSCIENTE  INCONSCIENTE

FEBRIL  AFEBRIL  NORMOCORADO  HIPOCORADO  HIDRATADO  DESIDRATADO

ANICTÉRICO  ICTÉRICO  EUPNEICO  DISPNEICO

ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Glasgow \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = 15 PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Sat: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Ventilação:  AR AMBIENTE  O2 /  CATETER  VENTURI \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ L/min  TRAQUEOSTOMO

Cardiovascular:  RCR EM 2T; BNF S\SOPROS.  ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Respiratório:  MV+ EM AHT S\RA.  ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Abdome:  PLANO;  SEMIGLOBOSO;  GLOBOSO;  INDOLOR A PALPAÇÃO\ SEM VMG; RHA \_\_\_\_\_

ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Membros:  SEM EDEMA  COM EDEMA \_\_\_\_\_ PERFUSÃO PERIF.: \_\_\_\_\_

ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

IMPRESSÃO E CONDUTA:

21 Cerurgiando

D. Cláudia Ferreira  
CRF-SP/28160





Evolução Médica

DATA: 19/10/19

ENF.:

NOME: Júnio da Silva Gomes

IDADE: \_\_\_\_\_ Admissão: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

LISTA DE PROBLEMAS: Fratura Osso da perna trq.

ANTIBIÓTICOS:

SSVV: PA:  NORMOT.  HIPERT.  HIPOT. TEMP.:  NORMAL  EPISÓDIO DE FEBRE \_\_\_\_\_

HGT:  NÃO  SIM

NUTRIÇÃO:  VO  SNE  SNG  NPT  GTT  Zero ACESSO VENOSO:  NÃO  PERIF.  CENTRAL \_\_\_\_\_

EVACUAÇÕES:  Sim  Não \_\_\_\_\_ DIURESE:  Sim  Não \_\_\_\_\_

ÚLCERA DE PRESSÃO:  SIM  NÃO PROFILAXIA TVP:  Sim  Não

QUEIXAS: Sem queixas no momento

Ana Amorim  
Assistente Social  
RESSES/PE: 4.477  
Assinatura

EXAME FÍSICO:

Geral:  EG BOM  EG REGULAR  EG RUIM  EG GRAVISSIMO  CONSCIENTE  INCONSCIENTE

FEBRIL  AFEBRIL  NORMOCORADO  HIPOCORADO  HIDRATADO  DESIDRATADO

ANICTÉRICO  ICTÉRICO  EUPNEICO  DISPNEICO

ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Glasgow \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_ PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ Sat: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Ventilação:  AR AMBIENTE  O2 /  CATETER  VENTURI \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ L/min  TRAQUEOSTOMO

Cardiovascular:  RCR EM 2T; BNF S\SOPROS.  ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Respiratório:  MV+ EM AHT S\RA.  ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Abdome:  PLANO;  SEMIGLOBOSO;  GLOBOSO;  INDOLOR A PALPAÇÃO\ SEM VMG; RHA \_\_\_\_\_

ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

Membros:  SEM EDEMA  COM EDEMA \_\_\_\_\_ PERFUSÃO PERIF.: \_\_\_\_\_

ALTERAÇÕES: \_\_\_\_\_

IMPRESSÃO E CONDUTA:

