

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 12:25:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032812254093900000042440880>
 Número do documento: 19032812254093900000042440880

Num. 43078849 - Pág. 1

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Alberen Lourenço Barbosa, brasileiro, casado, militar, RG: 39305 PM/PE e CPF: 473.607.634-87, residente na Av. Bernardo Vieira de Melo, 103, Jardim Liberdade, Corumã / PE. CEP: 55039-491.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 11.03.19

Alberen Lourenço Barbosa
Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuizos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 11 de MARÇO de 2019.
Alessandro Barbosa





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - 90º
CIRCUNSCRICAO CARUARU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E2106000688

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/10/2018 às 07:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/8/2018 às 17:30

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, RUAQ ARQUIMEDES DE OLIVEIRA, PERTO DA ESCOLA GEANETE SILVA - Bairro: PETROPOLIS - Local do Fato: VIA PÚBLICA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR / AGENTE)
ALBERES LOURENÇO BARBOSA (VITIMA)

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): ALBERES LOURENÇO BARBOSA

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

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

ALBERES LOURENÇO BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA CUREMMA BARBOSA Pai: ALFREDO LOURENÇO BARBOSA Data de Nascimento: 5/4/1984 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 32106/PM/PE (RG), 47380763487 (CPF), 06386729708 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Profissão: POLICIAL MILITAR Telefones Celulares: 81991616882

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CARUARU, 1, AVENIDA BERNARDO VIEIRA DE MELO, 105, - CEP: 0 - Bairro: PETROPOLIS - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): ALBERES LOURENÇO BARBOSA, que estava em posse do(a) Sr(a): ALBERES LOURENÇO BARBOSA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN EST Objeto apreendido: NRO



Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PEU7636 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Ronevam: 328540936 Chassi:

9C2KC1670BR664724

Ano Fabricação/Modelo: 2011/2011 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

COMPARECEU A SEDE DESTE PLANTÃO A PESSOAL DA VÍTIMA ONDE NARROU QUE ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA indo para uma padaria e no caminho viu uma pessoa do sexo MASCULINO COM VISÍVEL APARENCIA DE ESTADO DE EMBRIAGUEZ E CHEGANDO PERTO DESTA PESSOA ELE FOI NA DIREÇÃO DA VÍTIMA QUE PARA NÃO ATROPELAR AQUELE HOMEM FOI AO SOLO E DESTA QUEDA FRATUROU SEU BRAÇO ESQUERDO POPULARES ACIONARAM O SERVIÇO DO SAMU. COMO CONSTAR DECLARAÇÃO APRESENTADA NESTEATO, AFOS OS PRIMEIROS SOCORROS FOI ENCAMINHADO PARA ESTA UNIDADE HOSPITALAR ONDE FICOU INTERNADO POR CERCA DE 60 DIAS.

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

Alberes Lourenço Barbosa

ALBERES LOURENÇO BARBOSA
(VITIMA)

B.O. registrado por: ANTONIO JOSE RIBEIRO SOARES - Matrícula: 381004-6



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 12:25:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032812254093900000042440880>
 Número do documento: 19032812254093900000042440880

Num. 43078849 - Pág. 6

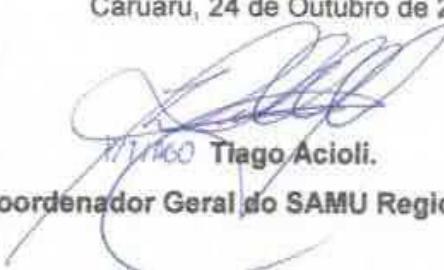


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. ALBERES LOURENÇO BARBOSA portador do CPF-473.607.634-87 e RG-32.105 PM-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1808100367 do SAMU REGIONAL AGreste, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 10/08/2018 às 17h e 53m, no endereço RUA ARQUIMEDES DE OLIVEIRA, BAIRRO PETRÓPOLIS, CARUARU-PE, com queixa de QUEDA DE MOTO, tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, removendo em seguida para o HOSPITAL REGIONAL DO AGreste.

