





2010-01-01
 2010-01-01

设计名称: 南京地铁2号线工程
 设计单位: 南京地铁集团
 设计日期: 2000-08

702549880 10/2017

27/10/2017 21/11/2017

181.60

0123456789101112131415161718192021222324252627282930313233343536373839404142434445464748495051525354555657585960616263646566676869707172737475767778798081828384858687888990919293949596979899100

	QUARTERLY	HALF-YEAR	ANNUAL
1. Total Assets	\$1,000,000	\$1,000,000	\$1,000,000
2. Total Liabilities	\$500,000	\$500,000	\$500,000
3. Total Equity	\$500,000	\$500,000	\$500,000
4. Total Assets	\$1,000,000	\$1,000,000	\$1,000,000
5. Total Liabilities	\$500,000	\$500,000	\$500,000
6. Total Equity	\$500,000	\$500,000	\$500,000

Table 1

[illegible]

	Amount in US\$ million	%	Value added in US\$ million	Change from 2010 to 2011	%	2010	2011
EXPORTS	1,191,395	59.80	1,217,471	26,076	2.19	1,165,395	1,191,395
IMPORTS	1,113,147	55.41	1,131,171	18,024	1.62	1,095,147	1,113,147
EXPORT-IMPORT	77,248	3.39	86,300	9,052	11.71	70,248	77,248

100

540-222-2222

© 1998 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 243: 395–404

Journal of Interpersonal Violence

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 260: 105–112

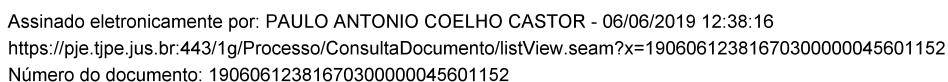
Accounting for Intangible Assets					Intangible Assets		
	Identifiable Intangible Assets	Goodwill	Patents	Trademarks	Identifiable Intangible Assets	Goodwill	Patents
Cost	100	0	0	0	100	0	0
Amortization	0	0	0	0	0	0	0
Residual Value	0	0	0	0	0	0	0
Carrying Amount	100	0	0	0	100	0	0

1000000

27102017

000000, 0.000000, 0.000000

751,000



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José Cláudio de Freitas da Silva, brasileiro solteiro, autônomo, RG: 6.789.123 SSP/PE e CPF: 960.339.914-00, residente na Si. Engenho Novo, 34, Nova Cruz, Igarassu/PE.

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 50070-030, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acmua 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 Ilcito, 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, 07.08.19

José Cláudio da Silva
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, nem prejuízos próprios e de minha família.

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

Recife (PE), 05 de maio de 2019 .

Paulo Antonio Coelho Castor





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 22ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE
REBOUÇAS - DP33ªCIRC DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0123001967

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/11/2017 às
18:19

Complementa o BO Número: 17E0123001907

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Guiposo (Consumado)
que aconteceu no dia 08/11/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO NOVA CRUZ, PROXIMO AO POSTO
RODOVIARIO - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE
CENTRO (BAIRRO), 1, ESTRADA ARASSOADA PE 41 - Bairro: CENTRO -
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ESTADO (AUTOR / AGENTE)
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA (VITIMA)
FACO RECUPERAÇÃO E LOCAÇÃO LTDA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA

Qualificação de(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA (presente no plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: **ROSEMIRA CANDIDA DA SILVA** Pai: **JOÃO BENEDITO DE FREITAS** Data
de Nascimento: **17/11/1974** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**
BRASIL Documentos: **0785145/SSS/PE (RG), 00233331489 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**
Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones
Celulares:
- **002373812**

Residência: **BAIRRO NOVA CRUZ, PROXIMO AO BAR TRES GAROTAS -
IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 22, SITO
ENGENHO NOVO - CEP: 55006-000 - Bairro: CENTRO - IGARASSU/PERNAMBUCO
/BRASIL, PROXIMO AO BAR TRES GAROTAS**