Alta programada para exames

Alessandro Oliveira  
Médico - CRM-PE - 28474







## Evolução Técnico de Enfermagem

Data: 17-10-19	Nome: <i>Junior</i>	Clínica: ORT	Enfermaria/Leito: 512
Paciente: JUNIOR DA SILVA GOMES			
Idade: 32	Sexo:		
<b>Aparelho Respiratório</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> TOT	<input type="checkbox"/> TQT	<input checked="" type="checkbox"/> Eupneico
<input type="checkbox"/> Dispnéico FR	IRpm	<input type="checkbox"/> Suporte de O2	<input checked="" type="checkbox"/> Bradipnéico
<input type="checkbox"/> Cateter de O2	L/min	Máscara de Venturi	<input checked="" type="checkbox"/> Taquipnéico
Tosse: <input type="checkbox"/> Presente		<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	
<b>Aparelho Cardiovascular</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico	<input type="checkbox"/> Taquicárdico	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão
<input type="checkbox"/> Acesso Vascular: Periférico	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Dissecção	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Edema: Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Local:	<i>Amortizamento Spontâneo</i>
<b>Aparelho Gastrointestinal</b>			
Dieta: <input checked="" type="checkbox"/> VO	<input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> Gastrotomia
<input type="checkbox"/> Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Jejunnostomia
<input checked="" type="checkbox"/> Evacuação: Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	Aspecto:	<input type="checkbox"/> NPT
<b>Aparelho Geniturário</b>			
Genitália: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Alterações:	
Diurese: <input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente	
Dispositivo Urinário: <input checked="" type="checkbox"/> Sem dispositivo	<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Uropê
<b>Aparelho Muscular e Higiene</b>			
Contenção mecânica: <input type="checkbox"/> Presente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente		
Fratura: <input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente		
Banho: <input type="checkbox"/> No leito	<input checked="" type="checkbox"/> De aspeção (banheiro)		
Lesões de pele: <input type="checkbox"/> Presente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente		
<b>Outras Informações:</b>			
<i>... P. 2019. Paciente é colmido neste setor de ortopedia vindos juntos do HRS com fratura de tibia evoluí GGR, correntes, oriental afilado, apertos SSUV mensais sem queixas no momento, medida confirma prescrição médica e segue aos cuidados da equip.</i>			
Técnico de Enfermagem: Tatiana Santos Lira			
COREN: 775942			



### EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data: 18/10/2019	NOTURNA	Clínica: ORT	Enfermaria/Leito: 05/02		
Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES					
Idade:	Sexo: <input checked="" type="radio"/> (M) <input type="radio"/> (F)				
<b>Aparelho Respiratório</b>					
<input checked="" type="radio"/> Espontânea	<input type="radio"/> TOT	<input type="radio"/> TQT	<input checked="" type="radio"/> Eupnéico	<input type="radio"/> Bradipnéico	<input type="radio"/> Taquipnéico
<input type="radio"/> Dispnéico FR	IRpm	<input type="radio"/> Suporte de O2	<input type="radio"/> Sem suporte de O2		
<input type="radio"/> Cateter de O2	L/min	Máscara de Venturi %			
Tosse: <input checked="" type="radio"/> Presente		<input checked="" type="radio"/> Ausente			
<b>Aparelho Cardiovascular</b>					
<input checked="" type="radio"/> Normocárdico	<input type="radio"/> Bradicárdico	<input type="radio"/> Taquicárdico	<input checked="" type="radio"/> Normotenso	<input type="radio"/> Hipotensão	<input type="radio"/> Hipertenso
Acesso Vascular:	<input checked="" type="radio"/> Periférico	<input type="radio"/> Central	<input type="radio"/> Dissecção	Localização:	
Edema:	<input type="radio"/> Sim	<input checked="" type="radio"/> Não	Local:		
<b>Aparelho Gastrointestinal</b>					
Dieta: <input checked="" type="radio"/> VO	<input type="radio"/> SNE	<input type="radio"/> SNG	<input type="radio"/> Gastrotomia	<input type="radio"/> Jejunostomia	<input type="radio"/> NPT
Aceitação da dieta:		<input checked="" type="radio"/> Boa		<input type="radio"/> Moderada	<input type="radio"/> Ruim
Evacuação:		<input checked="" type="radio"/> Presente		<input checked="" type="radio"/> Ausente	Aspecto:
<b>Aparelho Geniturinário</b>					
Genitalia:	<input checked="" type="radio"/> Preservada		<input type="radio"/> Alterações:		
Diurese:	<input checked="" type="radio"/> Presente		<input type="radio"/> Ausente		
Dispositivo Urinário:	<input checked="" type="radio"/> Sem dispositivo		<input type="radio"/> SVA	<input type="radio"/> SVD nº	<input type="radio"/> Uropê
<b>Aparelho Muscular e Higiene</b>					
Contenção mecânica:	<input type="radio"/> Presente		<input checked="" type="radio"/> Ausente		
Fratura:	<input type="radio"/> Presente		<input checked="" type="radio"/> Ausente PÓS		
Banho:	<input type="radio"/> No leito		<input checked="" type="radio"/> De aspeção (banheiro)		
Lesões de pele:	<input type="radio"/> Presente		<input checked="" type="radio"/> Ausente		
<b>Outras Informações:</b>					
Paciente evolui estavel, consciente, orientado, sem queixas, aferidos ssvv, medicado conforme prescrição médica, segue aos cuidados da enfermagem.					
Técnico de Enfermagem: MICAEL SAMPAIO					

