



Número: 0006811-75.2019.8.17.2001

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : 07/02/2019

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA (AUTOR)		RENATO CESAR MALHEIROS CAVALCANTI (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A (RÉU)			
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40906754	07/02/2019 10:51	Petição Inicial	Petição Inicial
40906843	07/02/2019 10:51	01. PETIÇÃO INICIAL - MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA	Petição em PDF
40906846	07/02/2019 10:51	02. PROCURAÇÃO (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Procuração
40906856	07/02/2019 10:51	03. DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906863	07/02/2019 10:51	04. RG e CPF (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Documento de Identificação
40906875	07/02/2019 10:51	05. BOLETIM DE OCORRÊNCIA (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906883	07/02/2019 10:51	06. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906891	07/02/2019 10:51	07. DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906900	07/02/2019 10:51	08. DOCUMENTO HOSPITAL 01 (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906907	07/02/2019 10:51	09. DOCUMENTO HOSPITAL 02 (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906917	07/02/2019 10:51	10. DOCUMENTO HOSPITAL 03 (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906927	07/02/2019 10:51	11. DOCUMENTO HOSPITAL 04 (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906933	07/02/2019 10:51	12. DOCUMENTO HOSPITAL 05 (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906948	07/02/2019 10:51	13. DOCUMENTO HOSPITAL 06 (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906956	07/02/2019 10:51	14. DOCUMENTO HOSPITAL 07 (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906958	07/02/2019 10:51	15. DOCUMENTO HOSPITAL 08 (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906971	07/02/2019 10:51	16. LAUDO 01 (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)

40906 977	07/02/2019 10:51	17. LAUDO 02 (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40906 983	07/02/2019 10:51	18. VALOR RECEBIDO ADMINISTRATIVO (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)
40907 532	07/02/2019 10:56	Petição em PDF	Petição em PDF
40907 580	07/02/2019 10:56	PETIÇÃO REQUERENDO INCLUSÃO CNPJ DAS DEMANDADAS (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Petição em PDF
40950 871	11/02/2019 09:41	Despacho	Despacho
41170 404	13/02/2019 09:45	Intimação	Intimação
41340 139	15/02/2019 15:50	Petição em PDF	Petição em PDF
41340 174	15/02/2019 15:50	PETIÇÃO TOMANDO CIÊNCIA DE INTIMAÇÃO (MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA)	Outros (Documento)

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE RECIFE - ESTADO DE PERNAMBUCO.

MÁRCIA RAFAELA LIMA DA COSTA, brasileira, solteira, desempregada, portadora do RG nº 7.289.548 SDS-PE, inscrita no CPF sob o nº 116.555.414-39, residente e domiciliada à Rua Artur Ferreira Lima, nº 396, Bandeirantes, Ribeirão-PE, CEP: 55520-000, vem, respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por seus advogados infra-assinado (instrumento de procuração - doc. anexo), com fulcro no art. 319 Novo Código de Processo Civil e com fulcro na Lei 8.441/92, que dá nova redação à Lei Federal nº 6.194/74, e nos demais dispositivos legais aplicáveis à espécie, promover a presente

AÇÃO DE COBRANÇA SECURITÁRIA – DPVAT

em face de **TOKIO MARINE BRASIL SEGURODORA S.A**, pessoa jurídica de direito
provado, inscrita no CNPJ n. 60.831.344/0001-74, situada à Avenida Engenheiro
Domingos Ferreira, nº 345, Pina, Recife-PE, CEP: 51011-050 e **SEGURODORA LÍDER DOS**
CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, inscrita no CNPJ n. 09.248.608/0001-04, situada
à Rua Senador Dantas, nº.74, 5º Andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-205,
pelo que declara e passa a expor:

- DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Inicialmente, a Autora requer a V. Exa. o benefício da Justiça Gratuita, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, uma vez que não apresenta

Ata de reunião de 19/01/2016, p. 10. <http://www.tceba.org.br/Arquivos/2016/01/19/AtaReuniao19012016.pdf>

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – S 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomaheiros@outlook.com



condições financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio ou sua família, motivo este, que requer a GRATUIDADE DA JUSTIÇA.

Art. 98 CPC: "A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.

2. DOS FATOS

Conforme descrito no boletim de ocorrência, em 27/08/2016, o noticiante afirma que a Autora estava em um veículo de carona quando em um momento o condutor perdeu o controle e o carro capotou, momento em que houve o acidente.

A Autora foi socorrida por terceiros para a UPA, onde **DE ACORDO COM O LAUDO MÉDICO A MESMA SOFREU FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO**, observando-se a invalidez permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou cura.

3. DO DIREITO

Sendo a Requerente vítima de acidente de veículo motocicleta, atrai a aplicação da Lei nº 6.194/74 (**Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não**); conforme o artigo 3º, alínea "b" que dispõe:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007)

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 - Sl 01 - Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomatheiros@outlook.com



III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura;

ANEXO

(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).

(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da Perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 - Sl 01 - Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomatheiros@outlook.com



Diante de todos os fatos aqui esposados, bem como legislação descrita e documentos juntados, **REQUER** à Vossa Excelência o seguinte:

1) A citação das Requeridas, **pelos Correios**, nos termos do artigo 247 do Novo Código de Processo Civil, para, querendo, apresentar resposta à presente, no prazo e forma legais, sob pena de lhe serem imputados os efeitos da revelia;

2) A **PROCEDÊNCIA** da presente demanda, com a condenação das Requeridas ao pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT, no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, com juros de 1% a.m. contados desde a data do acidente, conforme Súmula 54 do STJ e atualizados à data da efetiva liquidação, com fulcro no artigo 3º, alínea "b", da Lei 6.194/74;

3) Requer, ainda, a condenação das Requeridas nas custas, despesas processuais e honorários advocatícios, no importe de 20%;

4) A parte Autora vem a presença de Vossa Excelência informar que não tem interesse que seja designada audiência de conciliação ou mediação, na forma do previsto no artigo 334 do NCPC;

5) Por fim, requer os benefícios da Assistência Judiciária Gratuita, consoante Lei 1060/50 e posteriores alterações, por ser a Autora pessoa pobre na acepção jurídica do termo, conforme declaração inclusa.

Protesta e requer provar o alegado por **todos** os meios de prova em direito admitidos, sem exceção de nenhuma, especialmente pelos documentos que instruem esta Inicial, prova pericial e todas as demais que se fizerem necessária para a perfeita elucidação do feito.

Requer ainda o Suplicante a inversão do ônus da prova, nos termos do art. 6º, Inciso VIII do Código de Defesa do Consumidor, por ser parte hipossuficiente desta relação.

Outrossim, requer sejam todas as intimações publicadas exclusivamente em nome do Procurador RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI,

Renato César Malheiros Cavalcanti - OAB/PE nº 10.100 - Endereço: Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 - S/O1 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039 - E-mail: renatomalheiros@outlook.com

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 - S/O1 - Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010 - Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



OAB/PE Nº 31.915, com endereço na Av. Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, sala 01, Piedade, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP: 54410-010.

Dá-se a esta o valor de R\$ 11.137,50 (onze mil, cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes termos,
Pede deferimento.
Recife, 06 de fevereiro de 2019.

RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI
OAB/PE Nº 31.915

<https://pje.oab.org.br/pe/31915/gestao/RECATO:GERAR/MALHEIROS/CAVALCANTI/002071051148400000040310546>

Av. Bernardo Vieira de Melo, 1551 – Sl 01 – Piedade
Jaboatão dos Guararapes/PE – CEP: 54410-010 – Fone: (81) 3204.4039
E-mail: renatomalheiros@outlook.com



MALHEIROS

ADVOCATOS

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3334-4000 / (81) 3334-4001
E-mail: atendimento@malheirosadvogados.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Marcia Rafaela Lima da Costa
Brasileira solteira
desempregada, portador(a) do RG nº 7.289.548 SDS
/PE, inscrito(a) no CPF sob o nº 116.555.474-39
residente e domiciliado(a) à Rua Artur Ferreira Lima
396 Bandeirante Ribeirão PE
CEP: 55520-000

OUTORGADO: RENATO CÉSAR MALHEIROS CAVALCANTI, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB-PE sob o número 31.915, domiciliado na cidade do Recife-PE e estabelecido na Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551, Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010.

PODERES: Plenos para o foro em geral, de acordo com os poderes das cláusulas "AD et EXTRA JUDITIA" implícitas no Art. 38 do Código de Processo Civil, podendo o Outorgado, acompanhar quaisquer inqueritos, ações ou recursos até a sentença final, especiais para acordar, discordar, desistir, impugnar, comprometer, transigir receber alvarás, representar o OUTORGANTE perante quaisquer Entidades Públicas ou Privadas, enfim, tudo o que for necessário para suprir as necessidades de defesa dos interesses do OUTORGANTE, inclusive substabelecer com ou sem reservas de direitos e, especificamente neste ato, para propor ação na Justiça Comum.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Cláusula Única - Pelo presente Contrato particular de prestação de serviços, o OUTORGANTE infra-assinado se compromete a pagar aos OUTORGADOS, honorários advocatícios na ordem de 30% (trinta por cento) sobre o total de todos os proventos advindos do processo patrocinado quer seja no total da condenação ou mediante conciliação, sendo esta última hipótese vedada sem a anuência dos OUTORGADOS, que se obrigam a prestar seus serviços profissionais; ficando de logo esta MM Vara autorizada a reter o referido percentual, independente dos de sucumbência.

Recife, 14 de dezembro de 2018
Marcia Rafaela Lima da Costa
NOME DO OUTORGANTE

Ata nº 40906846 do Juízo da 1ª Vara de Família e Sucessões do Jaboatão dos Guararapes/PE, datada de 14/12/2018, às 14h00min.

Avenida Bernardo Vieira de Melo, nº 1551 - Sala 01 - Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE - CEP: 54410-010
Fone/Fax: (81) 3334-4000 / (81) 3334-4001



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Marcia Rafaela Lima da Costa
 Brasileira, solteira, peso precatório
 portador(a) do RG nº 7.289.548 SDS, PE, inscrita(a)
 no CPF sob o nº 116.553.464-39, residente e domiciliado(a) à
 Rua Admiral Figueira Lima
 nº 236, Bandeirante, Ribeirão - PE,
 CEP: _____, declara, para fins de prova junto à Assistência
 Judiciária, na forma dos artigos 98 e ss, da CPC/2015, que não apresenta condições
 financeiras de arcar com o ônus processual deste feito, sem que haja prejuízo próprio
 ou sua família. Declaração esta que faz sob as penas da Lei e sob sua inteira
 responsabilidade.

Recife, 14 de Dezembro de 2018.

Atorla Reforla line de Perte

https://doi.org/10.1101/2020.06.01.20000000





<http://ajp-ele-juridica/H43K/pf/RECIBATO:GERAR:NUMERO:06/DA:VALOR:RNT:14020730519309500650040310566>





22/11/2016 16:07

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 071ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIBEIRÃO -
DP71ªCIRC DINTER/113ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0161001361

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/11/2016 às
15:19

Complementa o BO Número: 16E0161001359

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 27/8/2015 às 15:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE ESCADA, 4, BR 404 SUL - Centro,
CENTRO - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **FLUXO AO**
COLEGIO AGRICOLA
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoas envolvidas na ocorrência:

DETO (AUTOR/AGENTE)
MANOEL AMARO DA COSTA (NOTICANTE)
MURILO JOSE DE LIMA (OUTRO)
MARINITA CICERA DE LIMA DA COSTA (VITIMA)
MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA (VITIMA)
JOALESON SANTOS SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): MURILO JOSE
DE LIMA

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

MARINITA CICERA DE LIMA DA COSTA (não presente no plantão) - Sexo:
Feminino Mãe. MARIA CICERA DE LIMA Per NÃO DECLARADO Data de Nascimento
13/12/1967 Nacionalidade: FLEIXEIRAS / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 3043243/SS/PE
(RG) 03428250404 (CPF) Estado Civil CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: EMPREGADO(A) DOMESTICO(A)
Endereço Residência: MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO, RUA 22, Nº 394, VILA BANDEIRANTE -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIBEIRÃO/PERNAMBUCO/BRASIL

MANOEL AMARO DA COSTA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe
SEVERINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO Per AMARO ELEUTERIO GUILHERME DA COSTA
Data de Nascimento: 13/8/1963 Nacionalidade: RIBEIRÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
2586526/SS/PE (RG) 44/12871416 (CPF) Estado Civil CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU
INCOMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares:
986786233

Atenção: Este documento é de uso exclusivo da Delegacia de Polícia da 071ª Circunscrição - Ribeirão. Qualquer reprodução ou divulgação é proibida.
Município de Ribeirão, Rua 22, Nº 394, Vila Bandeirante -
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RIBEIRÃO/PERNAMBUCO/BRASIL

MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA (não presente no plantão) - Sexo:





Companhia Energética de Pernambuco
R. João de Deus, 11, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 51000-000
CNPJ 06.930.411/0001-06 | Insc. Est. 15.000.000-00 | www.celpe.com.br

04009-00-01-0000

Atividade de Transmissão de Energia Elétrica

NOME: SA 00000000000000000000

40 00 0000 00 000000000000000000

CPF: 000 000 000 000 000 000

RG: 000 000 000 000 000 000

CLASSIFICAÇÃO

SEMPRE PRECISAR
PREENCHER
OBRIGATORIAMENTE

SPRADA/PROVA	DATA	PREVISÃO
1.000.000,00	10/01/2018	10/01/2018

DATA CONTATO	DATA
10/01/2018	10/01/2018

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL

Nº DE	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSUMO	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000

TIPO DE	VALOR	TIPO DE	VALOR
1.000	1.000	1.000	1.000

TIPO DE	VALOR	TIPO DE	VALOR
1.000	1.000	1.000	1.000

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL

TIPO DE	VALOR	TIPO DE	VALOR
1.000	1.000	1.000	1.000

Este documento é uma cópia eletrônica da Nota Fiscal emitida pelo Sistema de Arrecadação de Tributos e Contribuições do Estado de Pernambuco (SISTAR-PE) e não possui validade jurídica. Para obter a validade jurídica, o contribuinte deve apresentar este documento ao Fisco em conjunto com o documento original da Nota Fiscal emitida pelo Fisco.