ESTADO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: DESO Pai: DESO
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FACO RECUPERAÇÃO E LOCAÇÃO LTDA (não presente no plantão) - Sexo:
Desconhecido Mãe: DESO Pai: DESO Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO /**
BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FACO RECUPERAÇÃO E**
LOCAÇÃO LTDA, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA**
SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto
apresentado: **Não**

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

AS 07:32 HORAS DE HOJE COMPREENDI NESTA DELEGACIA O SR. JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA, JA QUALIFICADO. RELATA O QUEIXOSO DE QUE NO DIA 08/05/2017, DO CORRENTE ANO POR VOLTA DAS 17:30 HORAS APROXIMADAMENTE, QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA DE COR ROXA ANO 2016 DE PLACA PEN 3226 SONITO FE DE PROPRIEDADE DA FIRMA FACO RECUPERACAO E LOCAÇÃO LTDA AO DESVIAR DE UM BURACO PERDEU O CONTROLE DO VEICULO CAUSANDO ESCOGLAÇÕES PELO CORPO. A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU ENCAMINHADO A UPA OLINDA SOB ATENDIMENTO 1175929 E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO AO HOSPITAL MIGUEL ANNAES SOB ATENDIMENTO 336163 ONDE FICOU INTERNADO. NESTES TERMOS FICA REGISTRADA A PRESENTE OCORRENCIA.

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

Jose Claudio da Silva
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **WASHINGTON LUIZ DOS SANTOS - Matrícula: 3241425**





Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Metropolitano Igarassu

Igarassu 29 de agosto de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, José Claudio de Freitas da Silva, R.G. nº 5962094 SSP-PE, C.P.F. nº 042.760.234-32, residente e domiciliado no Sítio Engenho Novo nº38, Nova Cruz - Cruz de Rebouças, foi atendido pelo SAMU METROPOLITANO DE IGARASSU no dia 06/08/17 às 20h40min, ocorrência nº S366096, vítima de Acidente de Moto, acidente ocorrido na PE 41, s/n , o mesmo foi removido para a Unidade de Ponto Atendimento –UPA Olinda, e Reencaminhado para o Hospital Miguel Arraes.

Dra. Rafaelia Galvão de Souza

Enfermeira e Coordenadora do SAMU Igarassu





MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 390158

Senha da Classificação:

0035

Data e Hora: 06/08/2017 23:44

Paciente: 106111 JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA Sexo: MASCULINO
 Data do Nascimento: 17/11/1974 Idade: 42 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Nome da Mãe: ROSEMIRA CANDIDO DA SILVA Nome do Pai: JOAO BENEDITO DE FREITAS
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL CRM: 12347
 Endereço: RUA SÍTIO ENGENHO NOVO -- Bairro: CENTRO
 Cidade/UF: IGARASSU PE Usuário Atendimento: ANACOS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

SC _____ Altura _____ Temperatura _____ Hora _____

Queixa Principal

Dores abdominais, localizadas no epigastrio, com irradiação para o dorso, há 02 dias.

Exame Físico

PA: 120/80 mmHg, FC: 75 bpm, FR: 18 rpm, SpO2: 98% em ar ambiente. Ausculta cardíaca normal. Ausculta pulmonar normal. Abdome macio, sem sinais de irritação peritoneal.

Hipótese Diagnóstico

Doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) e gastrite.

Prescrição Médica

1. Omeprazol 20mg, 1 comprimido 1x ao dia.
2. Pantoprazol 40mg, 1 comprimido 1x ao dia.
3. Ranitidina 150mg, 1 comprimido 2x ao dia.
4. Alívio sintomático com analgésicos.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido Para

Senha

() Encaminhado ao setor de internação

Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 06/06/2019 12:38:16
 https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19060612381670300000045601152
 Número do documento: 19060612381670300000045601152

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Período de observação da senha: 06/08/2017 23:40

Nome Paciente: JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA
Cód. Paciente: 106111
Data de Nascimento: 17/11/1974
Sexo: Masculino
Idade: 42
Senha: 0035
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 390158
SAME: 93896

