



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURNEL

NOME **José Ivanildo da Silva Santos**

FILIAÇÃO

José Rivaldo dos Santos
Maria José da Silva



NATURALIDADE **São Joaquim do Monte - PE**

DATA NASCIMENTO **02/08/2001** ORGÃO EXPEDIDOR **SDS/PE** TIPO SANGUE **A**

OBSERVAÇÃO

José Ivanildo da Silva Santos
Assinatura do Identificado



LEI Nº 7.116 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO GERAL 11.458.274 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/10/2020

REGISTRO CIVIL

Matr.: 075622.01.55.2001.1.00003.065.0002656.99 Camocim de São Félix - PE
1/10/2014

CPF

DNI

SÉRIE

I. ELEITOR

CTPS

UF

NIS/PIS/PASEP

IDENTIDADE PROFISSIONAL

CERT. MILITAR

CNH

CNS

EC-05

Paulo de Carvalho
Paulo Augusto Tenório de Carvalho
Chefe do ITB/PE

Polegar Direito



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, José Ivanildo da Silva Santos,
brasileiro(a), estado civil solteiro,
profissão agricultor Inscrito no CPF/MF sob o
nº 19.699.064-13, e portador da cédula de
identidade nº 11458274, residente e
domiciliado(a) Sí Monte dos Negros
nº 48, bairro Rural,
CEP 55660-000 na cidade de
Bezanos / 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, 14 de novembro, de 2022.

NOME: José Ivanildo da Silva Santos



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Inaculdo da Silva Santos,
brasileiro(a), estado civil solteiro, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 719.699.064-13 e portador da cédula de identidade
nº 1145.8274 residente e domiciliado(a) na
St. Monte do negro
nº 48 bairro de Renal
CEP 55660-000 na cidade de Bezeno de PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de
Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 6 e 7, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-
630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações
judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses 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.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do
mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de
honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e
qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da
parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto,
desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se,
ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais
disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios
celebrado em instrumento próprio.

Recife, 24 de novembro de 2022

José Inaculdo da Silva Santos
Outorgante





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 097ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO JOAQUIM DO MONTE - DP97ªCIRC
DINTER1/14ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 22E0187000208

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/04/2022** às **13:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **23/2/2019** às **13:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA DEPUTADO RIBEIRO GODOY, 1, ESTRADA DE ACESSO AO SÍTIO SERRA DE AIRES /ZONA RU - Bairro: CRUZEIRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 55665-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS**

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

JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Pai: JOSE RIVALDO DOS SANTOS Data de Nascimento: **8/8/2001** Naturalidade: **CAMOCIM DE SAO FELIX / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **11458274/SDS/PE (RG), 71969906413 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **3º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SAO FELIX, 48, SÍTIO MONTE DOS NEGROS /ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SAO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFY7748** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KC1670CR618232**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VIITMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUÊSTÃO PELA ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO

05/04/2022 14:16



SITIO SERRA DE AIRES, ZONA RURAL E CAMOCIM DE SÃO FELIX - PE, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA VILA, COLDIU DE FRENTE COM OUTRA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR ALGUÉM DESCONHECIDO, CAUSANDO ASSIM A QUEDA DE AMBOS CONDUTORES, NA OCASIÃO LE, VITIMA, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO AO HOSPITAL DA CIDADE DE BEZERROS - PE, DE ONDE FOI TRASFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU - PE, CONFORME DOCUMENTAÇÕES DOS REFERIDOS HOSPITAIS, APRESENTADO PELA PROPRIA VITIMA.

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

Jose Ivanildo da Silva Santos
JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**
(Liberado em **05/04/2022** às **14:17**)

[Handwritten signature]

05/04/2022 14:16



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 487462 Prontuário: 334283
 Nome: JOSE IVANILDO DA SILVA SANTOS
 Data Nasc.: 02/08/2001 Idade: 17 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: CNS:
 Endereço: SITIO SERRA DE ARES Nº: 0
 Bairro: Z RURAL Cidade: CAMOCIM DE SAO FELIX Estado: PE
 CEP: 55665000 Fone: 98890830 Profissão:
 Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO Data: 23/02/2019 17:48 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

lesão aberta de tendão metacarpo distal com TCC, estivo no aparelho, ~~aberto~~ ferida aberta de comprimento, não drenada

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Orientado em espaço, desentolado e tempo hábil de marcha em peso direito e com aux.