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL

TIPO DE	VALOR	TIPO DE	VALOR
1.000	1.000	1.000	1.000

Atividade de Transmissão de Energia Elétrica



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Marcia Rafaela Lima da Costa
RG nº 7.989.918, data de expedição 25/01/2016 Órgão SSS/PE
CPF nº 166.555.444-39, venho perante a este instrumento
declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome,
sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Artur Ferreira Lima</u>
Número	<u>396</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Bandeirante</u>
Cidade	<u>Pilão</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55520-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Marcia Rafaela Lima da Costa

Atestado de veracidade emitido pelo RENATO CERBARIANNEIRO DE SAVALA BNT1402071051153690000040310594



Atendimento: 354090

Data e Hora: 15/01/2017 08:05

Senha da Classificação:

0008

Paciente: 85368 MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 27/12/1997 Idade: 19 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMRARIQ
Nome da Mãe: MARINITA CICERA DE LIMA Nome do Pai: MANOEL AMARO DA COSTA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO CRM: 13783
Endereço: ARTHUR FERREIRA Bairro: CENTRO
Cidade/UF: RIBEIRAO
RG (Identidade): 7209548 Usuário Atendimento: NAYANEASS
CPF (Cadastro de Pessoa Física): SDSPE Data de Emissão: 23/04/2003
Cartão SUS: 709201293415231 Fone: 31830000
Data de Emissão CRN: onto

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente realizou sutura no antebraço há
quase 5 meses. Não realizou nenhuma cirurgia
no ambulatório. Realizo retirada dos fios de R.

Exame Físico

Limitação da extensão, flexão do punho e rotação
supinatória
EMV preservado

História Diagnóstica

Lesão consolidada de osso do antebraço (D)
Pseudotumor de ulna (D)

Conduta Terapêutica

Rx antebraço, punho (D)

Prescrição Médica

Tala antebraço-punho (D) (

Assinatura do médico responsável: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO CRM: 13783

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 15/01/2017 08:02

Nome Paciente:	MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA
Cód. Paciente:	85368
Data de Nascimento:	27/12/1997
Sexo:	Feminino
Idade:	19
Senha:	0008
Convênio:	2 - SUS/SIA AMB/URG
Atendimento:	354090
SAME:	85368

Período: 15/01/2017 08:07 - 15/01/2017 08:07

SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

PACIENTE COM ENCAMINHAMENTO PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE.
CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, NEGA ALERGIA, HAS, DM.

Fluxograma sintoma:

REVISÃO ORTOPEDIA

Discriminador(es):

- REVISÃO DE ORTOPEDIA

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento realizado por: SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Acolhido(a) por: SHEILA REGINA DE MELO SERRANO DE ANDRAD - COREN: 9473 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 15/01/2017 08:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Número do documento: 1902071051154560000040310603

Num. 40906900 - Pág. 2



HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

MARCELA RIBEIRO L. DA COSTA

foi atendido (a) neste

serviço no dia 27.9.16 CID: S52.4.



Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante.



Outros: _____

ABC 28 de 9 de 16

Atestado de afastamento de trabalho - IMIP - Hospital Dom Helder Câmara - Recife - PE - 50065-000





Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S219049** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento ao Sra. **Marcia Rafaela Lima da Costa**, CPF: **116.555.414 - 39** RG: **7.289.548 SDS PE**; no dia 27 de agosto de 2016, às 16:30min, na BR - 101 próximo ao Colégio Agrícola, Escada, vítima de capotamento.

A mesma foi atendida no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 08 de dezembro de 2016.

Atenciosamente,



Krishnamurti Cabral Junior
Coordenador Geral do SAMU
Mat. 41446

http://dx.doi.org/10.1016/j.jmb.2010.06.001

Endereço: BR -101 km 34 - Centro - Cabo de Santo Agostinho/PE - CEP: 54.510-000
Fone: 3521 - 5108 E EMAILS: samucabo192@yahoo.com





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Indicamento: 331910

Data Hora: 27/08/2016 16:44

Senha da Classificação:

0044

Paciente: 85368 MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA

Sexo: FEMININO

Data do Nascimento: 27/12/1987 Idade: 28 anos

Convênio: 2

SUS/SIA AMBURG

Nome da Mãe: MARINITA CIGARA DE LIMA

Nome do Pai: MANOEL AMARO DA COSTA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: MEDICO PLANTONISTA 1

CRM: 1

Endereço: ARTHUR FERREIRA

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: RIBEIRAO

PE

Usuário Atendimento: FELIPESM

CPF (Identidade): 7289548

SDSPE

Data de Emissão: 23/04/2003

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 31830000 3671 2362

Cartão SUS: 709201203415231

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Síntese Principal

Vítima de acidente automobilístico
Nessa vítima a desmamação
Refere dor lombar e antebraço D

Exame Físico

- A - Vias aéreas permeáveis com edema
- B - MVO em AHT
- C - Hemodinamicamente estável
- D - ECG 15 minutos
- E - Fratura exposta do antebraço D

Diagnóstico

Fratura do antebraço D

Tratamento

Rx
Ata do Círculo Geral

Prescrição Médica

SFO 9% 1000 ml IV
Prokinid 100mg 1000 ml IV - 183/04/16
Ceftriaxona 2g 2x 1000 ml IV

Assinatura do médico: RISTO LIMA

Carimbo Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 8348

Comunicação: C20

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Enc

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM AUTOMÓVEIS, CAMIONETAS, CAMINHONETES E UTILITÁRIOS

Veículo: V1 / CHEVROLET/COBALT 1.8 LTZ

Placa: OYW-3282

Nome do Agente/Assinatura: RICARDO GOMES SILVA

Nº BOAT: 83483643

Registro/Matrícula do Agente: 1540485

Data: 27/08/2016 16:00



Frente



Traseira



Lateral Esquerda



Lateral Direita

Atencão: Este documento é uma cópia digitalizada do original. Para garantir a autenticidade e a integridade do documento, consulte o site: <http://www.dprf.gov.br>

JUSTIFICATIVA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTIFICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 31/08/2016 11:14:23

NÚMERO DE CONTROLE: e50e23758a807284





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

MARCELA RIBEIRO L. DA COSTA
foi atendido (a) neste

serviço no dia: 27.9.16 CID: S52.4.



Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).



Estando apto para voltar ao trabalho.



Como acompanhante



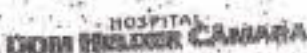
Outros: _____

CABC de 28 de 9 de 16

Atestado emitido pelo sistema de gestão de saúde do Hospital Dom Helder Câmara em 27/09/2016 às 14:00:00. Número do documento: 19020710511554400000040310610.

