

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**P B**

**JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR Nº  
3184029 ESDE PB

CNPJ 046.675.344-60 DATA NASCIMENTO 01/07/1983

FUNÇÃO

MARIA DAS GRACAS  
FERNANDES DA SILVA

PRIMEIRO ACC CATEGORIA  
AB

Nº Registro 06594235631 VIGÊNCIA 18/11/2020 1ª Emissão 05/04/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1474518210

PROIBIDO PLASTIFICAR 1474518210

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 06/04/2017

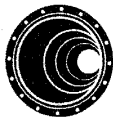
ASSINATURA DO EMISSOR 64782018888 PRO34426310

PARAÍBA

ASSINATURA DO EMISSOR 1474518210

PARAÍBA





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO

MATRICULA

71161007

REFERENCIAL

DEZ/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO  
RUA DA GARÇA BRANCA PEQUENA, 162 - APT- 201 -  
PARATIBE JOAO PESSOA PB 58000- 101

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.095.625.0308.201	201	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V14S30000	24/09/2014	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
433	445	12	31	04/01/2019		
HIST. COMS./ANOR.	LEIT.	QUALID.	ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017		
NOV/2018	12		PARAMETROS	EXTG. ANALIS.		
OUT/2018	9		TURBIDEZ	263	313	312
SET/2018	11		CLORO	263	313	312
AGO/2018	10		CCL.TERMOT	0	0	0
JUL/2018	11		CCR	73	116	115
JUN/2018	13		CCL.TOTAIS	263	313	313
MEDIA(M)	11		DADOS REFERENTES A: OUT/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 04/12/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 11:43:37

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	2 M3	9,78
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,41 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 16/12/2018 Total a Pagar: R\$ 47,69





## **PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL**

**OUTORGANTE: JEFFERSON FERNANDES DE ARAÚJO**, brasileiro, casado, serviços gerais, portador da Cédula de Identidade nº: 3.184.029 SSDS/PB, inscrito no CPF nº: 046.675.344-60 residente e domiciliado na Rua, da Garça Branca Pequena, Nº 162, Apt. 201, Paratibe, João Pessoa/PB. Cep:58000-101 Fone:(83)98744-9625.

**OUTORGADO: GERSON LUCIANO SANTOS NETTO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 24.614, ambos com endereço profissional na Rua: professora Corina Maria Rabelo, nº 28 Bairro José Américo de Almeida -, na Cidade de João Pessoa/PB, 986434993.

**PODERES:** Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como substabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art.105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei n.º 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

**CONTRATO:** O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de **30%**, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

## **DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA DE RENDIMENTOS**

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

João Pessoa/PB, 01 de Fevereiro de 2019

  
\_\_\_\_\_  
Outorgante/Declarante





SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU  
**192**  
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 03.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/076, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2209181, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO** idade 35 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 28/09/2018, na Av. Gov. Antonio da Silva Mariz, Bairro: Quadramares - João Pessoa - aproximadamente às 15:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 18 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto

Estadístico

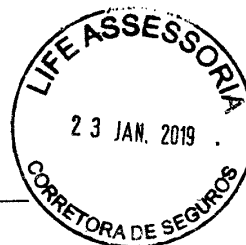
CREIS: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00830.01.2019.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00830.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:44 horas do dia 22 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jefferson Fernandes de Araujo**, CPF nº 046.675.344-60, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria das Graças Fernandes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/07/1983 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Garça Branca Pequena, Nº 162, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Apt 201, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98744-9625.