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

Caruaru, 24 de Outubro de 2018


Tiago Acioli.
Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 JAN 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 24/10/18

Alberes Lourenço Barbosa



ANAMSE

- | | | | | | |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Comprometido | <input type="checkbox"/> Grave | <input type="checkbox"/> Normocorado | <input checked="" type="checkbox"/> Hipocorado | <input type="checkbox"/> Anictérico |
| <input type="checkbox"/> Ictérico | <input type="checkbox"/> Cianótico | <input type="checkbox"/> Acianótico | <input type="checkbox"/> Hidratado | <input type="checkbox"/> Desidratado | <input type="checkbox"/> Anasarca |

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICANível de Consciência:

- Consciente Inconsciente Torporoso Sonolento Alerta

Nível de Orientação:

- Orientado Desorientado Sob sedação

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIA

AR

RPM

Modo:

Fi O₂:

PEEP:

Sa_i O₂:

- Espontânea Traqueostomizada VM UNI e O₂ Venturi

O2 Suplementar l/min:

- Cateter Nasal Macronebulizador Venturi Eupneico Dispneico Triquidispneico Bradipneico

Murmúrios Vesiculares:

- Presentes Ausentes Diminuídos

Ruidos Adventícios:

- Roncos Sibilos Estertores Creptantes

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:

Cheio / Frouxo

05.802.494/0001-01
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Uso de drogas vasoativas:

- Sim Não Qual?

Acesso venoso central:

- Sim Não Qual?

Acesso venoso periférico:

- Sim Não Qual?

SISTEMA GASTROINTESTINALAbdômen:

- Plano Globoso Distendido Escavado Depressível Aséptico Doloroso
 Não doloroso Local:

RHA:

- Presentes Ausentes

SNG:

- Sim Não P/Gavagem Sinfonagem

SNE:

- Sim Não

Diurese:

- Presente Ausente Espontânea SVD Volume: ml

 Aspecto:**SISTEMA GENITO-URINÁRIO**Deambulação:

- Sim Não Repouso relativo Repouso Absoluto

Mobilidade:

- Ativa Passiva

SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO

() 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: _____ Fl 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 () Roncos () Sibilos () Estertores () Creptantes

Dreno Torácico:

() Sim () Não Local: _____ () Sim () Não Aspecto da Drenagem: _____

Expansibilidade Torácica Conservada:

() Sim () Não () Sim () Não () Produtiva () Não Produtiva

SISTEMA CARDIOVASCULAR

FC: _____ bpm PA: _____ mmHg

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

Uso de Drogas Vasoativas:

() Sim () Não () Qual? _____

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

() Sim () Não () Qual? _____

Acesso Venoso Central:

() Sim () Não () Qual? _____

() Sim () Não () Qual? _____

() Sim () Não () Qual? _____

M2D

17 JAN 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BL C

Buritiba - CEP: 50.060-010

() Sim () Não

RECIFE-PE

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Abdome:

() Plano () Globoso () Distendido () Escavado () Depressível () Ascítico

() Doloroso () Não Doloroso () Local: _____

RHA:

() Presentes () Ausentes () Sim () Não () P/ Gavagem () Sinfonagem

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

Ana Cecília de Paula
COAD445 39837-BF

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)





HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**

Usuario da Internação
MARIAESM



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

436544

1 - Identificação do Paciente		Data Int.: 11/08/2018 13:11	Atendimento: 436544	Nº AIH:	
Nome: ALBERES LOURENCO BARBOSA				Prontuário: 200207	
Data Nasc.: 05/04/1964	Idade: 54	Sexo: MASCULINO	Cor: PARDA	Religião:	
CPF: 47360763487	RG:		CNS: 700404983837141		
Endereço: AVBERNARDO VIEIRA DE MELO				Nº: 105	
Bairro: CENTRO		Cidade: CARUARU		Estado: PE	
CEP: 55024000	Fone: 37233214		Profissão: OUTROS		
<i>Okt. 30. 45</i>					
Nome da Mãe: MARIA CURSINA BARBOSA					
Nome do Conjugue:					
Nome:					
Parentesco:					
RG: _____ Fone: _____					
2 - Internar Para					
Clínica: CIRURGIA GERAL					
Unidade de Internação: SALA VERDE					
Leito: S VERDE 04					
Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico): _____ CID: _____					
Procedimento Solicitado: _____ CÓD.: _____					
Procedimento Realizado: _____ CÓD.: _____					
3 - Atendimento Médico					
Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo
4 - Procedimentos Especiais					
<input type="checkbox"/> MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> VACINA ANTI RH <input type="checkbox"/> USO DE DERIVADOS DE SANGUE <input type="checkbox"/> USO DE PRÓTESE, ORTESE <input type="checkbox"/> USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO <input type="checkbox"/> USO DE OXIGENADORES <input type="checkbox"/> NUTRIÇÃO PARENTERAL					
5 - História Clínica					
05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA <i>17 JAN 2019</i> Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C Boa Vista - CEP: 50.060-010 DIAGNÓSTICO DEFINITIVO RECIFE-PE MOTIVO DE ALTA					
DATA DE INTERNAMENTO 11/08/2018 13:11		DATA DE ALTA		DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	

1 de 2





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

HRA

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Albenes Lacerda Barbosa

6 - N° DO PRONTUÁRIO

200204

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

Y1004041918131831711411 05/04/184

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc.

1

Fem.

3

9 - SEXO

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria Cusina Barbosa

12 - TELEFONE DE CONTATO

31 712332014

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

31 712332014

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua Buriti da Neiva de Melo 305,

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Chamam

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

5604106 PI E 55001400

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dor + Deteriorização em articulação
Artrite ou artrose c/ edema

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PX + OK. Tela.

05.802.494/0001-41

TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

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

Traço Cervical.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

EV exposo Ponto forte
antebraço (2)

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

175 S1901

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Parofar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - () EMPREGADO

41 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

46 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

47 - CNPQ/CONSELHO

48 - CNAE DA EMPRESA

49 - CBO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - COELEGADO/MISSÃO

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

PE - 40 - 004

53 - DOCUMENTO

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

55 - CNS

56 - CPF

57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Esio Pape da Silva
MÉDICO
CRM - 7161

OT 100.700.524-10



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 12:25:41

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032812254093900000042440880>

Número do documento: 19032812254093900000042440880

Num. 43078849 - Pág. 12

SUS	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			2 - CNES		
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIRO FERREIRA			2427419		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
<i>HRA</i>					
Identificação do Paciente			5 - N° DO PRONTUÁRIO		
<i>Albino Lourenço Castor</i>					
6 - DATA DE NASCIMENTO			9 - SEXO		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			Masculino		
11 - NOME DA MÃE			10 - RACA/COR		
			Fam. 3		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL			12 - FONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			14 - FONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
<i>Recomendados em entrevista</i>					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			05.802.494/0001-41		
<i>Quadro Síntico agudo</i>			TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			17-01-2019		
<i>Rx + Anamnese</i>			Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL. C Boa Vista - CEP: 50.060-010		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL			24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
<i>Agosto agudo Antecedentes</i>			RECEPTE		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
<i>Tratamento</i>			0408080407		
29 - CLÍNICA			30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			31 - DOCUMENTO () CNS () CPF		
32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
<i>Dra. Luis Antônio</i>			34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO			37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			39 - CNPJ DA SEGURADORA		
40 - N° DO BILHETE			41 - SÉRIE		
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			42 - CNPJ EMPRESA		
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO			43 - CNPJ DA EMPRESA		
() DESEMPREGADO			44 - CBOR		
() APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
			47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		
			PE - 40 - 004		
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF			49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		
			<i>Médico CRM - 7061 CNPJ 165.760.524-20</i>		
			52 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
			<i>261850014888-0</i>		