Diag. Provisório:

Tx de Ferida Distal Esquerda

Alto de urgência

*Antônio Raimundo L. Barreto
CRUAIAGRAL
CRM-PE: 10.557
CPF: 140.882.830-04*

Prescrição:

Dieta: _____

Data	Prescrição	Horário
	<i>colme amol</i>	<i>OP/Plant</i>
	<i>O Pico x Tetrax</i>	<i>OP/Plant</i>
	<i>Pain</i>	<i>OP/Plant</i>
	<i>Com Erg</i>	<i>OP/Plant</i>
	<i>Selto Erg</i>	<i>OP/Plant</i>
	<i>onlu</i>	<i>OP/Plant</i>
	<i>Selto analg</i>	<i>OP/Plant</i>

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
DATA: 23/02/19

*Dr. Luiz Paulo M. de M. A. Freire
Ortopédia / Traumatologia
CRM-PE/ 22442
TEOT: 15424*



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Ivanildo da Silva Santos 35

Prontuário: 334283

Data: 23 / 02 / 19 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de fêmur distal esquerda

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta sob orientação de Dr. Marcelo Capelo. Retornar em 15 dias

para ambulatório de ortopedia p/ consulta q/ Dr. Mauricio

Pais

TRATAMENTO REALIZADO:

osteossíntese de fratura de fêmur esquerda em 19/02.

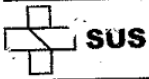
Fixação em mesa de tração em 29/02.

Alta Hospitalar: Data: 22 / 03 / 19 Hora: 10:00

Sévia Lorenz
Médica
CRM PE 26199

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOIS VANILZA M SILVA SANTOS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

334283

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

819810101410222219413

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/08/01

9 - SEXO

Masc: 1

Fem: 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

maria joze da silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Sítio Anna de Ana

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Anna de Ana

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Comarcim do Felix

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

fx na forma de 01502 512

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

na forma de 01502 512

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

na forma de 01502 512

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fx na forma de 01502 512

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento clínico

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

01502 512

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

01502 512

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Marcelo Caporali

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/03/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Valmir de Jesus Santos

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

337283

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

81918004022221943

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/08/01

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria José da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Anna de Ana

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Canação do Sul

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fx Fome Diston Esquem
Z= 60160.
040805009-8

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fx Esquem

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

Esquem Fisw + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx Fome Diston Esquem

24 - CID 10 PRINCIPAL

S72.9

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Torturador

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050519

29 - CLÍNICA

Esquem

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

23/02/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Luigi Paolo M. de M. A. Freire
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PE: 27442

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
PE-40-004

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (REGISTRO DO CONSELHO)

Waldeirio Soares da Silva
CRM 7169
CPF 10.365.034-04

261910394490-8





SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
AValiação PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 23/02/19

HORA DE ADMISSÃO: 24 : 46

HORA DA LIBERAÇÃO: _____

REGISTRO: 334283

CIRURGIÃO: Ruço Akira

ANESTESISTA: Kelven

NOME DO PACIENTE: José Tranieli da Silva Santos

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tração Transversal com Tranqüilização PONTUAÇÃO FINAL: 10

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:					
● Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	X			
● Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização)	1				
● Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica					
● > 80% do nível pré-anestésico	2	X			
● 50 a 80% do nível pré-anestésico	1				
● < 50% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência:					
● Responde verbalmente às questões/ orientado no espaço	2	X			
● Acorda quando chamado pelo nome	1				
● Não responde ao comando	0				
Coloração:					
● Coloração e aparência normais da pele	2	X			
● Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, ictérica	1				
● Cianose evidente	0				
Atividade Muscular:					
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:					
● Capacidade de movimentar todas as extremidades	2	X			
● Capacidade de movimentar duas extremidades	1				
● Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total:		<u>10</u>			

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

Observações:

Carla Rocha Lemos
Carla Rocha Lemos
42328



Estado Geral:

Regular () Comprometido () Grave Normocorado () Hipocorado Anictérico
 Ictérico () Cianótico Acianótico Hidratado () Desidratado () Anasarca

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA**Nível de Consciência:**

Consciente () Inconsciente () Torporoso () Sonolento Alerta

Nível de Orientação:

Orientado () Desorientado () Sob sedação

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR _____ RPM _____

Modo: _____ Fi O2: _____ PEEP: _____ Sat O2: _____
 Espontânea () Traqueostomizada () VM () UNI c/02 () Venturi

O2 Suplementar 1/min:

Cateter Nasal () Macronebulizador () Venturi () Eupneico () Dispneico
 Traquidispneico () Bradipneico

Murmúrios Vesiculares:

Presentes () Ausentes () Diminuídos

Ruídos Adventícios:

Roncos () Sibilos () Estertores () Creptante

Dreno Torácico:

Sim Não Local: _____

Oscilação:

Sim () Não Aspecto da Drenagem: _____

Expansibilidade Torácica Conservada:

Sim () Não

Tosse:

Sim Não () Produtiva () Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

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

Uso de Drogas Vasoativas:

Sim Não () Qual? _____

Acesso Venoso Central:

Sim Não () Qual? _____

Acesso Venoso Periférico:

Sim () Não () Qual? *MSE*

SISTEMA GASTROINTESTINAL**Abdomen:**

Plano () Globoso () Distendido () Escavado () Depressível () Ascítico
 Doloroso () Não Doloroso () Local: _____

RHA:

Presentes () Ausentes

SNG:

Sim Não () P/ Gavagem () Sifonagem

SNE:

Sim Não

SISTEMA GENITO-URINÁRIO**Diurese:**

Presente Ausente () Espontânea () SVD () Volume: _____ ml
 Aspecto: _____

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO**Deambulação:**

Sim () Não () Repouso Relativo Repouso Absoluto

Mobilidade:

Ativa () Passiva



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

BLOCO CIRÚRGICO Atend = 487485

PACIENTE: Yale Ivanildo da Silva REGISTRO Nº 334283

SALA CIRÚRGICA Nº 07 DATA 23/02/19

CIRURGIA: Frat - Remus E. (Traco) CIRURGIÃO: Dr. Hugo Alca

ANESTESIA: Sedação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Rolan

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<u>Sim</u>	Oxigênio			<u>L</u>	Agulha Descartável		
<u>2</u>	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
	Bupivacaína				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina				Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg			<u>1</u>	Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<u>2</u>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida				Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Gat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço <u>Fist 4.0 e 3.0</u>		
<u>1</u>	Ringer co Lactato				Fio de Algodão <u>4.0 e 3.0</u>		
	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			<u>L</u>	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			<u>1</u>	Lâmina de Bisturi <u>22</u>		
<u>1</u>	<u>Propofol</u>				Luvas Estéreis 7,0		
<u>03</u>	<u>Tamoxif Dose</u>			<u>1</u>	Luvas Estéreis 7,5		
<u>03</u>	<u>Male Dose</u>				Luvas Estéreis 8,0		
<u>03</u>	<u>Pra-pe Dose</u>			<u>1</u>	Seringa 5ml		
				<u>1</u>	Seringa 10ml		
				<u>1</u>	Seringa 20ml		
					Sonda de Foiev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
				<u>1</u>	Sonda Uretal		
					Tubo para Aspiração		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

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

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 208507

NOME: *Cláudio Manoel da Silva Santos*
HOSPITAL: *HRA*
REGISTRO: *334283*
CATEGORIA: *SUS*

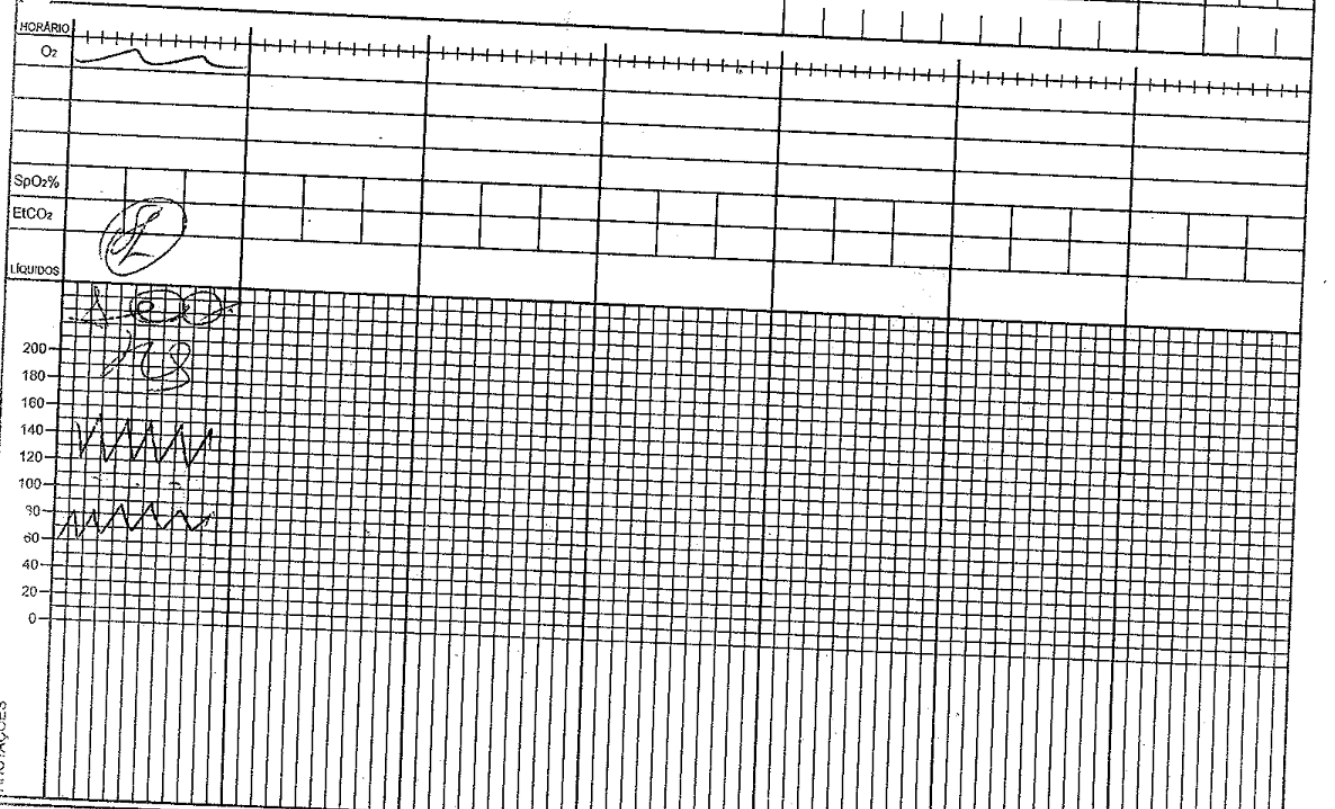
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *feot femur distal @*
SEXO: M F
COR: Br Pd N
IDADE: *170*
HORÁRIO: *00:20*
DATA: *24.02.19*
PESO: *45* Kg
PA: *110* x *70*
FC: *110* BPM
RESPIRAÇÃO: *ASA*
IRPM: *1*