Médico





GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO: Nome: JOÃO DA SILVA Registro: 3252
 Data: 10/04/16 Local: Unidade Básica de Saúde
 Endereço: Rua 100, nº 100, Centro
SOLICITANTE: Nome: JOÃO DA SILVA Idade: 45 Sexo: M
EXAME FÍSICO: Temperatura: 36,5 Pulso: 72 Pressão: 120/80
DIAGNÓSTICO: Doença de Crohn
TRATAMENTO: Medicamentos: 5-ASA, Corticóides
EVOLUÇÃO: Doença de Crohn
EXAME FÍSICO: Doença de Crohn
TRATAMENTO: 5-ASA, Corticóides
EVOLUÇÃO: Doença de Crohn



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE
BLOCO CIRÚRGICO**



Paciente: <u>Renata Almeida</u>		Registro: <u>85.368</u>	Leito: _____
Tipo cirúrgico: <u>Cesárea</u>		Data: <u>24/08/16</u>	Hora: _____
AGENCIAMENTO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM		HORÁRIOS
Ansiedade (X)	☒ Encorajar verbalização dos sentimentos e medos		
	☐ Propender a apoio emocional		
	☐ Dar informação ao paciente e familiares		
	☐ Outros		
	☐ Manter decúbito elevado		
	☐ Aspirar vias aéreas superiores de ____/____h		
Circulação prejudicada ()	☐ Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz		
	☐ Manter o paciente em posição de Fowler		
	☐ Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR		
	☐ Instalar () manter () Anotar oximetria de pulso		
	☐ Outros		
	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ____/____h		
Estado de eliminação urinária () Aumentado	☐ Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen).		
	☐ Colocar o paciente em posição de Fowler		
	☐ Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição		
	☐ Registrar se: () Dor ao urinar () Abaulamento em região suprapúbica () Ausência de diurese espontânea		
	☐ Outros		
	☒ Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico		
4. Dor (X) Moderada () Severa	☐ Avaliar a localização e a intensidade da dor		
	☒ Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação		
	☐ Identificar fatores desencadeantes de dor		
	☐ Registrar características e intensidade da dor		
	☐ Outros		
	☒ Descrever características da lesão		
Integridade tissular prejudicada (X)	☒ Realizar curativo de ____/____h		
	☐ Realizar mudança de decúbito de ____/____h		
	☐ Medir débito de dreno de ____/____h		
	☐ Manter curativo oclusivo por ____h		
	☐ Outros		
	☐ Aferir pressão arterial de ____/____h		
Edemato (X) Moderado () Severo	☐ Manter decúbito: _____		
	☐ Realizar curativo compressivo		
	☐ Outros		
	☐ Pincer dreno ao transportar paciente		
Mobilidade no leito prejudicada ()	☐ Avaliar mobilização no leito (tradicional)		
	☐ Manter repouso no leito em posição: _____		

Atenção: Este documento é de uso exclusivo do IMIP. Proibida a reprodução sem autorização prévia. IMIP - Instituto de Medicina Integral do Paraná. CNPJ 00.000.000/0001-00. IMIP - Instituto de Medicina Integral do Paraná. CNPJ 00.000.000/0001-00.



DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIOS
	☐ Registrar frequência, volume e aspecto da diurese a cada ____/____h ☐ Avaliar e registrar umidade de mucosas ☐ Registrar a existência de distúrbios de eliminação urinária ☐ Registrar turgor e elasticidade da pele ☐ Outros	
S. Êmese () Náusea ()	☐ Registrar aspecto e quantidade de episódios ☐ Manter decúbito lateral ou semi-fowler com a cabeça lateralizada ☐ Verificar posicionamento da SNG/SNE ☐ Outros	
0. Temperatura Corporal ☐ Diminuída ☐ Elevada	☐ Aferir temperatura de ____/____, / Comunicar se estiver abaixo de 35°C ou acima de 37°C ☐ Em caso de hipotermia aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica ☐ Em caso de hipertermia reduzir cobertor e avaliar a temperatura do ambiente ☐ Outros	
1. Choque hipovolêmico ()	☐ Aferir sinais vitais a cada ____/____h, ☐ Avaliar coloração e umidade da pele ☐ Avaliar e comunicar sinais de sangramento em F.O Verificar sinais como: () Taquicardia; () Palidez cutânea; () Pulso Irregular; () Pele fria; () Perda de consciência ☐ Outros	
1.2. Risco para Infecção (x)	☒ Identificar procedimentos invasivos logo após sua realização ☐ Registrar e anotar sinais flogísticos Local: _____ ☐ Examinar F.O e registrar alterações () dor; () Calor; () rubor; () edema. ☐ Outros	
	☐ Outros	

N - Sonda Nasogástrica PA - Pressão Arterial FC: Frequência Cardíaca
 NE - Sonda Naso-enteral HGT - Hemoglicoteste AVP - Acesso Venoso Periférico

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro(a) - N - _____
 Assinatura e Carimbo do Técnico de Enfermagem - D - _____
 Assinatura e Carimbo do Técnico de Enfermagem - _____



MEDICAMENTOS DE SALA CIRÚRGICA

DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO MEDICAMENTO USADO EM SALA	QUANTIDADE
ÁGUA BISTILADA C/10ML	2	METROBENZOL 500MG/5ML	
ÁGUA BISTILADA C/500ML		MIDAZOLAM 50MG/3ML	
ALFENTANIL 0,5MG/5ML		MILFONON 100MG/20ML (PRIMACOR)	
ATILACURIM 25MG/2,5ML		MORFINA 0,25MG/1ML	
ATROPINA 0,2% MG/1ML		MORFINA 10MG/1ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/100ML		BUKFINA 100MG/2ML	
BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% C/250ML		HALOXONA 0,4MG/1ML	
BUPIVACAÍNA ADRENALINA 0,5% C/20ML		NEOMICINA + DACTRACINA POMADA	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA 0,5% C/4ML		NEOSTOMINA 0,5MG/1ML	
BUPIVACAÍNA FESADA 0,5% C/4ML		NIFEDIP 20MG/2ML	
BUPIVACAÍNA ADRENALINA 0,5% C/20ML		NORADRENALINA 4MG/4ML	
CEFALOTINA 1G IV/IM		OMEPRAZOL 40MG IV	
CEFAZOLINA 1G IV		ONDABETRONA 889G/4ML	
CEFTIAZOLIMA 1G IV		PANCURONIO 25MG/5ML	
CETOPROFENO 100MG IV		PAPAVERINA 50MG/2ML	
PROPILOXACINA 200MG/100ML		PETIDINA 50MG/2ML	
CLONIDINA 150MG/1ML		PROPOFOL 100MG/20ML	
CLONIDINA 150MG/1ML		PROTAMINA 1% C/5ML	
CLORETO DE POTÁSSIO 10% C/10ML		RENIFENTANIL 2MG (ULTIVA)	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/1000ML		RINGER CH ACTATO 500ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/100ML		RONCURONIO 50MG/5ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/250ML		SEVOFLURANO 100ML	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% C/500ML		SOLUÇÃO CARDIOPLÉGICA C/10ML	
DEKAMETAZONA 400G/2,5ML		SULFATO DE MAGNÉSIO 50% C/10ML	
DEXTROCEAMINA 10ML (CETAMINA 3+)		SULFENTANIL CITRATO 50MG/2ML	
DIAZEPAM 100MG/2ML		SUXAMETONIO 100MG	
DIPENDRAMINA 50MG/1ML		TRAMADOL 50MG/1ML	
DIPIRONA 500MG/2ML		TRIGLICÉRIDOS CÁLIDA (TCM) 200ML	
DOBUTAMINA 250MG/20ML		VITAMINA C 500MG/5ML	
DOPAMINA 50MG/10ML		VOLUVEN 5% C/500ML	
ETINEFRINA 1MG/1ML			
ETILEFRINA 10MG/1ML			
ETOMIDATO 2MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/10ML			
FENTANIL 0,0785MG/2ML			
FLUMAZENIL 0,1MG/5ML			
FUROSEMIDA 10MG/2ML			
GENTAMICINA 80MG/2ML			
GLICOSE 10% C/500ML			
GLICOSE 5% C/500ML			
GLICOSE 50% C/10ML			
GLUCONATO DE CÁLCIO 10% C/10ML			
HEPARINA SÓDICA 5.000UI/ML C/5ML			
HIDROCORTISONA 500MG			
INSULINA 40 C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA C/20ML			
LIDOCAÍNA 2% GEL			
MANITOL 20% C/250ML			
METARAMINOL 10MG/1ML (ARAMIN)			
METIL PREDNISOLONA 500MG			
MEFLOCLORAMIDA 10MG/2ML			
METOPROLOL 50MG/5ML (SELOKEN)			