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA
AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 26/09/18

HORA DE ADMISSÃO: 17:45

HORA DA LIBERAÇÃO:

REGISTRO: 700904

CIRURGIÃO: Dr. Damião

ANESTESISTA: Danilo

NOME DO PACIENTE: Júnia Moura Barbosa

PROCEDIMENTO REALIZADO: T1: Cirurgia p/ artroscopia "E" PONTUAÇÃO FINAL:

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:					
• Capacidade de respirar profundamente e tossir	2				
• Esforço respiratório limitado (dispnéia ou imobilização)	1				
• Nenhum esforço espontâneo	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica					
• > 80% do nível pré-anestésico	2				
• 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				
• Acorda quando chamado pelo nome	1				
• Não responde ao comando	0				
Coloração:					
• Coloração e aparência normais da pele	2				
• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica	1				
• Cianose evidente	0				
Atividade Muscular:					
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:					
• Capacidade de movimentar todas as extremidades	2				
• Capacidade de movimentar duas extremidades	1				
• Incapacidade em controlar qualquer extremidade	0				
Total:	09				

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

Observações:

Ano Geralizado Paulo
COREME/PE/2037-BNF
Enfermeiro(a)



EXTENSÃO: OPERAÇÃO SEGURA - SAEP**AVALIAÇÃO PÓS-OPERATÓRIA IMEDIATA**DATA: 26/05/18HORA DE ADMISSÃO: 17:45

HORA DE LIBERAÇÃO: _____

REGISTRO: 200207CIRURGIÃO: Leandro AntônioANESTESISTA: CariloPROCEDIMENTO REALIZADO: D. Fractura de MSEPaciente: Alberes Lourenço Barbosa

ITEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:	2	<u>2</u>			
• Capacidade de respirar profundamente e tossir	1				
• Esforço respiratório limitado (dispneia ou imobilização)	0				
• Nenhum esforço espontâneo					
Circulação:	2	<u>2</u>			
• >80% do nível pré-anestésico	1				
• 50 a 80% do nível pré-anestésico	0				
• <50% do nível pré-anestésico					
Nível de Consciência:	2	<u>2</u>			
• Responde verbalmente às questões orientado no espaço	1				
• Acorda quando chamado pelo nome	0				
• Não responde ao comando					
Coloração:	2	<u>2</u>			
• Coloração e aparência normais da pele	1				
• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica	0				
• Cianose evidente					
Atividade Muscular:	2				
Movimenta-se espontaneamente ou sob comando:	1				
• Capacidade de movimentar todas as extremidades	0				
• Capacidade de movimentar duas extremidades					
• Incapacidade em controlar qualquer extremidade					
TOTAL:	<u>9</u>				

Observações:

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010ENFERMEIRO(A): José NatanRECIFE-PE EXTENSIONISTA: Celine JuvanaAcadêmica de Enfermagem
152050280
UNIFAVIP/Recife

Atendimento: 436434 Pedido:  Data Pedido: 10/08/2018 Controle: 89013

Paciente: 200207 ALBERES LOURENCO BARBOSA Nascimento: 05/04/1964 (54a 4m 6d)
Leito: Unid. Intern.
Medico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA
Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA
Setor Executante: RADIOLOGIA Local: SALA DE EXAME
Convenio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO
Motivo: ROTINA Sexo: MASCULINO

Observações:

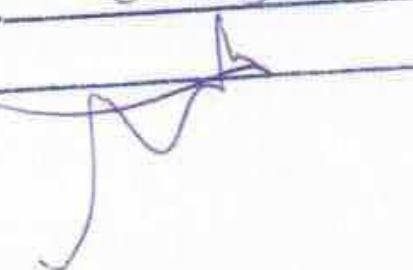
Médico Executante:	0 - Não Informado			
Accession Number	*Access. N. Hex	Código	Descrição	Entrega
230226	 36352	1015	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (AP)	10/08/2018
230227	 36353	845	RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (PERFIL)	10/08/2018
230223	 3634F	1011	RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (PERFIL)	10/08/2018
230228	 36354	993	RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA (AP)	10/08/2018
230229	 36355	952	RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA (OBliqua)	10/08/2018
230224	 36350	1054	RADIOGRAFIA DE TORAX (AP)	10/08/2018
230225	 36351	966	RADIOGRAFIA DE TORAX (PERFIL)	10/08/2018

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17 JAN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

RX - REALIZADO

DATA 10/08/18

HORA. 20:05

TC 

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 12:25:41
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032812254105200000042440915>
Número do documento: 19032812254105200000042440915

Num. 43078885 - Pág. 1

EXTENSÃO: OPERAÇÃO SEGURA - SAEP
VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM

Leito 45
09.09.08

PACIENTE:	<i>Alcino Lourenço Barbosa</i>	IDADE:	<i>54</i>	REG:	<i>200207</i>		
SETOR DE ORIGEM:	<i>Ortopedia</i>	DATA DA CIRURGIA: <i>26/09/18</i>					
CIRURGIÃO:	<i>Dr. Luiz</i>	CIRURGIA: <i>Fratura MGE</i>					
BANHO:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO					
(<input checked="" type="checkbox"/>) ADEQUADO	(<input type="checkbox"/>) INADEQUADO	QUAL:					
HIGIENE ORAL:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO					
(<input checked="" type="checkbox"/>) ADEQUADO	(<input type="checkbox"/>) INADEQUADO	QUAL:					
PRÓTESES:	(<input type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO	<i>Orientado</i>				
ROUPAS APROPRIADAS:	(<input type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO	<i>Orientado</i>				
ADORNOS:	(<input type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO	<i>Orientado</i>				
TRICOTOMIA:	(<input type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO	<i>Orientado</i>				
JEJUM:	(<input type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO	<i>Orientado</i>				
EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS:	(<input checked="" type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO					
(<input checked="" type="checkbox"/>) ECG	(<input type="checkbox"/>) LAB.	(<input checked="" type="checkbox"/>) RX	(<input type="checkbox"/>) OUTROS				
RESERVAS DE HEMODERIVADOS:	(<input type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO					
ACESSO VENOSO:	(<input type="checkbox"/>) SIM	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO	ESPECIFICAR LOCAL:				
ALERGIAS:	(<input type="checkbox"/>) SIM	(<input checked="" type="checkbox"/>) NÃO	ESPECIFICAR:	<i>05.802.494/0001-A3</i>			
TERMO DE CONSENTIMENTO:	(<input type="checkbox"/>) SIM	(<input type="checkbox"/>) NÃO	TRAÇÃO CORRETORA	<i>DE SEGUROS LTDA</i>			
ENCAMINHADO P/ BLOCO CIRÚRGICO POR:	<i>17 JAN 2019</i>						
RECEBIDO NO BLOCO CIRÚRGICO POR:	<i>Araújo, nº 77, 51902-000</i>				<i>RECIFE-PE</i>		
<i>Boa Vista - CEP: 50.060-010</i>							

Enfermeira(o): *Marilia Leal*

Enfermeira
MARILIA LEAL

Extensionista:

Data: *25/09/18*

Aline Alves dos Sáculos
Acad. de Enfermagem
Mat. 151093427 / UNIFAVIP



Atendimento: 436544 Pedido: 
113301 Data Pedido: 01/10/2018 Controle: 91810
Paciente: 200207 ALBERES LORENCO BARBOSA Nascimento: 05/04/1964 (54a 5m 27d)
Leito.: 318 008-45 Unid. Intern: 8 ORTOPEDIA
Medico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
Setor Solicitante: ALA DIREITA - ORTOPEDIA II
Setor Executante: RADIOLOGIA Local: SALA DE EXAME
Convenio: SUS - INTERNACAO Plano: PLANO UNICO
Motivo: ROTINA Sexo: MASCULINO