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *feot femur distal @*

OPERAÇÃO PROPOSTA: *Trocaro transilíaco*

OPERAÇÃO REALIZADA: *A mesma*

CÓDIGO CIRURGIA	PORTE	%



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA:
<i>propofol</i>		<i>100mg</i>	<i>Sevoflurano</i>

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO: _____ DURAÇÃO DA ANESTESIA: _____

<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/> _____
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	<input type="checkbox"/> _____

ENCAMINHADO	DESTINO
<input type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> RPA
<input type="checkbox"/> ADORMECIDO	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> QUARTO
<input type="checkbox"/> INTUBADO	<input type="checkbox"/> _____

Carla Rocha Lemos



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente:

Zeni Manoel Nova

Nº do Registro:

Clínica:

Neumobalocia

Nº do Leito

Operador:

Luiz Augusto

1º Assistente:

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista: Kubron

Anestesia:

Sedação

Duração:

Data da Operação:

24/02/19

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Mortura de rimem renal esquerda

Diagnóstico Pós-Operatório:

O mesmo

Operação Proposta:

Tracção transperitoneal transabdominal esquerda

Operação Realizada:

A mesma

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em DDU, sob anestesia
- 2) Anestesia intravenosa
- 3) Posicionamento de tracção transperitoneal transabdominal esquerda
- 4) Substância instalada de "bateria em tracção" com 6kg
- 5) Circuito arterial

Luiz Augusto
 Hospital Regional do Agreste
 Cirurgião Geralista



art. 101, III
aparelhos
de comunicação

art. 101

art. 101, III

art. 101, III

art. 101, III

art. 101, III

art. 101, III

art. 101, III

art. 101, III

art. 101, III

art. 101, III

art. 101, III

art. 101, III

art. 101, III



CLEAN TEST

INDICADOR QUÍMICO MULTIPARAMETRICO ISO 11140-1, TIPO 4

VAPOR

TOCOS OS PARÂMETROS ESTÃO APROVADOS QUANDO A LINHA DO INDICADOR MUDAR PARA PRETO.

clean-up TERIAIS EM CIRURGIAS

ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRÚRGICO

at 487485

PACIENTE: Doa. Inamilda de Silva Santos REGISTRO Nº 334283

SALA CIRÚRGICA Nº 07

DATA 19/03/2019

CIRURGIAS: Trat. limf. de umor distal E CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Lapela + Felipe