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	LUIZ CARLOS LIMA DA SILVA			DATA:	15/05/2017
CRURGIÃO:	Dr. Carlos Lima da Silva			RG:	15344
ANESTESISTA:	Dr. Carlos Lima da Silva			AUXILIAR:	
OBSTETRA:	Dr. Carlos Lima da Silva			ANESTESIA:	
ESTRUTURISTAS:	Dr. Carlos Lima da Silva			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	
COLUPLANTE:	Dr. Carlos Lima da Silva			HORÁRIO INICIAL:	07:00
SUPERVISOR:	Dr. Carlos Lima da Silva			COREN:	15344
				HORÁRIO FINAL:	12:00

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

AGULHAS			
12X0,8	25X7	25X8	40X12
CARDIOFLEBICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GEISSADA 19CM	GEISSADA 19CM	GEISSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
TRAQUEOST 8,0			
CATETER			
NAGAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 18	SUBCLAVIA 18
PERIDURAL 17	JELCO 14	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
CLIPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURION	TELA MARLEX
BOMBAS			
BOMBA	BOMBA FOTO	PISANGUE	PISORO MACRO
EXTENSORES			
30CM	40CM	50CM	120CM
LÂMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 14	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
DIVERSOS			
AVENTAL CIRUR.	BS.COLORTOMIA	COMPRESSAS	GAPA PMDCO
COLT. ABSORV.	COLT. PRISMAT.	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIFI	GATES	GR. PIAN
ROT. CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANPOFIX	TRANSPRFRRA

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6
BLAKER 18FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 25
TORAX 25	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 16	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,6	ENDOTRAQ. 3,2
ENDOTRAQ. 3,6	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,6	ENDOTRAQ. 5,2
ENDOTRAQ. 5,6	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,6	ENDOTRAQ. 7,2
ENDOTRAQ. 7,6	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,6	ENDOTRAQ. 9,2
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOES CIRURGICOS			
ALGODÃO 6	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIAC.
CROMADO 6	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 3-0	NYLON 5-0	NYLON 6-0
NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0	NYLON 10-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 3-0	POLIESTER 4-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 6	PROLENE 7
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 6	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	OCRA FIOSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
PSDA 3-0	PSDA 4-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGICEL 6X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6



HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Assumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

data e hora retirada da senha: 27/08/2016 16:42

Nome Paciente: MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA
Cód. Paciente: 85368
Data de Nascimento: 27/12/1997
Sexo: Feminino
Idade: 18
Senha: 0044
Convênio: 2 - SUS/SIA AMBAURG
Atendimento: 331910
SAME:

Período: 27/08/2016 17:13 - 27/08/2016 17:14

LANA DE SOUZA FLORENCIO - COREN: 377337 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA - VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO, INCONSCIENTE ENTRADA DIRETA PELA ÁREA VERMELHA

Programa sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Fornecedor(es): - PACIENTES REFERENCIADOS DE OUTRO SERVIÇOS OU CENTRAL DE LEITOS (HD MEDICA)

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Atividade de trabalho: GERENCIAMENTO DE CASOS DE ENFERMAGEM - DATA DE EMISSÃO: 27/08/2016 17:14

Acolhido(s) por: ILANA DE SOUZA FLORENCIO - COREN: 377337 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 27/08/2016 17:14

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

ESTAO
MIR
HOSPITALAR

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Marcelo Ruy da Costa Registro: 85308

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Síntese
22/08/16	Reabre-se a via aérea, fadiga mental. Paciente com queixa de tontura, náusea e vômito. ECG com alterações pelo PSF. Os exames de laboratório mostram alterações de hemograma e de função renal. HCM - Hospital Dom Helder Câmara Tocantins - Brasil Av. Brasil, 1000 Cidade: Palmas - TO
23/08/16	# PRIMA # PACIENTE NO 1º DIA DE TRAT. COM ATB @, CI, BUCAL POR ALOJAMENTO, SEM DEFICIT RESPIRATÓRIO COM ALTA EVOLUTIVA ATB / ATIV AO 11º DIA DE TRAT. # SRPA #
24/08/16	Paciente em 15º dia de Trat. Antebaco D. ECG conforme, orientado e eufórico, ATVC e alta hospitalar. segue.



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 27730

Paciente: 85368

Convênio Atend.: 1

Leito: 640

DI. Início: 27/08/2016 21:05

Sala: 0002 SALA 02

MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA

SUS - INTERNACAO

DL-5 D

DL Fim: 27/08/2016 21:26

Abandimento: 331923

Carteira:

Idade: 18 Anos

10 Pré-Operatório:

15 Pós-Operatório:

Procedimentos

Procedimento: 0408020423

Convênio: 001

Anestesia: 39

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAPISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (SINTESE) (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLUQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO

18129 AUGUSTO LUIZ LIMA LUGO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTI-SEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. DESBRIDAMENTO DE FERIDA
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9 %
6. INCISÃO SOBRE O FOCO DE FRATURA DA ULNA, ACESSO DIRETO
7. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM FIO INTRAMEDULAR EM ULNA
8. ACESSO DORSAL DE THOMPSON, DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ ACESSO AO FOCO DE FRATURA DO RÁDIO
9. REDUÇÃO DA FRATURA FIXAÇÃO COM FIO INTRAMEDULAR EM RÁDIO
10. NOVA LIMPEZA DE FO
11. SUTURA
12. CURATIVO
13. TALA ÁXILO-PALMAR
14. RX DE CONTROLE

Assinatura do Cirurgião
Assinatura do Anestesiologista
Assinatura do Enfermeiro
Assinatura do BAMB
Assinatura do BAMB

31 AGO 2016

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM: 16548

Assinatura do Cirurgião: MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO CRM: 16548

HOSPITAL METROPOLITANO SUI - DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL
DOM HELDER



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 05

Nome: Roberta Campos Data: 23/08/16 Hora: 21:05 Registro: 85348
Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Amputação da mão esquerda - de antebraço direito
Tipo de anestesia: Escala de Sedação
Equipe: Sara Anestesiologista: Dr. Roberto

3. Admissão

Estado geral: () Bom (X) Regular () Torporoso () Grave
Respiração: (X) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (X) Sim Onde: MSE
Acesso Venoso Central: (X) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (X) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 135x60 mmHg FR: _____ p/min FC: 84 p/min SaPO2: 100%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSV/	15'	30'	60'	1:50 h	2:00h	3:00h
Horário	<u>22:00</u>	<u>22:30</u>	<u>23:30</u>	<u>00:00</u>	<u>01:00</u>	
PA	<u>125x50</u>	<u>120x50</u>	<u>118x50</u>	<u>112x55</u>		
FR						
FC	<u>84</u>	<u>82</u>	<u>78</u>	<u>80</u>		
SaPO2	<u>98%</u>	<u>98%</u>	<u>99%</u>	<u>99%</u>		
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Atenção: este formulário é propriedade da IMIP e deve ser devolvido ao setor de controle de qualidade após o preenchimento.