**Dados do(s) Fatos:**

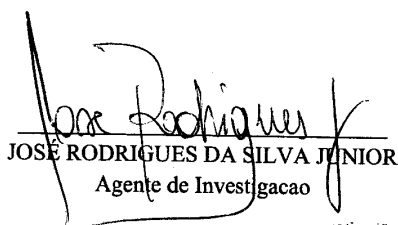
Local: Avenida Governador Antonio da Silva Mariz, Quadramares, João Pessoa/PB, bairro Portal do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/09/18 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 28/09/2018, POR VOLTA DAS 15:00, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA YAMAHA XTZ 150 DE COR AZUL, ANO 2017, PLACA QFZ-9116/PB, CHASSI 9C6DG2520H0011480, NA AVENIDA GOVERNADOR ANTONIO DA SILVA MARIS, QUADRAMARES, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DE UM FIAT PALIO DE COR BRANCA, ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE CAIU NO CHÃO APÓS A COLISÃO, SENDO SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC DIREITO, SENDO REALIZADO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 28/09/2018 COM ALTA MÉDICA EM 03/10/2018 CONFORME CERTIDÃO 0040/2019 ASSINADA PELA MÉDICA SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de janeiro de 2019.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO  
Noticiante



Procedimento Policial: 00830.01.2019.1.00.401



**SINISTRO 3190059959 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**BENEFICIÁRIO** JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO**CPF/CNPJ:** 04667534460**Posição em 31-01-2019 11:49:14**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

*Quota (R\$) do Seguro DPVAT - Valor de indenização*

31/01/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------





NOME <i>Jefferson Fernandes de Araujo</i>				PRONTUÁRIO N°	
IDADE <i>35a</i>	SEXO <i>masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF. 16	LEITO: 155
DATA DE ADMISSÃO <i>28/09/2018</i>		DATA DE ALTA <i>03/10/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Lux. De Lisfranc</i>				CID <i>S92.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx do pé demonstrando solução de continuidade óssea e luxação</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO [HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES] <i>Paciente portador(a) de fratura e lux. De lisfranc foi submetido(a) a tratamento cirúrgico. Recebe a em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação anti-inflamatórios analgésicos. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA DIETA: <i> Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i> FUSO: Relativo em casa por <b>15</b> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <b>30</b> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>45</b> dias e com esforço maior em <b>60</b> dias. CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i> MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Cefalexina e Profenid</i> RETORNO: Ao posto de saúde em <b>21</b> dias. Ao ambulatório do <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> em <b>07</b> dias para revisão. <i>Dr. Soamy</i>					
03/10/2018		ASS. MÉDICO / C.R.M.			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO					
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





FATURADO



**Complexo Hospitalar  
MANGABEIRA**

**GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY**

# PRONTUÁRIO

Nº: 2017/L 3412

SISREG  
INTERMEDIÁRIO  
18/01/2019

NOME DO PACIENTE:

Jefferson Fernandes da Silva



ENFERMARIA:

16

LEITO:

155

HN







## CERTIDÃO

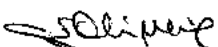
Nº. 0040/2019

Atendendo solicitação de **JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 167809 e Prontuário nº 2017.11.003412 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 28/09/2018 às 16h16min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura luxação de Lisfranc direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/09/2018 com alta médica dia 03/10/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de Janeiro de 2019

  
Médica da Vigilância a Saúde  
CRM/PB 2959



PREFEITO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISTO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 167809 Atd: Nao Regul.  
Data: 28/09/2018  
Hora: 16:16:50  
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODR  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JEFFERSON FERNANDES DE ARAUJO

Num. de vezes atendido: 2

Num. Prontuario: 2017.11.003412

CNS: 707003841328638 Sexo: M IDENTIDADE: 3184029 Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/07/1983 Id: 35 ano(s)

End.: RUA DA GARÇA BRANCA PEQUENA, 162 RESIDENCIAL VITORIA REGIS

Bairro: PARATIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARTA DAS GRACAS FERNANDES DA SILVA Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OBSERVADOR METALURGICO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SOZINHO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO C/M NO ALTIPLANO EM FRENTE A

Vitima de violência por: ESC. KAIROS ERA CONDUTOR

[ ] Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[X] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispnoia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

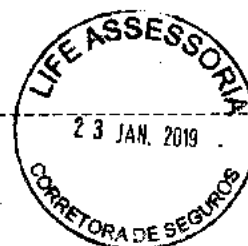
[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO  
TRASIDO PELO SAMU

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)



Diagnostico

Conduta

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Prescrição

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)

Orx da pé D (AP e obliqua)  
Orx da pé L (AP e obliqua)



ORTOPEDIA.

