

## PROCURAÇÃO

Contratante: **INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA**, brasileira, solteira, autônoma, portadora do CPF: 098.462.27485 e RG 7076323 SDS- PE, residente na Rua Bahia, nº 358 A, Cruz Alta – Santa Cruz do Capibaribe – PE, CEP 55195-006.

OUTORGADO (a) OUTORGADA e **VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PE nº 18.789 todos com endereço profissional situado na Rua DO RIACHOELHO, nº 189, Sala 1201., Recife – PE, –PE.

**PODERES:** DA CLÁUSULA "AD JUDICIAL" representando o outorgante perante qualquer Juízo, tribunal, podendo, apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica em conformidade com a norma do art. 105 do NCPD, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** **INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça. ....

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE, 17 DE JANEIRO 2023

*Ingrid Morgana B. da Silva*

\_\_\_\_\_  
**INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 128ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - DP128CIRC  
DINTER1/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0218000580**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/02/2020** às **10:35**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **5/1/2020** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, BAIRRO NOVA SANTA CRUZ - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)  
INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA**

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

**INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **LAESSE BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **17/3/1989** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7076323/SDS/PE (RG), 09846227485 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **COSTUREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 992640870**

Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, TUA BAHIA, 358, CRUZ ALTA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, VIA PUBLICA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Motivo da Viagem: **DESCONHECIDO**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, 1, DESCONHECIDO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PG29966** (PERNAMBUCO/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE) Renavam: **117467419** Chassi: **9C2HB0210FR018492**  
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

**A VITIMA AFIRMA QUE NO DIA 05 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 08:00 HORAS, SE ENCONTRAVA PILOTANDO A SUA MOTOCICLETA NO BAIRRO NOVA SANTA CRUZ, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA NO MOMENTO EM QUE LIVRARA DE UMA ANIMAL, E ACABOU CAINDO NO CHÃO, QUEBRANDO O BRAÇO DIREITO, SENDO SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UPA DESTA CIDADE. DIANTE DO FATO EXPOSTO, SOLICITA AS DEVIDAS PROVIDENCIAS.**

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

**INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALMIR PEREIRA BARBOSA** - Matrícula: **3848779**

12/02/2020 10:31





### Recebimento de Pedido de Indenização

Olá, ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES. Recebemos o seu pedido de indenização no site da Seguradora Lider.

Você pode acompanhar a sua solicitação através do nosso site.

[ACESSE NOSSO SITE](#)



INÍCIO DADOS DO PEDIDO DOCUMENTOS REVISÃO FINAL

Invalidez

### Pessoas Envolvidas

São todas as pessoas envolvidas neste pedido de indenização.

#### Beneficiário(a)

Nome: INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA Nascimento: 17/03/1989  
CPF: 09846227485

#### Vítima

#### Procurador

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 94523444404  
Nascimento: 26/07/1974

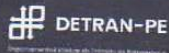
### Dados do Acidente

Onde: Santa Cruz do Capibaribe - PE

Quando: 05/01/2020

Veículo: Motocicletas, motonetas e similares





[Página Inicial](#) / Consulta Placa

## Q Consulta placa

### Informações sobre o veículo

**Placa:**

PGZ9966

**Espécie/ Tipo:**

PAS / MOTOCICLETA

**Marca/ Modelo:**

HONDA/POP100

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada:**

2 / 0 / 97

**Cor predominante:**

PRETA

**Chassi:**

9C2HB0210FR018492

**Combustível:**

GASOLINA

**Ano fabricação/ Ano modelo:**


2015

**Categoria:**

PARTIC

**Parcelamento/ Cotas:**

3 X 0,00

 Veículo atende a resolução 372/2011 CONTRAN -  
Placas Refletivas



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA INFRA-ESTRUTURA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA E DESENVOLVIMENTO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
**INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE, ORG. EMISSOR / UF  
**7076323 SDS PE**

CPF  
**098.462.274-85**

DATA NASCIMENTO  
**17/03/1989**

FILIAÇÃO  
**LAESSE BEZERRA DA SILVA**  
**A**  
**MARIA JOSE DA SILVA**

PERMISSÃO  
**AB**

ACC  
**AB**

CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**07208344871**

VALIDADE  
**17/10/2023**

1ª HABILITAÇÃO  
**06/02/2019**

OBSERVAÇÕES

*Ingrid Morgana B. da Silva*

LOCAL  
**SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE**

DATA EMISSÃO  
**19/01/2021**

ASSINATURA DO PORTADOR

*Roberto Fontelles*  
 Roberto Carlos Moreira Fontelles  
 Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR  
**11116643111**  
**PE103116290**