Período: 06/08/2017 23:50 - 06/08/2017 23:52

ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

EMERGENCIA VERMELHO

VERMELHO

POLITRAUMA COLISAO MOTO XCARRO, UTILIZAVA CAPACETE, INGERIU BEBIDA ALCOOLICA.
FRATURA FECHADA EM TNZ+ BRAÇO ESQUERDO.
DOR EM ABD/TRAUMA FECHADO??
NEGA HAS/DIAB/ALERGIAS.
UPA OLINDA CONDUZIDO PELO SAMU DE 5228882
TRAUMA
- DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA
CIRURGIA GERAL

- FREQUENCIA CARDIACA: 83.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

REVISADO

Acolhido(s) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/08/2017 23:52

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página: 0001
Data: 07/08/2017
Hora: 12:11

Salv: 0002 SALA 02
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA
SUS - INTERNACAO
VERD2-20
Dt. Fim: 07/08/2017 11:58
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Atendimento :380163
Carteira
Idade :42 Anos 21 Dias 12 Horas

Procedimentos

SUS - INTERNAÇÃO
BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL AXILAR

16339 SORMANE DE CARVALHO BRITTO

Descrição Complexa

FIXAÇÃO CIRURGICA

CONDISTICO FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO ESQ
CONDIÇÃO: INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO DE COLLES + FIXAÇÃO PROCESSO ESTILOIDE DO RADIO E COM FIO
CIRURGO DR SORMANE BRITTO
ANESTESISTA DR CAIO FRANCISCO
ENFERMEIRO DR AYRON FERREZ
FISIOTERAPISTA
INSTRUMENTADOR EDMARQUES
ANESTESISTA DRA MAIRA
NÍVEL DE ANESTESIA BLOQUEIO PLEXO AXILAR

PLANO DE INTERVENÇÃO

PLATO DE INTERVENÇÃO

II ACESSO - ASPECTOS DOS ORGÃOS E LESÕES PRÁTICAS E TÉCNICA - LIGADURAS

III MATERIAL EMPREGADO - CURATIVOS

ANESTESIA

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA
 ASSÉPSIA + ANTISEPTIADO MBE
 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
 REDUÇÃO INGRUENTA SOB MANGBRA ESPECÍFICA
 INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO DO TIPO COLLES
 FIXAÇÃO DE PROCESSO ESTILOIDE DO RÁDIO COM FIO K 2.0
 MONITORAMENTO COM FLUOROSCOPIA
 CURATIVO

Descrição Complementar

Asíados Cerebrales:

Daniel Cabral
Osteopata Fisioterapeuta
CRM/PE 24.935

DR(A) SORMANE DE CARVALHO BRITTO
CRM 16339

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
 Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Desorientação 3
Desorientação 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

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

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hábito Alcolílico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Uso de outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Tóxicos: Maconha () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibiototerapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenoterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade: _____
FIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

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

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

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Fract. humero (E) cto. geral
Fract. tórax (E)
Fract. abdominal ortopédico

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____

Médico Regulador: _____

Hora: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

Clusck 06/08/17
Local e data

CRM: 20715 / TRT 1400
Dr. Marcos Aguiar
Médico Assistente



HOSPITAL MIGUEL ARRAES
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001
Data: 16/08/2017
Hora: 17:07

Ficha de Cirurgia Descritiva

Nome da Cirurgia: 44800
Paciente: 106111
Comando Alim: 1
Leito: 60
Dt Inicio: 16/08/2017 14:45
Dt Ace. Operatório: 5523
Dt Ret. Operatório:

Sala: 0001 SALA 01
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ORTL-513-LEITO 004
Dt Fim: 16/08/2017 17:00
FRATURA DA DIAFISE DO RADIO

Atendimento: 990163
Carteira:
Idade: 42 Anos 30 Dias 17 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408020458

Convênio: 001
Anestesia: 29

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI / MONTEGGIA / ESSEX-
LOPRESTI (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQUEIO FLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