Observações:

Médico Executante:	0 - Não Informado	
Accession Number	*Access. N. Hex.	Código Descrição Entrega
237893	 3A145	1015 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (AP) 01/10/2018
237894	 3A148	845 RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (PERFIL) 01/10/2018

RX - REALIZADO

DATA 01/10/18

HORA _____

TC 

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE | SES/PE



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Nilson Coelho Ribeiro

Prontuário: QD00473

Data: 10 / 08 / 2018 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Puxão de braço e cotovelo

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

reabilitação 6 meses 110 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

reabilitação com fisio de volta da dor do cotovelo

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LYDA

17 JAN 2019

Alta Hospitalar: Data: 02 / 10 / 2018

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. L
BONFIM - CEP: 50.060-010
HORA
RECUPER

Dr. Alexandre Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 00000000000000000000
TELEFONE

Ass. do Médico e CRM
Carimbo





COOPERATIVA DOS MÉDICOS
ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PE

FICHA DE ANESTESIA

JN 197952



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 12:25:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1903281225410520000004244091>
Número do documento: 19032812254105200000042440915

Num. 43078885 - Pág. 5

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente: Alberes Lourenço Barbosa Nº do Registro:Clínica: Ortopedia Nº do Leito:Operador: Dr. Luis Antônio1º Assistente: Dr. Reiter RZ 2º Assistente:Instrumentador: Dr. Luiz Anestesista: Dr. DanielAnestesia: 260918 Duração:Data da Operação: 260918 Início: Término:Diagnóstico Pré-Operatório: Fractura do Ossão do Antebraço E

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta:

Operação Realizada: Ortoanistoss com 2 placas DCP
35mm

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Pcto em DDH, 101 blocois - PVC-BR-
QuileEntorse + Anseia + Roparia com
socirrotação extens
Dr. Mário ThompsonAproxim placa DCP3,5 no lado JE
lateral ulnarAproxim placa DCP3,5 no lado E
Aproximação p/ o plato 05.802.494/0001-41
lateral TRAÇÃO CORRETORA
CURATIVO DE SEGUROS LTDACARTÃO DE CURATIVO
CURATIVO

17 JAN 2019

29 J. 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 51.010-010

REC. REC. REC.

IRPA



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome:

Registro N°:

Clinica:

Enfermaria:

Paciente vítima
de acidente de
moto em 10/08/2018
fract. autómero 2.
operado em 15/8/2018
(sic). Ver Rand.
Outras flexo - ext.
diminui acentuando
de espasmos. Pela
OK. Encolhimento D?

fixit pro
Bx controle. fl.
mal. +/já
dorintur 2084

Data: 13/01/2019
Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Eleide Monteiro da Souza

05.802.494/0001-1

2º Concurso 89

TRAÇÃO-CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 28/03/2019 12:25:41
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19032812254105200000042440915>
Número do documento: 19032812254105200000042440915

Num. 43078885 - Pág. 7

EXTENSÃO: OPERAÇÃO SEGURA - SAEP

AVALIAÇÃO INTRAOPERATÓRIA

Paciente: Alberes Lawrence Bonfim REG.: 200207

1. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO

- PACIENTE CONFIRMOU:
 • IDENTIDADE
 • SITIO CIRÚRGICO
 • PROCEDIMENTO
 • CONSENTIMENTO

SÍTIO DEMARCADO:NÃO SE APlica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA
ANESTÉSICA CONCLUÍDA

- OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE E
EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

- ALERGIA CONHECIDA?
NÃO
SIM

- VIA AÉREA DIFÍCIL RISCO DE ASPIRAÇÃO?
NÃO
SIM. É EQUIPAMENTO CLASSISTÉNCIA DISPONÍVEL.

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA - 500 ML
17 ML/KG EM CRIANÇAS?