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Alta da SRPA pelo médico: _____



Sala 2



Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara
IMP Hospitalar
CNPJ: 08.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes
IMP HOSPITALAR
CNPJ: 09.039.744/0001-94

CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 85368

Nome: MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA

Mãe: MARINETA CICERA DE LIMA

End.: ARTHUR FERREIRA

Enferm.: BL-5 D

Atendimento: 331923

Leito: 849

De Cad: 27/04/2016

Dt. Nas: 27/12/1997

Bairro: GENYRO

Cidade: RIBEIRÃO

CNS: 709201203415231

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado
 - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
- ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☒ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☐ Não
- ☒ Sim e há equipamento disponível

ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
 - Identificação do paciente
 - Local da cirurgia a ser feita
 - Procedimento a ser realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *OK, não*

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☒ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☒ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim *Re*
- ☐ Não se aplica

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *TC em rat. com contraste*
- ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)

- ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente

- ☐ Houve algum problema com equipamentos que devam ser resolvido

- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

Raissa Faício
Enfermeira
RIB-PE 334-328

Atenção: este formulário deve ser preenchido e assinado pelo cirurgião, anestesista e enfermeiro antes da indução anestésica. Nº 020710511592500000040310635



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: ANDRÉIA RIBEIRA ALVES DA SILVA Registro: 85.303

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	Sucesso Final
27/08/16	Desfibrilação bem-sucedida, paciente acordado, porém com alguns reflexos (Tônus bilaterais, reflexo de Babinski). ECG com alterações por PSE de 1º grau. Retorno imediato à UTI e início da DVT.
HCH - Hospital Dom Helder Câmara Tecnologia em Saúde Assistência Social CRESS/PE 0569	
28/08/16	# OTOFORIA # Paciente no 1º PR FHT. EAP. ATB @, CI POUCA POR NO MOMENTO, SEM DEFICIT MOTOR LA EULAR CD. ATUA KUSTETMAR ATB / ATUE AO ATB OTOFORIA
28/08/16	# SLEPA # Paciente em 1º PR FHT. Antebraço @ EOR concomitante, orientado, supneica, NVO el bra acitacao, SSV estaseis. segue em sala hospitalar.

http://www.hch.org.br/... 1902071051160080000040310649

Informações
página 21



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 27730 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 85368 MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA Atendimento : 331923
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 049 BL-5 D Idade : 18 Anos
Dt. Início : 27/08/2016 21:05 Dt. Fim : 27/08/2016 21:26
Cid Pré-Operatório :
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408020423 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO
SINTESE) (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIÃO 16548 MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
ANESTESISTA 18129 AUGUSTO LUIZ LIMA LUGO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. ASSEPSIA + ANTI-SFPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. DESBRIDAMENTO DE FERIDA
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9 %
6. INCISÃO SOBRE O FOCO DE FRATURA DA ULNA, ACESSO DIRETO
7. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM FIO INTRAMEDULAR EM ULNA
8. ACESSO DORSAL DE THOMPSON, DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ ACESSO AO FOCO DE FRATURA DO RÁDIO
9. REDUÇÃO DA FRATURA FIXAÇÃO COM FIO INTRAMEDULAR EM RÁDIO
10. NOVA LIMPEZA DE FOCO
11. SUTURA
12. CURATIVO
13. TALA ÁXILIO-PALMAR
14. RX DE CONTROLE

Assinatura do Cirurgião
Ana Paula Souza
Paturamento / SAME
Em: 31 Ago 2016

Achados Cirúrgicos:

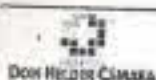
Descrição Complementar

DR(A) : MARCELO HENRIQUE DE MELO LUNA MACHADO
CRM : 16548

http://www.hospitalmetropolitano.com.br/portal/gerar_documento.php?documento=1902071051160080000040310649

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 331910

Data e Hora: 27/08/2016 16:44

Senha da Classificação:

0044

Paciente: 85368 MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA Sexo: FEMININO
Data do Nascimento: 27/12/1997 Idade: 18 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMBULIA
Nome da Mãe: MARINITA CICERA DE LIMA Nome do Pai: MANOEL AMARO DA COSTA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: MEDICO PLANTONISTA 1 CRM: 1
Endereço: ARTHUR FERREIRA - PE Bairro: CENTRO
Cidade/UF: RIBEIRAO
RG (Identidade): 7289548 SDSPE Usuário Atendimento: FELIPESM
CPF (Cadastro de Pessoas Físicas): Data de Emissão: 23/04/2003
Cartão SUS: 709201293415231 Fone: 31830000 3671 2362
Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Vítima de acidente automobilístico
Nega vômito e alteração
Refere dor lombar e antebraço D

Exame Físico

- A - Vias aéreas livres com ralar
- B - MVD em AHI
- C - Hemodinamicamente estável
- D - ECG 15 minutos
- E - Fratura exposta de antebraço D

Diagnóstico

Fratura de antebraço D

Conduta Terapêutica

Rx
Ata de Cirurgia Geral

Prescrição Médica

SfO 9% 1000ml IV 2x
Propofol 100mg 100ml IV 18/04/16
2g + 100ml IV 18/04/16

Atenção: Este documento é de uso exclusivo do Hospital Metropolitano Dom Helder Camara. Qualquer reprodução ou uso não autorizado é proibido. CNES 002073051900500000040310649

Carimbo/Médico

CRM 16635

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: _____
LEITO DO PACIENTE: _____



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE
Atendimento do Paciente: 331923

Data e Hora do Atendimento: 27/08/2016 17:00

Usuário do Atendimento: MARTIHFNEKO

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA

Prontuário: 85368

Nome da Mãe: MARINITA CICERA DE LIMA

Nome do Pai: MANOEL AMARO DA COSTA

Data do Nascimento: 27/12/1997

Idade: 18 anos **Sexo:** FEMININO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 7299548

SDSPE Data Emissão: 23/04/2003

CPF:
Certidão de Nascimento:
Data Emissão:
Naturalidade:
Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A COMPLETO

Carteira Nacional SUS: 709201293415231

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: ARTHUR FERREIRA

CENTRO
Cidade: RIBEIRAO

PE
CEP: 55520000

Fone: 31830000

DADOS DO ATENDIMENTO
Origem: SAMU

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: BLOCO CIRURGICO - RPA

Leito: BL-5 D

Hospital Dom Helder Câmara
Ana Paula Souza
Faturamento / SAME
Em:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 27/08/2016
Assinatura e R.G. do Responsável:
SUMÁRIO DE ALTA
Condições de Alta:
Diagnóstico:
Procedimento:
Alta em:
Hora:
Médico e C.R.M.:
Responsável pela retirada do paciente - Nome:
Assinatura e R.G.:




HOSPITAL
DOM HELDER



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA: 05

Nome: Marcos Barreira Data: 22/02/16 Hora: 11:45 Registro: 95348

Leito de origem: _____

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Exatomação da fístula, separação do antebraço direito