15483 HUGO FREITAS DE ARAUJO

QUIRÃO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DIAGNOSTICO: FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI EM PUNHO ESQUERDO
CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA DCP E PARAFUSOS
CIRURGIÃO: DR HUGO FREITAS
1º AUXÍLIO: DR FRED
2º AUXÍLIO: DRA MARIANA CAVALCANTI
INSTRUMENTADOR (A): ELIMAR
ANESTESISTA: DR GENESIO GOMES
ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

RELATO DA INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO;
3. GARROTEAMENTO EM MISE;
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS;
5. INCISÃO ENTRE O FLEXOR RADIAL DO CARPO E ARTERIA RADIAL DE PUNHO ESQUERDO, EM REGIÃO VOLAR, DE 2CM;
6. DISSECAÇÃO POR PLANOS;
7. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA DCP 3.5MM COM 3 PARAFUSOS PROXIMAIS E 3 DISTAIS;
8. FIXAÇÃO POR PLANOS;
9. RETIRADA DE GARROTE, BOA PERFUSÃO DISTAL;
10. CURATIVO ESTÉRIL;
11. CONTROLE COM RX

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Mariana Cavalcanti
Médica
CRM-PE 14973

DR(A) HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM: 15483

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: José Claudio de Fátima
CLÍNICA: _____

REG: 305 III

ENFERMAGEM: _____

LEITO: _____

DATA/HORA

14/8/2017

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HO: 1- Exame de radiografia E

2- Exame de manobra de stress em

ITD unilaterais.

Paciente sem queixas no momento.

Exame: EGB, curvado, supinado, lateral.

Articulação, Auscultação.

CD: 1- Bateria completa (para exame completo de radiografia)

SOT

15/08/17

42a.

① Fratura de Rádio distal E

② Fratura de ulna lateral em TTE

conservador

Paciente sem queixas no momento.

Exame: EGB, curvado, supinado, lateral.

afetado.

CD: ① Aguardar programação cirúrgica hoje.

Dr. Thiago de Fátima
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 145.728





Laudo para solicitação de autorização de Internação

5124

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - Nome do Estabelecimento	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	8431589
3 - Nome do Estabelecimento	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	8431589

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Nome do Paciente	2 - Nº Registro		
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	109111		
3 - Data de Nascimento	4 - Sexo	5 - Raça/Cor	6 - End
17/11/1974	X 1	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
7 - Telefone da Conta	8 - Telefone de Contato		
8199120522			
9 - Endereço	10 - UF	11 - CEP	
RUA SÍTIO ENGENHO NOVO - CENTRO	PE	53810090	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