- SIM. E ACESSO ENDOTRÓQUEO ADEQUADO?
E INARÉSITUTO PARA ULTRASOM

2. ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

CONFIRMAÇÃO

- CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOVO
E FUNCIONAL. *Não*

- CIRURGÃO, ANESTESIOLOGISTA E
A EQUIPE DE ENFERMAGEM CONFIRMAM
VERBALMENTE:

- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
• SITIO CIRÚRGICO *Não*

- PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

- REVISÃO DO CIRURGÃO:
QUAIS SÃO AS ETAPAS CRÍTICAS OU
INESPERADAS; DURAÇÃO DA OPERAÇÃO;
PERDA SANGUÍNEA PREVISTA?

- REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTELOGIA:
HA ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA
EM RELAÇÃO AO PACIENTE?

- REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: OS
MATERIAIS NECESSÁRIOS (EX: INSTRUMENTOS,
PROTESES) ESTÃO PRESENTES E DENTRO DO
PRAZO DE ESTERILIZAÇÃO?

- INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?
HA QUESTÕES RELACIONADAS A
EQUIPAMENTOS OU CLAUSORES

- PREOCUPAÇÕES *Sim, algumas coisas estavam faltando*
fazendo nego.
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA nos últimos 60 MINUTOS?

SIM

NÃO SE APlica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS?

SIM

NÃO SE APlica

3. ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SO

REGISTRO

O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE
ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA
CONFIRMA VERBAMENTE COM A EQUIPE:

REGISTRO COMPLETO DO PROCEDIMENTO
INTRA-OPERATÓRIO, INCLUINDO
PROCEDIMENTO EXECUTADO

- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS
CIRÚRGICOS, COMPRESSES E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICA)

COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA.
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) *NA*

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM
EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO *Não*

O CIRURGÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE
(ESPECIFICAR CRITÉRIOS MÍNIMOS A
SEREM OBSERVADOS, EX: DOR)

ANOTACÕES PRONTUÁRIO

Biranger D. Fredura MS E

05-802-494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.050-010

RECIBIDO

ENFERMEIRO(A): *Elce Sat*

DATA: *26/09/18*

EXTENSIONISTA: *Cilene Furtado*

*Acadêmica de Enfermagem
152090280
UNIFAVIP/Wyden*



HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

10/08/2018 18:28

	Nome Paciente:	ALBERES LOURENCO BARBOSA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	05/04/1964
	Sexo:	Masculino
	Idade:	54
	Senha:	U0025
	Convênio:	-
	Atendimento:	

10/08/2018 18:28 - VIVIANE VIANA DUDA ARRUDA - COREN: 066060 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade: MUITO URGENTE

Cor: LARANJA

Queixa Principal: PCT VITIMA DE QUEDA DE MOTO. QUEIXA-SE DE DOR EM MSE. NEGA OUTRAS QUEIXAS. PORTADOR DE HAS E DM

Fluxograma sintoma: AGRESSÃO

Discriminador(es): - MECANISMO DE LESÃO?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - GLICEMIA: 136.00 MG/DL
- P. A. DIASTÓLICA: 100.00 MMHG
- P. A. SISTÓLICA: 160.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE O2: 97.00 %

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Acolhido(a) por: VIVIANE VIANA DUDA ARRUDA
Data: 10/08/2018 18:28



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

BLOCO CIRÚRGICO AT: 43 6434

PACIENTE: Gilberto Lourenço Barbosa REGISTRO N° 200207
SALA CIRÚRGICA N° 05 DATA 26/09/18
CIRURGIA: Interv. Antebraço (L) CIRURGÃO: Dr. Flávio Antônio
ANESTESIA: bloqueio do plexo + secação ANESTESIOLOGISTA: Dr. Danilo

Observação: No caso de serem utilizados outros lentes especificá-los

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Saia de Cirurgia





COOPAGRESTE - COOPERATIVA DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Nº 4648