ANESTESIA: Raqui + sed. ANESTESIOLOGISTA: Dr. Karoline

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
03	Oxigênio			02	Agulha Descartável		
03	Água Destilada			00	Agulha para Boudard 25		
03	Atropina			01	Agulha para Raqui		
01	Bupivacaína <u>bolus</u>			05	Atadura Gessada 20		
02	Cefazolina 1g			08	Atadura Crepom		
01	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
01	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
02	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
01	Etilefrina			05	Dr. Algodão entepido		
	Glicose 50%			05	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro		
	Neostgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			02	Fio de Algodão fio 2-0		
	Ringer co Lactato				Fio de Algodão		
05	Soro Fisiológico <u>5000</u>			02+	Fio de Nylon 11-30		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estriol			08+	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			03	Lâmina de Bisturi		
01	<u>Dunguira</u>			04	Luvas Estéreis 7,0		
01	<u>Ketalar</u>			04	Luvas Estéreis 7,5		
01	<u>Dunguira 0,2</u>			04	Luvas Estéreis 8,0		
				03	Seringa 5ml		
				03	Seringa 10ml		
				01	Seringa 20ml		
					Sonda de Folev		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretal		
				01	Tubo para Aspiração		
00	<u>Boia</u>			01	<u>Boia</u>		
00	<u>Mascara</u>			01	<u>Mascara</u>		
00	<u>Luvas (pares)</u>			01	<u>Luvas</u>		
00	<u>Algodão</u>			01	<u>Algodão</u>		
					<u>Algodão 10%</u>		
					<u>Estreia</u>		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Dr. Felipe Diego V. P. de Castro
Médico Residente
Anestesiologia e Terapias Integrais
CRM-BA: 30912

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

19 MAR. 2019

Assinatura do Cirurgião

José Lourenço 388623 TE
Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

N 209177

VALOR

NOME	Jose Ivanildo dos Santos Santos	REGISTRO	334283	CATEGORIA	SUS
------	---------------------------------	----------	--------	-----------	-----

HOSPITAL	Hospital Regional do Agreste	SEXO	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COR	B <input checked="" type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	IDADE	17	HORÁRIO		DATA	19/03/2019
----------	------------------------------	------	--	-----	---	-------	----	---------	--	------	------------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fratura distal de fêmur esquerdo	PESO	35 Kg	PA	121 x 63	FC	116 BPM	RESPIRAÇÃO	16 IRPM	ASA	I
----------------------------	----------------------------------	------	-------	----	----------	----	---------	------------	---------	-----	---

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	O mesmo.	CÓDIGO CIRURGIA		PORTE		%	
----------------------------	----------	-----------------	--	-------	--	---	--

OPERAÇÃO PROPOSTA	Tratamento cirúrgico de fratura distal de fêmur
-------------------	---

OPERAÇÃO REALIZADA	A mesma.
--------------------	----------

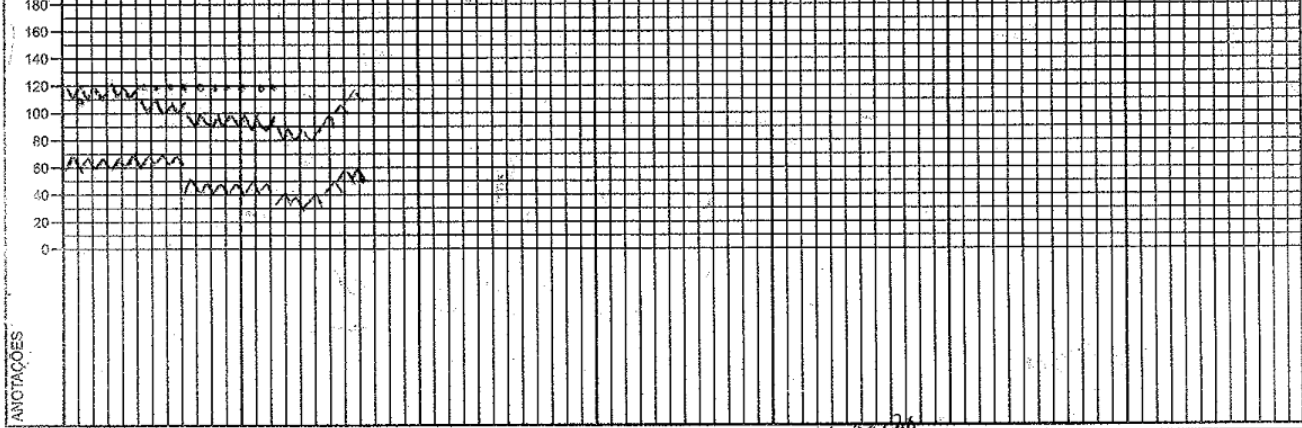
HORÁRIO	08:15 - 10:15
---------	---------------

EKG	RS RS RS RS RS RS
-----	-------------------

SpO2%	100 100 100 100 100
-------	---------------------

EICO2	
-------	--

LÍQUIDOS	SF SF
----------	-------



AGENTES	CONC.	QUANTIDADE	TÉCNICA ANESTÉSICA: 1. ROAMINERNA 2. MONITORIAÇÃO → CIRCUITO LIST 3. PUNTO SUTURO DE ANESTESIA - ANI - SEDA LOMBA 4. PUNTO MEDIANO LOMBA 3 NIVEL L3-L4, COM ACÚLDO APO QUINCKE N° 25G 5. SEDA DE LER KINULCHIA 6. BLOQUEIO CERVICO.
1. CLORALINA	1G	2G	
2. MIDAZOLAM	1MG/ML	4MG	
3. CLOMIDINA	10MG/ML	50MG	
4. DIFENIDRAMINA	1G	2G	
5. MORFINA	1MG/ML	40MG	
6. BUPROPRIONA	5MG/ML	12,5MG	
7. FENILEFRINA	1MG/ML		