12 - Descrição da Lesão / Diagnóstico

13 - Data da Lesão / Data da Internação

14 - Data da Lesão / Data da Internação

15 - Data da Lesão / Data da Internação

16 - Data da Lesão / Data da Internação

17 - Data da Lesão / Data da Internação

18 - Data da Lesão / Data da Internação

19 - Data da Lesão / Data da Internação

20 - Data da Lesão / Data da Internação

21 - Data da Lesão / Data da Internação

22 - Data da Lesão / Data da Internação

23 - Data da Lesão / Data da Internação

24 - Data da Lesão / Data da Internação

25 - Data da Lesão / Data da Internação

26 - Data da Lesão / Data da Internação

27 - Data da Lesão / Data da Internação

28 - Data da Lesão / Data da Internação

29 - Data da Lesão / Data da Internação

30 - Data da Lesão / Data da Internação

31 - Data da Lesão / Data da Internação

32 - Data da Lesão / Data da Internação

33 - Data da Lesão / Data da Internação

34 - Data da Lesão / Data da Internação

35 - Data da Lesão / Data da Internação

36 - Data da Lesão / Data da Internação

37 - Data da Lesão / Data da Internação

38 - Data da Lesão / Data da Internação

39 - Data da Lesão / Data da Internação

40 - Data da Lesão / Data da Internação

41 - Data da Lesão / Data da Internação

42 - Data da Lesão / Data da Internação

43 - Data da Lesão / Data da Internação

44 - Data da Lesão / Data da Internação

45 - Data da Lesão / Data da Internação

46 - Data da Lesão / Data da Internação

47 - Data da Lesão / Data da Internação

48 - Data da Lesão / Data da Internação

49 - Data da Lesão / Data da Internação

50 - Data da Lesão / Data da Internação

51 - Data da Lesão / Data da Internação

52 - Data da Lesão / Data da Internação

53 - Data da Lesão / Data da Internação

54 - Data da Lesão / Data da Internação

55 - Data da Lesão / Data da Internação

56 - Data da Lesão / Data da Internação

57 - Data da Lesão / Data da Internação

58 - Data da Lesão / Data da Internação

59 - Data da Lesão / Data da Internação

60 - Data da Lesão / Data da Internação

61 - Data da Lesão / Data da Internação

62 - Data da Lesão / Data da Internação

63 - Data da Lesão / Data da Internação

64 - Data da Lesão / Data da Internação

65 - Data da Lesão / Data da Internação

66 - Data da Lesão / Data da Internação

67 - Data da Lesão / Data da Internação

68 - Data da Lesão / Data da Internação

69 - Data da Lesão / Data da Internação

70 - Data da Lesão / Data da Internação

71 - Data da Lesão / Data da Internação

72 - Data da Lesão / Data da Internação

73 - Data da Lesão / Data da Internação

74 - Data da Lesão / Data da Internação

75 - Data da Lesão / Data da Internação

76 - Data da Lesão / Data da Internação

77 - Data da Lesão / Data da Internação

78 - Data da Lesão / Data da Internação

79 - Data da Lesão / Data da Internação

80 - Data da Lesão / Data da Internação

81 - Data da Lesão / Data da Internação

82 - Data da Lesão / Data da Internação

83 - Data da Lesão / Data da Internação

84 - Data da Lesão / Data da Internação

85 - Data da Lesão / Data da Internação

86 - Data da Lesão / Data da Internação

87 - Data da Lesão / Data da Internação

88 - Data da Lesão / Data da Internação

89 - Data da Lesão / Data da Internação

90 - Data da Lesão / Data da Internação

91 - Data da Lesão / Data da Internação

92 - Data da Lesão / Data da Internação

93 - Data da Lesão / Data da Internação

94 - Data da Lesão / Data da Internação

95 - Data da Lesão / Data da Internação

96 - Data da Lesão / Data da Internação

97 - Data da Lesão / Data da Internação

98 - Data da Lesão / Data da Internação

99 - Data da Lesão / Data da Internação

100 - Data da Lesão / Data da Internação

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1 - Tipo de Procedimento	2 - Código do Procedimento
REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA / LUXAÇÃO DE MONTEGGIA OU DE GALEAZZI	0409020180
3 - Nome do Profissional	4 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
5 - Data da Solicitação	6 - Data da Solicitação
07/06/2017	07/06/2017
7 - Nome do Profissional	8 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
9 - Data da Solicitação	10 - Data da Solicitação
07/06/2017	07/06/2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

1 - Nome do Paciente	2 - CNES	3 - CNES	4 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
5 - Nome do Paciente	6 - CNES	7 - CNES	8 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
9 - Nome do Paciente	10 - CNES	11 - CNES	12 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
13 - Nome do Paciente	14 - CNES	15 - CNES	16 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
17 - Nome do Paciente	18 - CNES	19 - CNES	20 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
21 - Nome do Paciente	22 - CNES	23 - CNES	24 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
25 - Nome do Paciente	26 - CNES	27 - CNES	28 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
29 - Nome do Paciente	30 - CNES	31 - CNES	32 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
33 - Nome do Paciente	34 - CNES	35 - CNES	36 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
37 - Nome do Paciente	38 - CNES	39 - CNES	40 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
41 - Nome do Paciente	42 - CNES	43 - CNES	44 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
45 - Nome do Paciente	46 - CNES	47 - CNES	48 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
49 - Nome do Paciente	50 - CNES	51 - CNES	52 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
53 - Nome do Paciente	54 - CNES	55 - CNES	56 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589
57 - Nome do Paciente	58 - CNES	59 - CNES	60 - CNES
JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA	8431589	8431589	8431589