Tipo de anestesia: 3. Bloqueio Pépico

Equipe: Sau Anestesista: P. Rodrigues

3. Admissão

Estado geral: () Bom (x) Regular () Torporoso () Grave
Respiração: (x) Espontânea () Assistida não invasiva () Entubado () Traqueostomizado
Sonda: () SVD () SNG () SNE
Acesso Venoso Periférico: () Não (x) Sim Onde: MS
Acesso Venoso Central: (x) Não () Sim Onde: _____
Drenos: (x) não () sim Onde: _____
Sinais vitais: PA: 130x60 mmHg FR: _____ p/min FC: 94 p/min SaPO2: 100%
Glasgow: _____

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00h	3:00h
PA	122/60	124/61	119/62	112/65		
FR						
FC	90	91	75	70		
SaPO2	98%	97%	99%	98%		
Glasgow						

5. Intercorrências/observações:

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: _____ FC: _____ FR: _____ SaPO2: _____ Glasgow: _____

Destino: () Enfermaria () UTI () Emergência () Ambulatório () Residência

Data: _____ Horário: _____ Responsável pelo encaminhamento: _____

Atenção: Este formulário é de uso exclusivo do IMIP Hospitalar. Não deve ser utilizado para fins de controle de qualidade ou para fins de auditoria.

Alta da SRPA pelo médico: _____



Sala 2

 Dom Helder Câmara	HOSPITAL DOM HELDER CAMARA Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara IMIP Hospitalar CNPJ: 09.039.744/0008-60	Fundação Professor Martiniano Fernandes IMIP HOSPITALAR CNPJ: 09.039.744/0001-94
CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA		
FUND. MARTINIANO FERNANDES Registro: 85388 Nome: MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA Mãe: MARINITA CICERA DE LIMA End.: ARTHUR FERREIRA Enferm.: BL-5 D	Atendimento: 331923 Leito: 649	DL Cad: 27/8/2016 Dt. Nasc: 2/12/1997 Bairro: CENTRO Cidade: RIBEIRÃO CNS: 709201293415231
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA		
☒ Confirmação entre o paciente • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado • Consentimento informado realizado Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração? ☒ Não ☐ Sim e há equipamento disponível ☒ Sítio cirúrgico de lado correto / ou não se aplica ☒ Checagem do equipamento anestésico ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando ☒ O paciente tem alguma alergia? ☒ Não ☐ Sim Há risco de perda sanguínea > 500ml (7ml/kg em crianças)? ☐ Não ☒ Sim e há equipamento disponível		
ANTES DE INICIAR A CIRURGIA		
☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissão ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam • Identificação do paciente • Local da cirurgia a ser feita • Procedimento a ser realizado O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos? ☐ Sim ☒ Não se aplica ☒ Antecipação de eventos críticos: Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? <i>Os há</i> ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente? ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico? Exames de imagem estão disponíveis? ☒ Sim <i>Re</i> ☐ Não se aplica		
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA		
A enfermeira confirma verbalmente com a equipe: ☒ Nome do procedimento realizado <i>TC</i> ☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica) ☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente ☐ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente <i>em Rat. em anel mágico</i> Raissa Faicão Enfermeira RIBEN-PE 364-328		

Atenção: este formulário é propriedade da Fundação Professor Martiniano Fernandes e deve ser devolvido após o uso.



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

[illegible]

Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

Nome: MARCELA ESTERNA LIMA DA COSTA Registro nº 85368
Idade: 27 Sexo: F Data da Admissão: 27/01/16 Data da Alta: 28/01/16

Diagnósticos Definidos:

FRAT. EXATISTA ANTIBIOTICO

Conduta / Procedimentos Realizados:

EC + BASTÃO C/ FLESK
+ TALA

Prescrição para o Domicílio:

CETILINA + AZUL

Informações Complementares:

Programação após Alta: Ambulatório de Egresso: SIM ☒

Data da Consulta: 15/02/16

NÃO ☐

Assinatura do Médico Responsável: [Assinatura]

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE
Fundação Professor Marilene Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95 - CEP: 54.610-000
Cabo de Santo Agostinho - PE





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)
MARCELA ROCHA L. DA COSTA
foi atendido (a) neste
serviço no dia 27.9.16 CID: S52.4.

- ☒ Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).
- ☐ Estando apto para voltar ao trabalho.
- ☐ Como acompanhante.
- ☐ Outros: _____

CABO 28 de 9 de 16

Méico

<http://pje-ajp-jscm-h3k1-p1h-23NA7C-GERAB-HMHEMSTDS/DAVIAUBNT14020730519815500600040310657>



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA			
REGISTRO: 85368	IDADE: 19	DATA ADMISSÃO: 15/01/2017	DATA ALTA: 15/01/2017

1) Diagnóstico/Conduta/ Procedimentos Realizados:

PSEUDARTROSE DE OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO . OPEROU HÁ 5 MESES MAS NÃO REALIZOU NENHUM ATENDIMENTO AMBULATORIAL. RETIRADO FIOS DE K INTRAMEDULARES

ALTA AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 2 SEMANAS

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SFS /PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.

Carimbo do IMIP Hospitalar
Ortopedia e Traumatologia
Nº 23424

http://app-ajv-jscdm4341-gis-prod-natco-gerar-hm-memorias-da-uma-brn-f1402873/0519839-5006600-40310659



FICHA DE CONFIRMAÇÃO DO AGENDAMENTO

Setor: AMBULATORIO DE EGRESSO

Usuario do Agendamento: MARCELANIABF

Paciente: 85368 MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico do Agendamento: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO

Convênio: SIA/SUS - AMBULURGEN EMERG

Tipo de Agendamento:

Data da Agenda: 03/03/2017

08:00h

PREZADO CLIENTE, AS SENHAS SERÃO ENTREGUES POR ORDEM DE CHEGADA

TURNO MANHA: APARTIR DAS 08:00H ATÉ AS 11:00H

TURNO MANHA: APARTIR DAS 11:00H ATÉ AS 14:00H

TURNO TARDE: APARTIR DAS 14:00H ATÉ AS 17:00H

APÓS O HORÁRIO NÃO SERÁ POSSÍVEL O ATENDIMENTO CONFORME DETERMINADO

PARA ATENDIMENTO É OBRIGATORIO APRESENTAÇÃO DESTA DOCUMENTO E RG OU CPF

<http://app-eleicoes.mh3i.gov.br/NAO-CERCA-MEMBRAS/DA/NAO-NT/1902071051162950000040310659>





Data do Atendimento:

☐	Psicologia
☐	Nutrição
☐	Fonoaudiologia
☐	Serviço Social
☐	Ata Ambulatorial
☒	Retorno

Obs.:

Dr. Márcio Mendes de Oliveira
Orcueto - Universidade
CNPq 303600

300 us

<https://doi.org/10.1101/2020.04.14.239183>



Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento

85368

Nome: Marcos Antonio Lima da Costa Registro nº _____
Idade: 19 Sexo: M Data da Admissão: 14/03/12 Data da Alta: 16/03/12

Diagnósticos Definidos: Fratura do fêmur - Ula

Conduta / Procedimentos Realizados: Sintetização / Osteossíntese

Prescrição para o Domicílio: Cefalexina 500mg / 2x/dia VO 6/6h
Dexametasona 1mg 12/12h

Informações Complementares: Relatório de Ambulatório com
2 dias de acompanhamento