PERNAMBUCO

DETRAN CONTAM

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**2080625690**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**2080625690**





www.neoenergia.com.br  
Ligue 0800 116

DNPE - COOPERATIVA ADIANTADA S/A  
FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA  
Composto Tarifário de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP: 50050-902  
CNPJ: 16.055.020/0001-00 | Ins. Est. 000564393

TABELA SOCIAL DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO PELA LEI FERREIRO

CLASSIFICAÇÃO: <b>B1 BAIXA RENDA ASSIST SOCIAL CONTINUA</b>	TIPO DE FORNECIMENTO: Conv. Normativa - Monofásico	
NOME DO CLIENTE: MARIA JOSE BATISTA	CODIGO DA INSTALACAO: 0005690190	
CPF: 167.804.344-34 NIS: 10346590707	CODIGO DO CLIENTE: 7015999319	
ENDEREÇO: RUA BAHIA 358 --A CRUZ ALTA/SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE 55185-000 - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE PE		
REP. MES / ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO
12/2022	26,78	02/01/2023



Nota fiscal nº 237473362 SÉRIE ÚNICA 000 DATA DE EMISSÃO 22/12/2022  
Consulte pela chave de acesso em:  
<https://dfe-portal.svrs.rs.gov.br/N3a/cnsluta>

Chave de acesso  
2822 1210 8350 3200 0106 6600 0237 4733 8220 5430 8860  
EMITIDO EM CONTINGÊNCIA Pendente de autorização

Cadastre-se e receba a sua fatura por e-mail utilizando o qr code no verso da fatura

DATAS DE LETURAS	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	PERÍODO DE LETURA
	22/11/2022	22/12/2022	30	20/01/2023

ITENS DE FATURA	UNID.	QUANT.	PREÇO UNIT. COM TISS. 6%	VALOR UNIT.	PREV. COFIN S/IS	BASE CALC. ICMS	ALÍQUOTA ICMS	VALOR UNIT. ICMS	PREÇO UNIT. COM ICMS
Consumo-TUSD 0_30	KWH	30,00	0,12086196	3,61	0,17	0,00	0,00	0,00	0,11476150
Consumo-TUSD 30_100	KWH	42,00	0,20894891	8,68	0,41	0,00	0,00	0,00	0,19073400
Consumo-TE 0_30	KWH	30,00	0,11808014	3,54	0,17	0,00	0,00	0,00	0,11226700
Consumo-TE 30_100	KWH	42,00	0,20238881	8,50	0,49	0,00	0,00	0,00	0,19249200
Ilum. Pub Municipal				1,46					
<b>TOTAL DA FATURA</b>				<b>26,78</b>					

HISTÓRICO DE CONSUMO			TERMO	TARIFA	ALÍQUOTA	VALOR UNIT.
CONSUMO FATURADO	kWh	Das		24,33	0,87	0,21
Mês/Ano		Fat		24,33	4,02	0,97
DEZ 22	72	30				
NOV 22	64	32				
OCT 22	83	28				
SET 22	88	31				
AGO 22	94	32				
JUL 22	84	30				
JUN 22	91	32				
MAY 22	112	30				
ABR 22	78	29				
MAR 22	61	33				
FEB 22	88	29				
JAN 22	81	29				
DEZ 21	86	30				

RENDIDOR	GRANDEZAS	POSTOS MÓDULOS	LEITURA ANTERIOR	LEITURA ATUAL	EQV. RESIDUO	CONSUMO kWh
3132891518	Energia Ativa	Único	4.537,00	4.608,00	1,00000	72,00

Você não possui débitos nessa conta contrato  
Você não possui débitos nessa conta contrato. Parabéns por manter suas contas em dia! Conte sempre com a gente

Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do mês de entrega de fornecimento. Pagto em atraso gera multa 2% (Pagto 14 dias após o vencimento) e atualização monetária no próximo mês. Desconto pela aplicação da Tabela Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10112 de 06 de Junho de 2000. Desconto de 55% até 30kWh, 40% consumo superior a 30 e até 100kWh e 10% consumo superior a 100 e até 220kWh.





PREFEITURA MUNICIPAL DE  
**SANTA CRUZ  
DO CAPIBARIBE**  
UMA CIDADE MELHOR PARA TODOS



### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de comprovação que o (a) Sr (a) **INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA** nascido em 17/03/1989 esteve nesta unidade hospitalar no dia 05/01/2020 por volta das **08h44min**. Para tanto segue em anexo cópia da ficha do atendimento do mesmo.