DURAÇÃO DA OPERAÇÃO:	1H25	DURAÇÃO DA ANESTESIA:	1H50
<input checked="" type="checkbox"/> CARDIOSCÓPIO	<input type="checkbox"/> CAPNÓGRAFO	<input type="checkbox"/> PVC	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	<input type="checkbox"/> S. VESICAL	<input type="checkbox"/> TEMPERATURA	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> PNI	<input type="checkbox"/> LINHA ARTERIAL	<input type="checkbox"/> MONITOR DO ESTADO CEREBRAL	<input type="checkbox"/>
ENCAMINHADO		DESTINO	
<input type="checkbox"/> ACORDADO	<input type="checkbox"/> ADORMECIDO	<input type="checkbox"/> RPA	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> SONOLENTO	<input type="checkbox"/> INTUBADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> QUARTO

2.202501 - a. 227500 - Setembro/2018



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE		
Paciente: JOSÉ IVANILDO DA SILVA SANTOS	Nº Registro:	
Clínica: ORTOPEDIA	Nº do leito:	
Operador: DR. MARCELO CAPELA		
1º Assistente: DR. FELIPE CARVALHO R2	2º Assistente:	
Instrumentador: VICTOR HUGO	Anestesista:	
Anestesia: RAQUIANESTESIA	Duração:	
Data da Operação: 19/03/2019	Início:	Término:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE FEMUR DISTAL ESQUERDO		
Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO		
Operação Proposta: REDUÇÃO CRUENTA + PINAGEM + IMOBILIZAÇÃO GESSADA		
Operação Realizada: A MESMA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA</i> 2. <i>ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS</i> 3. <i>INCISÃO LATERAL DISTAL A COXA ESQUERDA + HEMOSTASIA + CALOCLASIA + REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA + ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM 2 FIOS K 2.5 CRUZADOS SOB FLUOROSCOPIA</i> 4. <i>LAVAGEM DA FERIDA COM SFO,9%</i> 5. <i>REVISÃO DA HEMOSTASIA</i> 6. <i>SUTURA POR PLANOS</i> 7. <i>CURATIVO</i> 8. <i>GESSO COXOPODÁLICO EM MIE</i> 9. <i>ENCAMINHO PACIENTE A SRPA</i> 		

Dr. Felipe Diego V. P. de Carvalho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25263 / CRM-BA: 30912

19 MAR 2019





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



HRA - Traumat

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA *5626742*

Nome do Paciente: *Jose Ivanildo da Silva* **IDENTIFICAÇÃO** Idade: *17*
Sexo: M () F () Profissão: *Cantor* Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: *Bezerros - PE*

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)
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 ()
Motociclista: 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

História Clínica Atual: *Fr. fechada de fêmur distal* **CAUSAS CLÍNICAS**
Palco distal preservado
Hipótese Diagnóstica: *Não disponível de Rx*

AVALIAÇÃO CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sinais Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Gela/Choro: S () N ()
Atuação 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 ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

Dr. José Ernando Gomes
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE: 22968

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

23/02/19



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doroso () 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 5
Localiza Estímulo Doroso 4
Retirada ao Estímulo Doroso 3
Descorticação 2
Descerebração 1
Sem resposta motora 0

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

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

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

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

Presença de sangramento externo: S() N()

Lesões Intra-Torácicas: S() N() Fratura Ribs: 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 ()

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

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

Loio() Maconha() Coia() Cocaína () Crack() Lança-perfume() Anfetaminas() Éxtase()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S() N()

Imobilização Tala Gessada: S() N()

Antibióctoterapia: S() N() Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

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

Entubação Orotraqueal: S() N()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S() N()

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

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

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Conduas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Handwritten notes: Motivo da transferência... vítima de acidente de trânsito...