Paciente relata acidente motociclistico hoje  
c/ Trauma na p<sup>da</sup> <sup>(D)</sup>. Ao exame: dor, edema e im-  
funional. Radiografia. c/ fratura - luxação de

Data e Hora PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

h. S. F. R. M. C.

col: Manter jejum p/ Tto cirurgico de emergência  
(Tornar a água há poucos minutos)

Dr. GERSON LUCIANO SANTOS NETTO  
CRM: 11637 10265

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

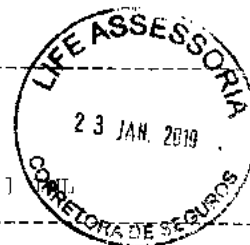
Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐



Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Jefferson Fomenteiro da Araujo</u>		Data da Admissão: <u>29/05/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F ( ) M (x)	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: ____/____/____		
QPD: _____			
HDA: <u>Do + Deformidade em membro pé direito após trauma</u>			
Medicações em uso: <u>Nula</u>			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Hiperdistensão de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematuria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
<b>SME:</b> [ ] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposu [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





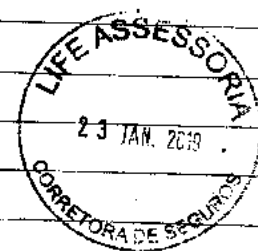
## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Jefferson Fernando da Araujo</u>		Data da Admissão: <u>27/05/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____		Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F ( ) M (x)	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: ____/____/____		
QPD: _____			
HDA: <u>Dor + Deformidade em membro pé direito após trauma</u>			
Medicações em uso: <u>Nula</u>			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso ____ Kg em ____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia [ ] Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Ausência de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
<b>SME:</b> [ ] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposou [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
1. Paciente em D.O.N. sob anestesia	
2. Anestésico + Antiemético	
3. Aposição de campos estéril	
Incisão:	Ø
Achados:	
4. FX - fratura cominada do 1º MT direito (acometimento da metacarpo-falange distal)	
Condução:	
5. Redução anastomica fechada + fixação com 2 Fio de K (Nº 2,0) + 1 Fio K (Nº 2,5)	
6. Tampa com SF 0,97. exantese.	
7. Sutura por Ocril.	
8. Curativo estéril	
9. Pl de controle.	
10. Imobilização Tala Bata	
Fechamento:	Ø
OBS:	Ata cirúrgica sem intercorrências



Dr. Felipe Bezerra  
CRM 10.000  
MÉDICO/CRM

Data: 29 / 03 / 19

Rua Ag. Fisca: José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







Hospital: Ortopedia Código: \_\_\_\_\_  
 Procedimento: Fract. Exposta da pt Cod. do Procedimento: \_\_\_\_\_  
 Paciente: Jefferson Fernandes de Araujo  
 Data da Cirurgia: 28 / 09 / 16 Prontuário Nº 2017013412 Convênio SUS  
 Cirurgião: Fernando Lima Código: \_\_\_\_\_ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

		Nº	Qtd.	Cód.	Valor Unit.	Valor Total
PARAFUSO						
CORTICAL 3.5mm						
PARAFUSO						
CORTICAL 4.5mm						
PARAFUSO						
ESPONJOSO 4.0mm						
PARAFUSO						
ESPONJOSO 6.5mm						
ESP. R/16 CURTA						
PARAFUSO						
ESPONJOSO 6.5mm						
ESP. R/32 LONGA						
PARAFUSO						
MALEOLAR 4.5mm						

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Nº do pedido