Santa Cruz do Capibaribe, 30 de JANEIRO de 2020.

ATENCIOSAMENTE

  
**José Ademir Pereira**  
Diretor  
Unidade de Pronto Atendimento UPA 24h  
MAT. 514591

**JOSE ADEMIR PEREIRA**  
DIRETOR  
MAT.069043

Rodovia PE 160, SN – Curral Picado – Santa Cruz do Capibaribe - PE  
E-mail: [upa24hsc@gmail.com](mailto:upa24hsc@gmail.com)





PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: Inezel Morgana Batista de Jesus

Hospital Regional do Agreste - 5853263 - 10-24

Presente exame de quadro de rto, daga no ambiente  
sem dor em articulações doentes. Sem TCC, presen  
te de rto, sem pres de comença do capilar

Rx de estavel contato denturo em decano dente

CD: Anabocao e condite de estavel

PA : PC : SA PO<sub>2</sub>

**CÓPIA AUTORIZADA**

 Rodolfo Celerino  
Médico  
CRM-PE 28.378

Data: 05/01/2020

MÉDICO

Nome: \_\_\_\_\_ Rg.: \_\_\_\_\_  
medicamentos: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MÉDICO









HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 05/01/2020 Data: 05/01/2020

Paciente: INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA Idade: 030 N° ATEND: 2077085

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 05/01/2020 HORA : 13:12:36

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X ANIMAL

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ( )SIM (X)NÃO HAS ( )SIM (X)NÃO

DEF. MOTORA ( )SIM (X)NÃO

ALERGIAS : DIPIR

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

AVALIÇÃO NEUROLÓGICA

- ( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
- ( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO
- ( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

- ( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA
- ( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
- ( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL
- ( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SÍBILOS ( ) TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :

AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN acolhimento

*[Handwritten Signature]*  
 COREN PB  
 João Luiz de S. Vasconcelos



07/01/2020

10.1.1.148/projetohtcg/impripevo.php?datasai=2020-01-07&contar=2077142&IDC=78337

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 07/01/2020

Horas: 10:34:20

Médico (a) Diarista : Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2077142 Paciente: INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA Idade: 030 Sexo: F ✓

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 17/03/1989 Admissão: 05/01/2020 DIH - 2

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

DIA 07/01/2020

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	cont
2	JELCO SALINIZADO	
3	PARACETAMOL 750 MG V.O, 6h/6h	<del>12</del> 18 24 30
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 2FRA. AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	12 18 24 30
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18 30
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cont

### CONCLUSÃO

DATA: 07/01/2020 HORA: 10:33:54

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EM BEG, CLINICAMENTE ESTÁVEL. NEGA HAS E DM. REFERE ALERGIA À DIPIRONA. SONO PRESERVADO, DIURESE +, EVACUAÇÕES -. PRE-OP: OK


### # CONDUTA:

- VPM.
- AGUARDA CIRURGIA.

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo  
Dra. Ana Maria Da Silva Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825



Data da internação: 05/01/2020 Hora: 15:17:42

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>Identificação do Paciente</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				2 - CNES <b>2362856</b>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				4 - CNES <b>2362856</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <b>INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA</b>				6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>2077142</b>			
7 - CARTÃO DO SUS <b>898003918495479</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>17/03/1989</b>		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA JOSE DA SILVA</b>				11 - TELEFONE DE CONTATO DD(83) Nº DE TELEFONE <b>992640870</b>			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>RUA BAHIA , 358 , CENTRO</b>							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Barra de São Miguel</b>		14 - COLEGE MUN. <b>250170</b>		15 - UF <b>PB</b>		16 - CEP <b>58483000</b>	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO COTOVELO DIREITO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL AO EXAME: TESTE DO MECANISMO EXTENSOR DO COTOVELO DIREITO NEGATIVO PARA VENCER A GRAVIDADE</b>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO</b>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>EXAME FISICO + RAIOS X</b>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRAUTRA OLECRANO DIREITO</b>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF <b>980016296973832</b>		29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>JOSE RENNA GOMES DA SILVA</b>				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>05/01/2020</b>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>							
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA				37 - Nº DO BILHETE	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA				40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR				38 - SÉRIE	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO							
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



09/01/2020

HTCG-Panel Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0001-53  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 09/01/2020  
Buletiro de Emergência (B/E) - Modelo 03 NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo

GOVERNO  
DA PARAIBA

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA

Data da Internação: 05/01/2020 Data da Alta: 09/01/2020

Registro: 2077142

Tempo de Permanência: -18267

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CUBITO [ULNA]

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Data:

Medicamentos:

Orientações: - PRESCREVO AINE + ANALGÉSICO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7025

Data: 09/01/2020

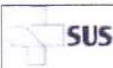
Assinatura/Carimbo  
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo

10.1.1.148/projetohtcg/fimpreresumoalta.php?contar=2077142



Data da internação: 05/01/2020 Hora: 15:17:42

 <b>Sistema Único de Saúde</b>		<b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				<b>Identificação do Paciente</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				2 - CNES <b>2362856</b>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				4 - CNES <b>2362856</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <b>INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA</b>				6 - Nº DO PRONTUÁRIO <b>2077142</b>			
7 - CARTÃO DO SUS <b>898003918495479</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>17/03/1989</b>		9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA JOSE DA SILVA</b>				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> Nº DE TELEFONE <b>992640870</b>			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <b>RUA BAHIA , 358 , CENTRO</b>							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Barra de São Miguel</b>				14 - CÓDIGO MUNICIPAL <b>550170</b>		15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58483000</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO COTOVELO DIREITO COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL AO EXAME: TESTE DO MECANISMO EXTENSOR DO COTOVELO DIREITO NEGATIVO PARA VENCER A GRAVIDADE</b>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRURGICO</b>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>EXAME FISICO + RAIÓ X</b>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRAUTRA OLECRANO DIREITO</b>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016296973832</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>JOSE RENNA GOMES DA SILVA</b>				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>05/01/2020</b>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>Dr. José Renna Gomes</b> Criseleste de Almeida Nº de Registro: 2362856	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>							
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO							
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					



GOVERNO  
DO MARANHÃO

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2077142 Paciente: INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA Idade: 030

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 17/03/1989 Sexo: F

Admissão: 05/01/2020 DIH - 4

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO Cirurgia Realizada:

### EVOLUÇÃO

DATA: 09/01/2020 HORA: 11:49:47

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EM BEG, CLINICAMENTE ESTÁVEL.

NEGA HAS E DM. REFERE ALERGIA À DAPIRONA.

SONO PRESERVADO, DIURESE +, EVACUAÇÕES +.

E-OP: OK

PACIENTE FOI AO CENTRO CIRÚRGICO, FOI REAVALIADA E ORIENTADO TRATAMENTO CONSERVADOR POR DR ELDIMAN.

### # CONDUTA:

- PRESCREVO AINE + ANALGÉSICO.
- ENCAMINHO À FISIOTERAPIA.
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO.
- FORNEÇO ATESTADO MÉDICO.
- ORIENTAÇÕES.
- ALTA HOSPITALAR.

ASSINATURA CARIMBO  
Ana Maria Da Silva AnselmoDra. Ana Maria Anselmo  
Méd. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825

07.01.2020 PA 100x70 Paciente  
vôlvi estável. consciente orientada  
medicada conforme Prescrição médica  
segue os cuidados da enfermagem.

às 20:00hs

PA: 100x70 mmHg

Paciente segue os  
cuidados da enfer-  
magem. m.c. p.m

Ana Maria Cavalcante Falcão  
COREN-PB 177.451-11

A

07/01/2020



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/01/2020

Hora: 09:44:41

Médico (a) Diarista - Ana Maria Da Silva Anselmo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 2077142 Paciente: **INGRID MORGANA BATISTA DA SILVA** Idade: 030 Sexo: F

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Data de Nascimento: 17/03/1989 Admissão: 05/01/2020 DIH - 1

Clínica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 3 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DO OLECRANO DIREITO

Dia 06/01/2020

MÉDICO(A): Ana Maria Da Silva Anselmo /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	
2	JELCO SALINIZADO	
3	PARACETAMOL 750 MG V.O, 6h/6h	<del>12</del> <del>08</del> <del>24</del> <del>06</del>
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 2FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	<del>12</del> <del>24</del>
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	<del>12</del> <del>06</del>
6	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	

### CONCLUSÃO

DATA: 06/01/2020 HORA: 09:44:20

PACIENTE EM LEITO DE ENFERMARIA, CONSCIENTE E ORIENTADA, EM REG. CLINICAMENTE ESTÁVEL.  
NEGA HAS E DM. REFERE ALERGIA À DIPIRONA.  
SONO PRESERVADO, DIURESE +, EVACUAÇÕES -.

### # CONDUTA:

- AGUARDAR EXAMES LABORATORIAIS.
- VPM.