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S() N()

Local e data

Médico Assistente

Handwritten signature: M. Lemos



L35

FICHA DE AVALIAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA

■ IDENTIFICAÇÃO PACIENTE

Nome: Jose Ivanildo da Silva Santos Sexo: M F Idade: 17 Cor: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____ Profissão: _____
Cirurgia Proposta: Transplante de Função de Fígado
Cirurgião: Marcos Augusto Hospital: HRS Data: 18/03/2019

■ ANTECEDENTES PESSOAIS/ FAMILIARES:

Cirurgias/Anestésias Anteriores: fixação externa/ sempre
Intercorrências: 02 em
Hemotransfusão: 02 em
Antecedentes Familiares:
 Tabagismo Cigarros/Dia: _____ Tempo: _____
 Etilismo Quantidade: _____ Tempo: _____
 Uso de Tóxicos _____
Alergias: 0

■ INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO:

(Marcar os sintomas/sinais positivos e detalhar abaixo)

SISTEMA CARDIOVASCULAR	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> Palpitação	<input type="checkbox"/> Edema MMII	<input type="checkbox"/> Dor precordial	<input type="checkbox"/> Marcapasso	<input type="checkbox"/> Varizes
SISTEMA RESPIRATÓRIO	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Hemoptise	<input type="checkbox"/> Apnéia sono
SISTEMA DIGESTIVO	<input type="checkbox"/> Dor epigástrica	<input type="checkbox"/> Gastrite	<input type="checkbox"/> Refluxo	<input type="checkbox"/> Hepatite	<input type="checkbox"/> Cirrose	
SISTEMA UROGENITAL	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Poliúria	<input type="checkbox"/> Dor lombar	<input type="checkbox"/> DUM (Mulher)		
SISTEMA ENDÓCRINO	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Doenças da tireóide				
SISTEMA HEMATOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Sangramentos	<input type="checkbox"/> Transfusão sanguínea			
SISTEMA IMUNOLÓGICO	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Herpes				
SISTEMA LOCOMOTOR	<input type="checkbox"/> Fraq. muscular	<input type="checkbox"/> Dor articular	<input type="checkbox"/> Patol. coluna	<input type="checkbox"/> Déficit de locomoção		
SISTEMA NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Parestesias		

OBS: 0
Medicamentos em Uso: OMGONPOL, TUSAM, Chexane (com KALTA)

■ EXAME FÍSICO

Estado físico: paciente EG: paciente Peso: 35 Altura: _____ PA: _____ FC: _____
Avaliação via aérea: _____ Mallampati: II Mobilidade pescoço: preservado Dentes: incisivos Limitação ATM
Distância esterno/mento: <12,5cm >12,5cm Coluna vertebral: _____
SCV: Res em 20, 40 e 60 s/som
SR: 100 a 140, 5/140
Outros: _____

■ RESULTADOS EXAMES LABORATORIAIS:

HT 37,2 (%): 12,6 HB (g%): _____ Plaquetas (mm3): 49000 TP: 13,7 AE: 92 INR: 1,04
Ionograma (K): _____ Na: _____ Ca: _____ HCO3: _____ Outros: _____
Glicemia: _____ Uréia: 3,7 Creatinina: 0,4
RX de Tórax: _____
ECG: _____
Risco cirúrgico: _____
Parecer Cardiológico: _____
Outros exames: _____

■ CONDUTA

LIBERADO: SIM NÃO Observação: _____

■ ORIENTAÇÃO:

Jejum: 8h
Medicação: incisivos Chexane
Cuidados: _____
Anestesia Proposta: Proprioanestesia

Data consulta: 18/03/2019 Hora: _____
Assinatura médico/CRM/Carimbo: _____

Roberta Gisela Correia
Médica
CRM-21276



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: José Inmildo da Silva Santos

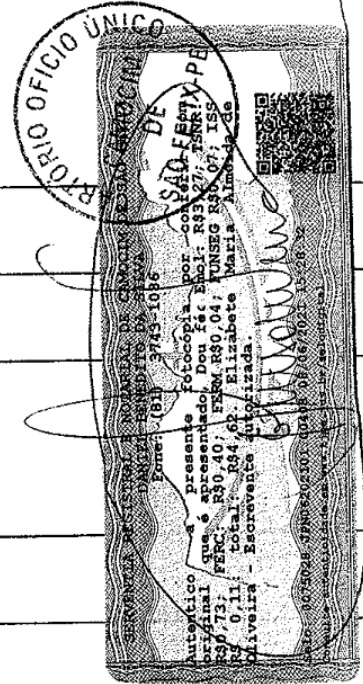
Prontuário: 334283

Data: 23 / 02 / 19

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fratura de fêmur distal esquerdo.



AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta sob orientação de Dr. Marcelo Capela. Retornar em 15 dias

ao ambulatório de ortopedia de Dr. Mauricio Paes

14/03/19

TRATAMENTO REALIZADO:

Osteossíntese de fratura de fêmur esquerda em 19/03. egresso!

Fixação em mesa de tração em 29/02.