*Micael Sampaio*  
Téc. Enfermagem  
COREN: 115476

Assistente Social  
GESS/PE: 4.17



### EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Data: 19/10/2019	DIURNA	Clinica: ORTO	Enfermaria/Leito: 5/2		
Paciente: JUNIO DA SILVA GOMES					
Idade: 32 A	Sexo: <input checked="" type="radio"/> (M) <input type="radio"/> (F)				
<b>Aparelho Respiratório</b>					
<input checked="" type="radio"/> Espontânea	<input type="radio"/> TOT	<input type="radio"/> TQT	<input checked="" type="radio"/> Eupnéico	<input type="radio"/> Bradipnéico	<input type="radio"/> Taquipnéico
<input type="radio"/> Dispnéico FR	IRpm	<input type="radio"/> Suporte de O2	<input type="radio"/> Sem suporte de O2		
<input type="radio"/> Cateter de O2	L/min	Máscara de Venturi %			
Tosse: <input checked="" type="radio"/> Presente		<input checked="" type="radio"/> Ausente			
<b>Aparelho Cardiovascular</b>					
<input checked="" type="radio"/> Normocárdico	<input type="radio"/> Bradicárdico	<input type="radio"/> Taquicárdico	<input checked="" type="radio"/> Normotenso	<input type="radio"/> Hipotenso	<input type="radio"/> Hipertenso
Acesso Vascular: <input checked="" type="radio"/> Periférico		<input type="radio"/> Central	<input type="radio"/> Dissecção	Localização:	
Edema: <input type="radio"/> Sim		<input checked="" type="radio"/> Não	Local:		
<b>Aparelho Gastrointestinal</b>					
Dieta: <input checked="" type="radio"/> VO	<input type="radio"/> SNE	<input type="radio"/> SNG	<input type="radio"/> Gastrotomia	<input type="radio"/> Jejunostomia	<input type="radio"/> NPT
Aceitação da dieta: <input checked="" type="radio"/> Boa		<input type="radio"/> Moderada			<input type="radio"/> Ruim
Evacuação: <input checked="" type="radio"/> Presente		<input checked="" type="radio"/> Ausente			Aspecto:
<b>Aparelho Geniturinário</b>					
Genitalia: <input checked="" type="radio"/> Preservada				<input type="radio"/> Alterações:	
Diurese: <input checked="" type="radio"/> Presente				<input checked="" type="radio"/> Ausente	
Dispositivo Urinário: <input checked="" type="radio"/> Sem dispositivo	<input type="radio"/> SVA			<input type="radio"/> SVD nº	<input type="radio"/> Uropen
<b>Aparelho Muscular e Higiene</b>					
Contenção mecânica: <input type="radio"/> Presente	<input checked="" type="radio"/> Ausente				
Fratura: <input type="radio"/> Presente	<input checked="" type="radio"/> Ausente				
Banho: <input type="radio"/> No leito	<input checked="" type="radio"/> De aspeção (banheiro)				
Lesões de pele: <input checked="" type="radio"/> Presente	<input checked="" type="radio"/> Ausente				
<b>Outras Informações:</b>					
PACIENTE EGR, CONSCIENTE, ORIENTADO, CIRURGIADO, REALIZADO CURATIVO, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.					
<p style="text-align: center;"><i>As 11:40h paciente recebe alta hospitalar.</i></p>					
Técnico de Enfermagem: ALBECARLA SALES  <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: small;">ALBECARLA SALES</span> <span style="font-size: small; margin-left: 10px;">CRM-PE 494486-TE</span> </div>					



## RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE JUNIO D SILVA GOMES		NÚMERO DO REGISTRO
CLINICA ORTOPÉDICA		
CIRURGÃO DR. JOSE FELIPE GUEDES		
ANESTESIA RAQUIDIANA		DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 18/10/2019		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO + ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO + ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO		
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO + NEUROLISE DO FIBULAR DEBRIDAMENTO DE ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO		
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA		
DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA</li> <li>2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS</li> <li>3. DEBRIDAMENTO DE ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO</li> <li>4. INCISAO LATERAL PARA ACESSO AO PLANALTO</li> <li>5. DIVULSAO POR PLANOS</li> <li>6. NEUROLISE DO FIBULAR</li> <li>7. REDUÇÃO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL</li> <li>8. FIXAÇÃO COM PARAFUSOS</li> <li>9. BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA</li> <li>10. LAVAGEM COM S 0,9%</li> <li>11. SUTURA POR PLANOS</li> <li>12. CURATIVOS</li> </ol>		