NAME:	Alberto Henrique				PRONTUÁRIO:	200202		
DATA:	20/09/2018	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IDADE:	NASCIMENTO:	CONVENIO:	WS		
PROCEDIMENTO REALIZADO:								

Índice Adubert-Krouskik	Respiração	Circulação	Spoz	Ativ. Muscular	Consciência	Horário	F.C.	P.A.	F.R.	T.Az	Volume Infundido	Dureza	Rubrica
						S.O.							
						15 min.							
1	2	2	2	1	2	30 min.							PO
10	2	2	2	2	2	60 min.							PO
10	2	2	2	2	2	2h							PO
						3h							

RESPIRAÇÃO

2 APTO A RESPIRAR PROFUNDAMENTE E TOSSIR.
1 DISPNEIA OU RESPIRAÇÃO LIMITADA
0 CIANOTICO

CIRCULAÇÃO

2 PA <20% VALOR PRE-OPERATÓRIO
0 PA <25% OU >50% MAIOR PRE-OPERATÓRIO
0 PA <50% VALOR PRE-OPERATÓRIO

SITUAÇÃO DE OXIGÉNIO

0 50% DE OXIGÉNIO < 80% MESMO RECEBENDO 6,
1 PRECISA RECEBER 0, PARA 50%, > 90%
2 SATURAÇÃO > 92% RECEBENDO AR AMBIENTE

ATIVIDADE MUSCULAR

2 APTO MOVER 4 EXT
1 APTO MOVER 2 EXT
0 APTO MOVER 1 EXT

CONSCIÊNCIA

3 DESPERTO TOTALMENTE
1 DESPERTO AO CHAMAR
0 NÃO RESP. ESTÍMULO AUDITIVO

OBSERVAÇÕES / COMPLICAÇÕES

19:50

Paciente estava clinicamente, se punha, em seu ambiente.

4. etapa sepa

Bruno
Braga

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17 JAN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. L
Boa Vista - CEP 50.060-010
BETTIF-PE

Carimbo e assinatura:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Paciente:	Alberto Lourenço Bezerra		Nº do Registro:
Clinica:	Ortopedia		Nº do Leito
Operador:	Dr. J. Antônio		
1º Assistente:	Dr. Reikar FZ	2º Assistente:	
Instrumentador:	DR. LEON	Anestesista:	DR. DANILO
Anestesia:	260918	Duração:	
Data da Operação:	260918	Inicio:	Término:
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura do Ossão Articular do E		
Diagnóstico Pós-Operatório:	05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA		
Operação Proposta:	17 JAN 2019 Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C. Boa Vista - CEP: 50.060-010		
Operação Realizada:	Artroscopia com 2 placas DCP 35 mm		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

RTG em DDH, sob RORC - PNE-BR.
Quile

Paciente prontos para cirurgia com
anestesia geral e sedar

Dr. J. Antônio Thompson

Aplicação placa DCP 3,5 no lado E
lateral ilíaco

Aposição placa DCP 3,5 no lado E
aproximação per placa

Linfodo

Curativo

Descolamento

Uma vez que perfurado dito 2 mts MSE

IRPA

C. Matozinhos - Aracaju - SE
CEP: 49.100-000

20/03/2019



SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Nílson Luciano Ribeiro

Prontuário: 10000471

Data: 10 / 08 / 2018 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
17.JAN.2019

Fratura aberta e infectada

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

ambulatório de alta 110 dias

TRATAMENTO REALIZADO:

realizado enxerto de ósio em corcos

Alta Hospitalar: Data: 02 / 10 / 2018

Hora: _____

HRA

Data: 13.11.18

Hora: 8h

Nilton Barros

Dr. Alexandre Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 6660
TECIT 5445

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



SINISTRO 3190040734 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALBERES LOURENCO BARBOSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO ALBERES LOURENCO BARBOSA

CPF/CNPJ: 47360763487

Posição em 18-03-2019 13:35:55

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
-------------------	----------------------	------------------	-------------

30/01/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
------------	--------------	----------	--------------