ASSINATURA + CARIMBO  
Ana Maria Da Silva Anselmo

*Ana Maria Da S. Anselmo*  
M.R. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825



D. 06-01-2020 Paciente consciente  
H. 08:00 orientado e segue  
PA - 100x60 aos cuidados da enfermeira  
maga

Jucilene dos Santos Silva  
COREN-PB 968.700-TE

D. 06-01-2020

PA - 100x60

H: 20:00

Jucilene dos Santos Silva  
COREN-PB 968.700-TE



*Introdução 1*

FICHA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - ALA ORTOPÉDICA (BASEADO NAS NHB DE W. HORTA)

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Emiriel M. B. da Silva Idade: 30 anos Sexo: F Enf/Leito: 03101

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias ( ) Motivo: Alergias (x) Diabetes Qual? \_\_\_\_\_ Doença ( ) HAS ( ) DM  
 ( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Neoplasia ( ) Drogas ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_

3. DOENÇA ATUAL:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Ex. de admissão (D)

4. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICO BIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA: (x) CONSCIENTE (x) ORIENTADO ( ) CONFUSO ( ) LETÁRGICO ( ) COMATOSO

MOBILIDADE FÍSICA: (x) PRESERVADA ( ) PLEGIA ( ) PARESIA ( ) PARESTESIA LOCAL: \_\_\_\_\_

LINGUAGEM: ( ) DISFONIA ( ) DISARTRIA

RESPIRAÇÃO: (x) ESPONTÂNEA ( ) CATETER NASAL ( ) VENTURI ( ) TRAQUEOSTOMIA ( ) VMI ( ) OUTROS

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS:

ALTERAÇÃO: ( ) VISÃO ( ) AUDIÇÃO ( ) TATO ( ) OLFATO ( ) PALADAR OBS.: \_\_\_\_\_

SEGURANÇA FÍSICA: (x) TRANQUILO ( ) AGITADO ( ) AGRESSIVO ( ) RISCO DE QUEDA OBS.: \_\_\_\_\_

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR: PULSO: ( ) REGULAR ( ) IRREGULAR ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

EDEMA: ( ) LOCAL OBS.: \_\_\_\_\_

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES: (INTESTINAL E URINÁRIA)

TIPO SOMÁTICO: (x) NUTRIDO ( ) EMAGRECIDO ( ) CAQUÉTICO ( ) OBESO

ALIMENTAÇÃO: (x) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO INTESTINAL: (x) NORMAL ( ) ALTERADO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

ELIMINAÇÃO URINÁRIA: (x) ESPONTÂNEA ( ) SVD ( ) INCONTINÊNCIA ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

INTEGRIDADE FÍSICA E CULTÂNEO-MUCOSA

COLORAÇÃO DA PELE: (x) NORMOCORADA ( ) HIPOCORADA

PELE: ( ) ÍNTEGRA ( ) LESÃO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

LESÃO POR PRESSÃO: ( ) SIM ( ) NÃO ESTÁGIO (BRADEN): \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

localização anatômica da ferida: \_\_\_\_\_

CUIDADO CORPORAL E SONO/REPOUSO

CUIDADO CORPORAL: ( ) INDEPENDENTE ( ) DEPENDENTE (x) PARCIALMENTE DEPENDENTE

HIGIENE CORPORAL: (x) SATISFATORIA ( ) INSATISFATORIA

LIMITAÇÃO FÍSICA: ( ) ACAMADO ( ) CADEIRA DE RODAS



5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

COMUNICAÇÃO: (x) PRESERVADA ( ) PREJUDICADA

SENTIMENTO/COMPORTAMENTOS: (x) COOPERATIVO ( ) OUTROS: \_\_\_\_\_

6. NECESSIDADE PSICOESPIRITUAIS:

RELIGIÃO: \_\_\_\_\_ ( ) PRATICANTE ( ) NÃO PRATICANTE

7. AVALIAÇÃO GERAL:

HORA	PA	T	FC/P	SPD2	GLICEMIA	DIURESE	DÉBITO DE DRENO	DOR	PESO	ASSINATURA	DISPOSITIVOS	DATA DE INSERÇÃO
	(mmhg)	(°C)	(bpm)	(%)	(mg/dL)	(ml)	(ml)	(0a10)	(Kg)			
											SOG/SNG/SNE	
											SVF	
											CIRCUITO DE VM	
											FILTRO DE VM	
											UMIDIFICADOR	
											ASPIRADOR	
											LATEX	
											EQUIPO SIMPLES	