And. Amorim  
Assistente Social  
CRM: 4.471

DR. FELIPE GUEDES  
CRM: 21025  
18/10/2019

Dr. Felipe Guedes  
Ortopedista  
CRM: 21025



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
BEZERROS - PE

Paciente.: JUNIO DA SILVA GOMES (Cod:113133)		Atendimento: 563642 Idade: 32 Anos e 1 Mês		Data: 17/10/2019	Convênio.: SES - ORTOPEDIA
Enfermaria.: ENFERMARIA ORTOPEDICA			Leito: ENFER_05 - LEITO-02		
Médico: DR. IRON ALVES SILVA		CRM: 3601			

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

ALERGIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		HGT: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
COMORBIDADE: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
HGT		12	18	00	06
PA		12	18	00	06 120x80
TEMPERATURA		12	18	00	06 36.1C
HORÁRIOS					
DIETA	BRANDA				
2	HIDRATAÇÃO:				
JELCO HIDROLISADO					
3	ANTIBIÓTICO:				
4	PROFILAXIA:				
HNF 5000UI 0,25ML SC 12/12H ACM					
5	SINTOMÁTICOS/CORREÇÃO				
PLASIL 1 AMP + AD EV 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		SN			
TRAMAL 50MG 1 AMP+100ML SF 0,9% EV 12/12H SE DOR REFRATÁRIA		SN			
ATENSINA 0,1MG 1 COMP VO SE PAS > 165 e PAD>110		SN			
KCL 19,1% 2 AMP + SF 0,9% 200ML EV CORRER EM 3H		ACM			
NBZ: Berotec ____ gotas + Atrovent ____ gotas + SF 0,9% ____ ml 20/20' ____ x de ____ / h		ACM			
HIDROCORTISONA 100MG + AD EV 8/8H ACM		ACM			
DIPIRONA 1 AMP +AD EV 6/6H		26/08			
6	PENDENCIAS:				
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM				
HGT 6/6H					
CURATIVO DIARIO					
FISIOTERAPIA					
SSV 6/6H + CUIDADOS GERAIS					
MONITOR CARDIACO+PNI+OXIMETRIA DE PULSO ACM					
AVM (O2 + AR COMPRIMIDO) SN					
OXIGENATERAPIA POR					
ASPIRAÇÃO DE VAS - 4/4H Q/N					
Insulina Regular conforme HGT SC: 70-150: 0 UI / 151-200: 2UI / 201-250: 4 UI / 251-300: 6 UI 301-350: 8UI / 351-400: 10 UI > 400: 12 UI (avisa plantonista)					
Se HGT <70mg/dl FAZER 05 AMPOLAS DE GLICOSE 50% IV EM BOLUS					
BANHO NO LEITO 3X AO DIA COM SOAPEX/ALGODÃO/PRODERME/DERMODEX/TROCA DE FRALDA					
01 LUVA ESTERIL + 01 PACOTE GASE + 10ML DE					

Iron Alves  
CRM/PE 3601

Página 1 de 2



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente**

Emissão: 22/10/2019 11:54

Atendimento: 563642 Entrada: 17/10/2019 Hora: 20:00  
 Plano: SES - ORTOPEDIA  
 Responsável:  
 Médico Resp: DR. IRON ALVES SILVA

Saída: 19/10/2019 Hora: 11:40  
 Matrícula: 701809241198376  
 Identidade:  
 C.N.S.: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES  
 Nascimento: 22/08/1987 (32 Anos e 2 Meses)  
 Endereço: RUA CARACAS  
 Bairro: CAIUCA C.E.P.:  
 Cidade: 2604106 CARUARU  
 Pai: JOAO MANOEL GOMES  
 Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES  
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO  
 Estado Civil:  
 C.P.F.: 06611738444  
 Identidade: 8000685 - SDS - PE  
 Telefone: / 994569716  
 G.Instrução:  
 Ocupação:  
 Naturalidade: ALTINHO