AUTORIZAÇÃO

1 - Nome do Profissional Autorizador	2 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
3 - Nome do Profissional Autorizador	4 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
5 - Nome do Profissional Autorizador	6 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
7 - Nome do Profissional Autorizador	8 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
9 - Nome do Profissional Autorizador	10 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
11 - Nome do Profissional Autorizador	12 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
13 - Nome do Profissional Autorizador	14 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
15 - Nome do Profissional Autorizador	16 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
17 - Nome do Profissional Autorizador	18 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
19 - Nome do Profissional Autorizador	20 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
21 - Nome do Profissional Autorizador	22 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
23 - Nome do Profissional Autorizador	24 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
25 - Nome do Profissional Autorizador	26 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
27 - Nome do Profissional Autorizador	28 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
29 - Nome do Profissional Autorizador	30 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
31 - Nome do Profissional Autorizador	32 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
33 - Nome do Profissional Autorizador	34 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
35 - Nome do Profissional Autorizador	36 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
37 - Nome do Profissional Autorizador	38 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
39 - Nome do Profissional Autorizador	40 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
41 - Nome do Profissional Autorizador	42 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
43 - Nome do Profissional Autorizador	44 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
45 - Nome do Profissional Autorizador	46 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
47 - Nome do Profissional Autorizador	48 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
49 - Nome do Profissional Autorizador	50 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
51 - Nome do Profissional Autorizador	52 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
53 - Nome do Profissional Autorizador	54 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
55 - Nome do Profissional Autorizador	56 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
57 - Nome do Profissional Autorizador	58 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125
59 - Nome do Profissional Autorizador	60 - CNES
JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR	98001628855125

Código do Laudo: 390156





MIGUEL ARRAES

FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 390163

Usuário: JACKELINEEPL

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA
Idade: 42s 8m 20d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: Escolaridade: Prontuário: 106111
R.G.: C.P.F.: 86033991400 Telefoni: CEP: 53610090
Endereço: RUA SÍTIO ENGENHO NOVO - CENTRO - IGARASSU - PE

Dados da Internação

Origem: INTERNACAO
Convênio: SÚM - INTERNACAO
Data e Hora da Internação: 7/8/2017 03:44
Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE2-20
Medico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.:
Número: Estado civil:
Cidade: Estado:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 17/08/17 Hora da Alta: 17:00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: 1

Diagnóstico Principal.....: Fr 113 Distal Humer e

Diagnóstico Secundário01.: Fr Humer

Diagnóstico Secundário02.:

Medicamento.....: Imf 113 Distal Humer

Imob 6-8h + MZ (D)

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 06/08/2017 22:00

Nome Paciente: JOSE CLAUDIO DE FREITAS
Cód. Paciente: 448959
Data de Nascimento: 17/11/1974
Sexo: Masculino
Idade: 42
Senha: 0236
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 06/08/2017 22:01 - 06/08/2017 22:01

JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE
Cor: VERDE

Queixa Principal: AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 8H.

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/08/2017 22:01

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Atendimento: 390163
Dt Atendimento: 07/08/2017 - 03:44
Paciente: 108111 JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA
Dt Alta: 17/08/2017 - 16:00
Serviço: 37 ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 80 ORTL-513-LEITO 004
Plano: 1 GERAL
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
Usuário: JENNIFERMLS
CID: S525 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO
Motivo de Alta: 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA
Conservação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



SOT

25/12/19

- HD: 1- Exame físico extenso em MIE, PEA, PAUSA/LUXAS DA LUXAS E EM PUNTO E
- 2- OBT: LE + DC + SUTURA + LUTENS COM ADAPTAÇÃO; VEREJO.
- 3- Exame físico extenso, assim como no momento.
- 4- Exame físico, hepatomegalia, splenomegalia, linfadenopatia.
- 5- Exame físico e LUTENS.
- 6- Exame físico, PEA, PUNTO E, sem alteração.
- 7- Exame físico, PEA, PUNTO E, MIE e LUTENS.