Programação após Alta: Ambulatório de Egresso: SIM ☐ NÃO ☐ Data da Consulta: / /

Dr. Antônio Luis Silva
Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SED/PE
Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP Hospitalar
Hospital Metropolitano Sul - Dom Helder Câmara
Rodovia BR 101 km 14 - RUA 05, CEP: 51.040-000
Cidade de Santo Agostinho - PE

Arquivo de dados: 19020710511629500000040310659



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 06/02/17

Nº PRONTUÁRIO: 85368

NOME DO PACIENTE: Marcia Raphaela Lima do
Costa

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: função dos
ossos do antebraço (A)

CID: S52.2 / S52.4

OBS.: função normal canal do
do tipo elyzer (pseudotumor)

Nº DIAS: 60 dias de afastamento do trabalho

Dr. Manoel Mendes de Oliveira
Assinatura do Médico
Carimbo

http://ppl-ele-jocam483i-gis/r2NAU7C-GEBAE-HMMEHSTOE/DAVNUBNT1402873051983-5006800-40310872



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento:

20, 06, 17

Nº PRONTUÁRIO:

85368

NOME DO PACIENTE:

Marcia Rafaela Lima

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

OBS:

Paciente vítima de acidente
automobilístico resultando em fratura
dos ossos do antebraço D. Foi imobilizado
tratamento com placa e parafusos. No momento
se encontra de alta ambulatorial

Nº DIAS:

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo



LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 31/03/14

Nº PRONTUÁRIO: 85367

NOME DO PACIENTE: Mun. Rafael L. L.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID: G52
Evalu. com Pericardite

OBS:

Nº DIAS: 90 Horas des
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Assinatura do Médico
Carimbo
Dr. Henrique Rodrigues
CRM 13426
Osteopata / Terapeuta

http://pse-01w.gov.br/4434/gst/0204702:GERAR LAUDOS/04/04/2014/020710511639300000040310672





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO

MACCDA ROSTRA. LIMA.

UJO ANT.

③ CERAMIC 100g — 1/2p
TANK 1p @ 6/65
FOR 5 VIALS

② ~~ADULTS 100 g~~ ~~Box~~
 for 1 p @ 12 125
 PR 5 CTS.

28/8/16

Procedimento de Avaliação



RECEIÚARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: FRANCISCO FERREIRA JUNIOR
CRM. UF: PE Nº 23424
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho - PE
Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: **MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA**
Endereço:

15/01/2017

Prescrição:

1) Dipirona 01g - 01 caixa

Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

2) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) - 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte.

3) maxsulide 400mg - 1 caixa

Tomar um comprimido via oral de 12/12h

Francisco Ferreira Junior
CRM. PE 23424

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.:
End.:
Cidade: UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /

http://pde.sistema-his.gov.br/RECEIUA-GERAR-RECEIUA-DA-VIA-ORNF1402073051983500000040310672





Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: FRANCISCO FERREIRA JUNIOR
CRM. UF: PE Nº 23424
Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,
Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000
Cabo de Santo Agostinho – PE
Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

15/01/2017

Paciente: **MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA**
Endereço:

Prescrição:

1) Dipirona 01g – 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

2) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa
Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte
3) maxsulide 400mg – 1 caixa
Tomar um comprimido via oral de 12/12h

Tratado por
Oncologia
23424

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:
Ident.:
Org. Emissor:
End.:
Cidade:UF:
Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA:

Atenção: Este documento é de uso exclusivo do Hospital IMIP. Não pode ser utilizado para fins comerciais. Qualquer uso indevido será considerado crime.





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA
SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS



NOME: Marcia Rayane L. Costa IDADE: _____

REGISTRO: 25368 SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: ____/____/____

☐ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____

☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE

EXAME: Rota - x Anticópsis - O AD e per il

MOTIVO: controle

REQUISITANTE/CARIMBO: _____

LAUDO:

DATA: ____/____/____

Dr. Antonio Luis Silva
Ginecologista - Obstetriz
CRM-PE 24536

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

<http://app-gestao-imip.gestao-imip.com.br/gerar-imagem-para-imprimir/1902071051163930000040310672>



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)

Marcelo Rangel da Costa foi atendido (a) neste

serviço no dia: 14/03/12 CID: S52.3

☒ Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades
(no trabalho ou escola).

☐ Estando apto para voltar ao trabalho.

☐ Como acompanhante.

☐ Outros: _____

Cada 15 de 03 de 20 12

Dr. Antonio Lúcio Silva
Médico
CRM 24530

http://www.gestaoimip.gov.br/GERACAO/ATESTADO/DA/UNID/INT/002072/0515209300050040310672





HOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

SOLICITAÇÃO DE EXAME DE DIAGNÓSTICO
POR IMAGEM E MÉTODOS GRÁFICOS

NOME: Marcos Roberto IDADE: _____

REGISTRO: 83368 SETOR SOLICITANTE: _____ DATA: 12/11/18

☒ AMBULATÓRIO ☐ HOSPITAL ENF: _____ LEITO: _____

☐ EMERGÊNCIA ☐ URGÊNCIA ☐ ROTINA ☐ CONTROLE

EXAME: Rx apêndice sigmoide AP ID

MOTIVO: doença do apêndice sigmoide

Dr. Henrique Mendes da Oliveira
Ortopedia e Traumatologia

REQUISITANTE/CARIMBO: _____

LAUDO: _____

DATA: ____/____/____

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

<http://app-gestao-imip.gestao-hospitalar.com.br/validar?ID=4020710511639300000040310672>





Marella Raffaella L. Costa

use over

R

1) Deer / 1000g — 312
Tolson vs 1 cow 12/12h/500

16105/12

Dr. Antonio Luis Silva
Ortopedia - Traumatologia
CRMPE 24536

<https://doi.org/10.1101/2020.05.19.20068004>





Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Imobilização

Paciente: MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA
Registro: 85368 Data da Alta: 15/01/2017

Solicito Imobilização:

<http://app-gestao-imip.gestao-imip.org.br/GERAR-IMOBILIZACAO/AVANCO/NT19020710511652300000040310678>



ATENÇÃO

- TRAGA SEMPRE ESTE CARTÃO QUANDO VIER AO SERVIÇO
- NÃO TOME REMÉDIO SEM ORIENTAÇÃO MÉDICA.
- OBEDEÇA HORÁRIOS DE CHEGADA.
- AGUARDE SUA VEZ

Segunda - Feia 8h
Quarta - Feia 8h.

709.201.293.415.231.
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIBEIRÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
RIBEIRÃO - PE

FISIOTERAPIA

NOME *Marcia Rafaela Lima da*
COD. *030 20 50027*
T.A.
G.A. *cid m 966*
DN *27/12/1992*

DIAGNÓSTICO

Fratura nos ossos do
antebraço(D)

TRATAMENTO

fisioterapia

ENDEREÇO

Rua 23 nº 391, Vila
Bandeirante

<http://www.governo.br/gov/secretaria-de-saude/secretaria-municipal-de-saude/002073051982500000040310678>



Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12202246

A/C: MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA

Nº Sinistro: 3170655477
Vítima: MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA
Data do Acidente: 27/08/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCIA RAFAELA LIMA DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004753

Conta: 0000018109-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a Indenizar: $17,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

<http://ajp.eletronica4341.gst/RENAULT-GERAR-MEMORIAL-DA-VALUACAO-1902071051166260000040310684>