Alta Hospitalar: Data: 22 / 03 / 19

Hora: 10:00

Sérvia Viana
CRM PE 26199

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

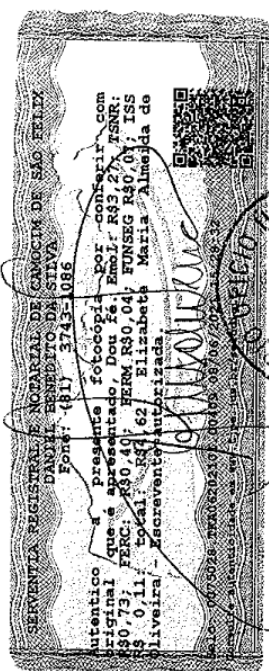




DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sr José Ivanildo da Silva Santos, Identidade 11.458.274 SDS-PE, CPF 719.699.064-13 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS atendimento realizado a ele por este serviço, número da ocorrência 4413 – ID 4201, no dia 23 de fevereiro de 2019, às 13h e 25min, vítima de Queda de moto, no sítio Serra de Aires Zona rural, próximo a Bui da massa, Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a Unidade Mista São José.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.



Bezerros, 31 de Maio de 2021.

Andréa Karoliny
Enfermeira
COREN-367847

Andréa Karoliny Souza
Coord. do SAMU
Coren- 367847
Bezerros-PE

Rua: Vitoriano Pereira de Lima, 84 – Centro - CEP 55660-000 – Bezerros – PE
FONE/FAX: 3728-6716/6717 - RAMAL-34





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 | 4 | 2 | 7 | 4 | 1 | 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Dr. Renato Silva Beland

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

377129

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70000911546114400

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/1900

9 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

Maria Lucrecia da Silva

DDD

968159894

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Cox Francisco de Souza

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sao Joaquim do Monte

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

PE

19 - CEP

55640000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de lesão por objeto contuso e pro

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão entere e pontos m

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

Exame de

5863 - 040806045-0

R02 - 040504003-5

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão de pontos m

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Pontos m

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO () CNS

() CPF

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

021107110101917

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Bruno de Azeite LF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/10/21

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

[Assinatura e Carimbo]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO () CNS

() CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

262110083222-9

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

1 / 1

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





Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50090-902
 CNPJ 10.635.932/0001-08 | fone: Est. 6005943-93 | www.celpe.co

DADOS DO CLIENTE
 EDINALDO MANOEL DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE
 SÍMONE DOS NEGROS 4L

CPF: 075 369 694-45 NIS: 16070129548

SITIO MONTE DOS NEGROS/BEZERRAS RU
 BEZERRAS PE
 55660-000

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 BARRA RENDA.COM.NIS
 Monofásico

CONTA DE CREDITO	PERÍODO
7022990181	12/2020
DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM
05/01/2021	05/01/2021
VALOR DA FATURA	
47,49	

CONTA DE CREDITO	PERÍODO
13746657B	ÚNICA
DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM
24/12/2020	24/12/2020
CONTA DE CREDITO	PERÍODO
2412020	ÚNICA
DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM
20/10/2020	20/10/2020

DESCRIÇÃO DA UNIDADE	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,000000	0,11098886	3,31
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,18923770	13,24
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	14,000000	0,26265656	3,67
Consumo-TE até 30 kWh	30,000000	0,09428801	2,83
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,000000	0,16160903	11,32
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	14,000000	0,24271204	3,39
Acresc mo Bandeira VERMELHA			3,46
Contrib Titum Pública Municipal			5,57
Compensação DIC Mensal 10/20			-0,80

TOTAL DA FATURA 47,4

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	ACUSTE	CONSUMO
315108229	CA1	24-11-2020	7575,00	24-12-2020	7698,00	30	1,00000		114,00

PERÍODO	VALOR	%	VALOR DO IMPOSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
DEZ 20	114			Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh 0,18923770
NOV 20	76			Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh 0,26265656
OUT 20	75			Consumo-TE até 30 kWh 0,09428801
SET 20	66			Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh 0,16160903
AGO 20	92			Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh 0,24271204
JUL 20	71			
JUN 20	73			
MAY 20	85			
ABR 20	74			
MAR 20	76			
FEV 20	64			
JAN 20	77			
DEZ 19	81			

As condições gerais de fornecimento (prestação de energia elétrica, tarifas, impostos, serviços prestados e tributos se aplicáveis) estão disponíveis para consulta, atualização e emissão de atendimento em nosso site: www.celpe.com.br

As condições gerais de fornecimento (prestação de energia elétrica, tarifas, impostos, serviços prestados e tributos se aplicáveis) estão disponíveis para consulta, atualização e emissão de atendimento em nosso site: www.celpe.com.br

PERÍODO	VALOR	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DEC	13,81	11,16	22,32	44,65	220	202 - 231
NOV	2,80	7,59	15,18	30,39		
OUT	8,26	6,09	0,00	0,00		

Limite DCR: 16,50 EUSO: Valor do Encargo do Uso do Sistema de Cargaço = R\$ 19,11