Dr. Paulo Antônio Coelho Castor
Médico
CRM 12.728

25/12/19

SOT

- HD: 1- Exame físico extenso em PUNTO E, LUTENS, VEREJO.
- 2- OBT: DC + LE + SUTURA + LUTENS COM ADAPTAÇÃO (em ponto).
- 3- Exame físico, assim como no momento.
- 4- Exame físico: ECG, Coração, Pulmões, Abdomen, Membros, Linfáticos.
- CD: 1- Exame físico, LUTENS, VEREJO, assim como no momento.
- 2- Exame físico em MIE.
- 3- Exame físico extenso.
- 4- Exame físico, LUTENS, VEREJO.
- 5- Exame físico, LUTENS, VEREJO, assim como no momento.

Dr. Paulo Antônio Coelho Castor
Médico
CRM 12.728



Atendimento: 1175666

Senha de Classificação:

0233

Data e Hora: 06/08/2017 21:48

Paciente: 448959 JOSE CLAUDIO DE FREITAS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/11/1974

Idade: 42 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: ROSENIRA CANDIDO DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: PIRAJURI

-

0

Bairro: CRUZ DE REBOUCAS

Cidade/UF: IGARASSU

PE

Cep: 53620460

Usuário Atendimento: KELAPS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 91205222

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

queixa de dor no lado esquerdo do abdômen, tipo cólica, com vômito e diarreia.

Exame Físico

paciente consciente, bem-orientado, com sinais vitais dentro da normalidade. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdômen com dor à palpação no quadrante superior esquerdo.

Hipótese Diagnóstico

1º - Ado. síndrome de intestino irritável.

Conduta Terapêutica

1º - Hidratação oral com soro de farmácia.

Prescrição Médica

1 - 1000 ml / 500 ml de soro de farmácia
2 - 1000 ml de água de coque
3 - 1000 ml de chá de camomila

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: 2º andar - 2º andar - 2º andar

Senha



1175666

Assinado eletronicamente por: PAULO ANTONIO COELHO CASTOR - 06/06/2019 12:38:16

Dr. José Carlos de Freitas



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 06/08/2017 21:42

Nome Paciente: JOSE CLAUDIO DE FREITAS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 42
Senha: 0233
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 06/08/2017 21:43 - 06/08/2017 21:45

JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGÊNCIA - AMARELO
Cor: AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDO SAMU IGARASSU VITIMA DE QUEDA COM DOR EM REGIÃO TORÁCICO, DOR +
ESCORIAÇÃO EM MIE, MSE, NG VÔMITOS, NG DESMAIO

Observação: ALERGIA: NEGA
HAS
DM:

Programa sintoma: DOR ABDOMINAL / QUEIXAS URINÁRIAS
Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade: CLÍNICA GERAL

Acolhido(a) por: JULIANA TAVARES LINS - COREN: 312392 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 06/08/2017 21:45

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda, 17 de Outubro de 2017.

DECLARAÇÃO

Declaramos que nas fichas dos atendimentos n°1175666 e n°1175669, onde se lê o nome do paciente JOSE CLAUDIO DE FREITAS e nome da mãe ROSENIRA CANDIDO DA SILVA leia-se. **JOSÉ CLÁUDIO DE FREITAS DA SILVA E ROSEMIRA CANDIDO DA SILVA**. Informamos que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação do RG: 6.789.145.

Atenciosamente,

UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral

FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES
IMIP HOSPITALAR

RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE
FONE: 3184-4303



SINISTRO 3170628024 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO JOSE CLAUDIO DE FREITAS DA SILVA

CPF/CNPJ: 960333991400

Posição em 18-03-2019 13:48:21

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			
22/12/2017	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25