Em: 17/10/2019 - 21:02 CLINICA MEDICA (Dr. DR. IRON ALVES SILVA CRM 3601)

**PREScrição MÉDICA**

**PREScrição MÉDICA**

18-10-19

ALERGIA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		HGT: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		HORÁRIOS
COMORBIDADE: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
HGT	12	18	00	06
PA	12	18	00	06
TEMPERATURA	12	18	00	06
DIETA	BRANDA			
2	HIDRATAÇÃO:			
	JELCO HIDROLISADO			
3	ANTIBIÓTICO:			
4	PROFILAXIA:			
	HNF 5000Ui 0,25ML SC 12/12H ACM			
5	SINTOMATICOS/CORREÇÃO			
	PLASIL 1 AMP + AD EV 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		SN	
	TRAMAL 50MG 1 AMP+100ML SF 0,9% EV 12/12H SE DOR REFRATÁRIA		SN	
	ATENSINA 0,1MG 1 COMP VO SE PAS > 165 e PAD>110		SN	
	KCL 19,1% 2 AMP + SF 0,9% 200ML EV CORRER EM 3H		ACM	
	NBZ: Berotec ____ gotas + Atrovent ____ gotas + SF 0,9% ____ ml 20/20' ____ x de ____ / ____ h		ACM	
	HIDROCORTISONA 100MG + AD EV 8/8H ACM		ACM	
	DIPIRONA 1 AMP +AD EV 6/6H			
6	PENDENCIAS:			
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
	HGT 6/6H			
	CURATIVO DIARIO			
	FISIOTERAPIA			
	SSVV 6/6H + CUIDADOS GERAIS			
	MONITOR CARDIACO+PNI+OXIMETRIA DE PULSO ACM			

Dr. Iron Alves Silva  
 CRM 3601

Residência  
 Renata Chaitin da Silveira  
 COEN-PE - 1111614-TE



Nome: Júnio da Silva

REGISTRO: 143.133

PRESCRIÇÃO	18/10/2019	19/10/2019	20/10/2019
DIETA POR VO APÓS RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA	<i>Carne</i>		
SFO,9% 1000 ML EV EM 24HS	<i>1000 ml</i>		
CEFALEXINA 500MG + AD EV DE 6 EM 6HS	<i>✓</i>		
DIRIPONA 01G + AD EV DE 6/6HS	<i>✓</i>		
TRAMAL 100MG + 100ML SFO,9% EV DE 8/8HS S/N			
NAUSEDRON 01FA + AD EV DE 8/8HS S/N			
SSVV+ CCGG	<i>Roxine</i>		

06: 140x70 36°C

*Ricardo Ferreira  
Cirurgião-Dentista  
CRM-PE 2471  
RESCEPE 11025*

*Dr. Fabio Guedes  
Cirurgião-Dentista  
CRM-PE 11025*

*Carvalho  
Ortopedista  
CRM-PE 11025*

19/10/19. Alta hospitalar



**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Acomodação: ENFER\_05 - LEITO-02  
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 563642 Data: 17/10/2019 Hora: 20:00  
Convênio: SES - ORTOPEDIA  
Responsável:  
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepção: DEIVISON NASCIMENTO  
Matrícula: 701809241198376  
Identidade:  
Cartão SUS: 701809241198376

Paciente: 113133 JUNIO DA SILVA GOMES  
Nascimento: 22/08/1987 - 32 Anos e 1 Mês  
Endereço: RUA CARACAS, 51 A  
Bairro: CAIUCA  
IBGE/Cidade: 2604106 CARUARU  
Pai: JOAO MANOEL GOMES  
Mãe: LINDALVA GERCINA DA SILVA GOMES  
Nacionalidade: BRASIL

Obs.: SENHA ORTOPEDIA: 633266

Sexo: MASCULINO Cor: MORENO  
Est. Civil:  
C.P.F. 06611738444  
Identidade: 8000685 SDS PE  
Telefone: 81.994569716  
G.Instrução:  
Ocupação:  
Naturalidade: ALTINHO

Queixa do Paciente: *Doenças Externas*

H.D.A.: *ex. c/ fraturas ossos ferus Esquerda  
após trauma*

Exame Físico: *fraturas ossos feria Esg*

*11  
fratura*

Tratamento:

Paciente Necessita de Acompanhante	
Médico	
<i>Maria Edilene Dantas</i>	
Acompanhante	

Bezerros, 17 de outubro de 2019

Assinatura e Carimbo do Médico  
**Iron Alves**  
CRM-PE 3601



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Juico de Ilha Gomes

6 - N° DO PRONTUÁRIO

292195

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

701809241198376

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/08/87

9 - SEXO

Masc.  1 Fem.  3

10 - RACA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Sindalva Gercina da Juico Gomes

12 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

961461861

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

→

14 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua acido da balanca

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Parauapebas

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

aceite de motociclista

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

Necessidade de exame de laboratório

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ribeiro

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

( )CNS ( )CPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Alexandre Ribeiro

Clínico Geral - Radiologista

CRM-PA 2047 - N° DO BILHETE

40 - SÉRIE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

38 - NOME DA EMPRESA

41 - SÉRIE

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - SÉRIE

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

41 - SÉRIE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

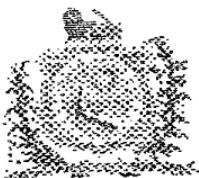
49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( )CNS ( )CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

13/11/2019 09:33



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 090ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU -  
DP90ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0180003166

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/11/2019 às 09:47

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**  
que aconteceu no dia 16/10/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: AV. LEÃO DOURADO - CARUARU/PERNAMBUCO /BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 - Bairro: KENNEDY - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR /AGENTE )  
ERIK EDSON DANTAS ( OUTRO )  
JUNIO DA SILVA GOMES ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):  
JUNIO DA SILVA GOMES

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

JUNIO DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: SÍNDALVA  
GREGINA DA SILVA GOMES Pai: JOÃO MANOEL GOMES Data de Nascimento: 23/3/1997  
Naturalidade: ALTINHO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Residencial: RUA CARACAS,51 - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICÍPIO  
DE CARUARU, 1 - CEP: 5 - Bairro: CARUCA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

ERIK EDSON DANTAS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ERIK EDSON DANTAS, que estava em  
posse do(a) Sr(a): JUNIO DA SILVA GOMES  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN Objeto apreendido: NÃO  
Con. VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PCD5787 (PERNAMBUCO/CARUARU) Renavam: 116913032 Chassi:



13/11/2019 09:49

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BO\_EPreview.html

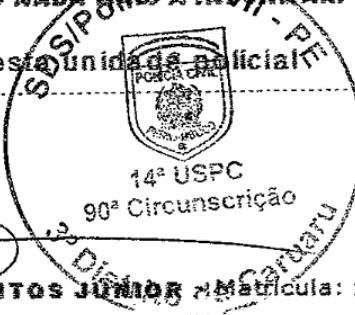
SC 2 MG2266 JR 165438  
Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018 Combustível: ALCO/GASOL  
Descrição: RENAVAM 1189138325

### Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA DESCRIMINADO PELA VIA INFORMADA, QUANDO EM DADO MOMENTO OUTRO VEÍCULO (AUTOMÓVEL) CRUZOU A SUA FRENTESAINDO DE UMA VIA SECUNDÁRIA VINDO A MESMA COLIDIR NA LATERAL ESQUERDA O AUTOMÓVEL, OCASIONANDO DANOS MATERIAIS EM AMBOS VEÍCULOS. QUE A VÍTIMA VEIO A SOFRER FRATURA DO JOELHO ESQUERDO, QUE FOI CONDUZIDA PARA O HRA PELO SAMU E APÓS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE BEZERROS,ONDE FOI SUBMETIDA A INTERVENÇÃO SURGICAL CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA..NÃO TENDO NADA MAIS A INFORMAR.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente neste Unidade policial:

  
JÚNIO DA SILVA GOMES  
(VITIMA)



B.O. registrado por: DAVID LOPEZ DOS SANTOS JÚNIOR / Matrícula: 281886-0



Assinado eletronicamente por: CARLA ROCHA LEMOS - 26/04/2020 22:19:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042622195916100000060017449>  
Número do documento: 20042622195916100000060017449

Num. 61085963 - Pág. 13

## SINISTRO 3200036145 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JUNIO DA SILVA GOMES

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE

**BENEFICIÁRIO** JUNIO DA SILVA GOMES

**CPF/CNPJ:** 06611738444

### Posição em 04-02-2020 11:49:53

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/01/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Júnio da Silva Gomes, brasileiro(a), estado Pernambuco civil solteiro, profissão ajudante de Motorista Inscrito no CPF/MF sob o nº 066 997 384 44, e portador da cédula de identidade nº 8.000 685, residente e domiciliado(a) rue Carrazas, nº 51-A, bairro Caueá, CEP 55034-450 na cidade de Caruaru, 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, 04 de 02, de 2020.

NOME: Júnio da Silva Gomes



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvíndia 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

<b>DADOS DO CLIENTE</b> MARCOS LEONARDO DE FARIAS SILVA CPF: 064.743.684-11	<b>DATA DE VENCIMENTO</b> <b>05/02/2020</b> <b>TOTAL A PAGAR (R\$)</b> <b>138,93</b>	<b>DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL</b> <b>29/01/2020</b> <b>DATA DA APRESENTAÇÃO</b> <b>29/01/2020</b> <b>NÚMERO DA NOTA FISCAL</b> <b>094714630</b>	<b>CONTA CONTRATO</b> <b>007003661967</b> <b>Nº DO CLIENTE</b> <b>2010639413</b> <b>Nº DA INSTALAÇÃO</b> <b>0005211858</b>
<b>ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA</b> RUA CARACAS 51 -A CAIUCA/CARUARU 55034-450 CARUARU PE			
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celpe.com.br">www.celpe.com.br</a>			

## DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)	EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.		
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	151,00	0,42656182	64,41	Vencido	Di Reav	Valor
Consumo Ativo(kWh)-TE	151,00	0,35875625	54,17	08/01/20	29/01/20	123,60
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,88			
Contrib. Ilum. Pública Municipal			11,19			
ICMS Subvenção-CDE-NF 086968195-28/11/19			0,83			
Multa por atraso-NF 086968195 - 28/11/19			2,16			
Juros por atraso-NF 086968195 - 28/11/19			1,15			
Atualização IGPM-NF 086968195 - 28/11/19			2,14			
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>138,93</b>			
<b>INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS</b>						
<b>ICMS</b>	<b>PIS</b>	<b>COFINS</b>				
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	BASE DE CÁLCULO
121,46	25,00	30,36	121,46	0,90	1,09	121,46
						4,15
						5,04

**TARIFAS APLICADAS**

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

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

MES	CONSUMO (kWh)
JAN	20
DEZ	19
NOV	19
OUT	19
SET	19
AGO	19
JUL	19
JUN	19
MAI	19
ABR	19
MAR	19
FEV	19
JAN	19

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

ITEM	VALOR (R\$)	PERCENTUAL (%)
Geração de Energia	39,55	32,56
Transmissão	4,37	3,60
Distribuição (Celpe)	26,49	21,81
Encargos Setoriais	6,22	5,12
Tributos	36,49	30,04
Perdas de Energia	8,34	6,87
<b>TOTAL</b>	<b>121,46</b>	<b>100</b>

**kWh**

MES	CONSUMO (kWh)
JAN	20
DEZ	19
NOV	19
OUT	19
SET	19
AGO	19
JUL	19
JUN	19
MAI	19
ABR	19
MAR	19
FEV	19
JAN	19

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
00000003010088992	CAT	30/12/2019	12.923,00	29/01/2020	13.074,00	30	1.00000 0,00 151,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 27/02/2020

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2019					
DIC-No de horas sem Energia	CARUARU	2,87	5,07	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		2,00	3,11	6,22	12,45
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		2,62	2,86	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico				Limite DICRI: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 45,05					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! farmacia do trabalhador brasil: rua manoel de abreu caiuca / help servicos online: rua pedro américo caiucaLista completa em [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)." Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1‰ a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. 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.

## NÍVEIS DE TENSÃO

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

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO <b>007003661967</b>	MÊS/ANO <b>01/2020</b>	TOTAL A PAGAR(R\$) <b>138,93</b>	VENCIMENTO <b>05/02/2020</b>	TALÃO DE PAGAMENTO  Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
---------------------------------------	---------------------------	-------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------

838900000013 389300110074 003661967101 143934211337



## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

