

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE: **JOSÉ LUIZ DE MELO**, brasileiro, em união estável, desempregado, portador do RG n.º 1.946.077 SDS/PE e do CPF nº 520.341.354-15, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Rio Tocantins, nº 671, Boa Esperança, Abreu e Lima/PE. CEP. nº 53.580-730.

OUTORGADOS: Bel. **ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na **OAB/PE 1292-A**, CPF nº **917.578.194-87**, e-mail: **adsonadv@hotmail.com**; e Bela. **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, brasileira, divorciada, portadora do RG nº 7.742.986 SSP/PE e do CPF nº 884.647.684-00, e-mail: **wradvogadosip@hotmail.com**, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor **ACÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

CLAUSULA CONTRATUAL: Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 03 de julho de 2019.



OUTORGANTE: _____

A ROGO: Inatan Torres de Oliveira _____

NOME: INATAN TORRES DE OLIVEIRA _____

CPF: 463.885.324-20 RG: 3.018.135 PARENTESCO: ENTEADO _____



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JOSÉ LUIZ DE MELO, brasileiro, em união estável, desempregado, portador do RG n.º 1.946.077 SDS/PE e do CPF nº 520.341.354-15, e-mail: não possui, residente e domiciliado na Rua Rio Tocantins, nº 671, Boa Esperança, Abreu e Lima/PE. CEP. nº 53.580-730. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CIVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 03 de julho de 2019.



DECLARANTE: _____

A ROGO: Inácio Torres de Oliveira

NOME: INÁCIO TORRES DE OLIVEIRA

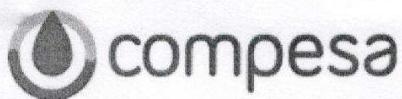
CPF: 463.885.324-20 RG: 3.018.135 PARENTESCO: ENTEADO





Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 09/07/2019 10:28:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910285666200000046830260>
Número do documento: 19070910285666200000046830260

Num. 47556474 - Pág. 1



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20190327618049 Escritório: ABREU E LIMA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 02761804.9			03/2019-2	
JOSE LUIZ DE MELO						
R RIO TOCANTINS, N. 00671 - BOA ESPERANÇA ABREU E LIMA PE 53580-730						
INSCRIÇÃO: 165.215.200.0130.000		GRUPO: 3			OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02761804.9	
RESPONSÁVEL		ENDERECO PARA ENTREGA				
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICO
HIDRÔMETRO A13U025333	DATA LEIT. ANTERIOR 22/02/2019		DATA LEIT. ATUAL 26/03/2019			TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL /
ÁGUA	CONSUMO: 4	ESGOTO	LEIT. ANT.:		VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 301		LEIT. ATUAL:				
LEIT. ATUAL: 305		LEIT. FAT.:				
LEIT. FAT.: 305						
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS			
02/2019	2/	A	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO	
01/2019	2/	A	50	50	48	
12/2018	3/	A	50	50	44	
11/2018	3/	A	50	50	49	
10/2018	2/	E	50	50	49	
09/2018	3/	A	50	50	50	
MÉDIA	2/ 0	A				
OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.						

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

4 M3 41,30

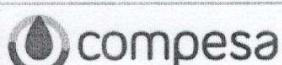
TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COFINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 05/04/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 26/03/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA: 02761804.9 03/2019-2

VENCIMENTO: 05/04/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

VIA COMPESA

82860000000-2 41300018165-7 02761804901-2 03201920003-8

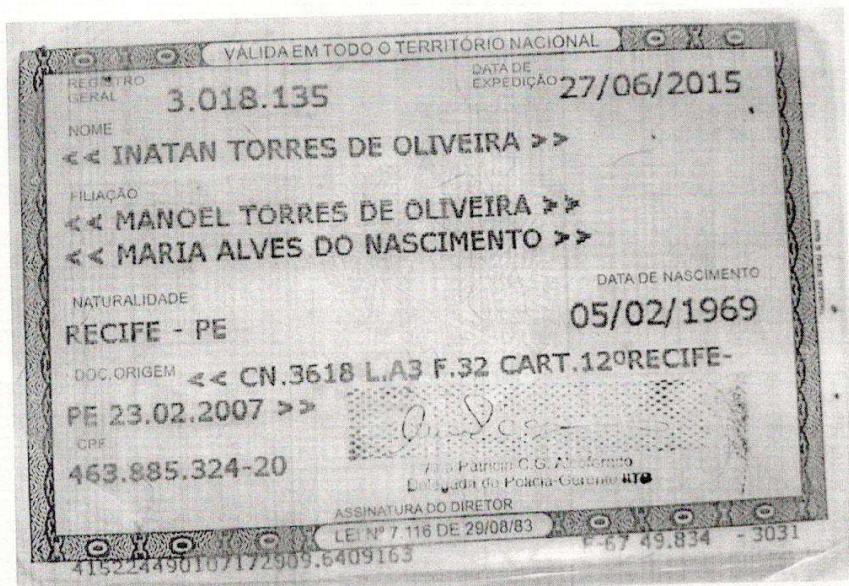


AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIA - 09/07/2019 10:28:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910285666200000046830260>
Número do documento: 19070910285666200000046830260

Num. 47556474 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 09/07/2019 10:28:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910285677200000046830262>
Número do documento: 19070910285677200000046830262

Num. 47556476 - Pág. 1



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **463.885.324-20**

Nome: **INATAN TORRES DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **05/02/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:45:29** do dia **04/07/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4148.D753.C4A2.89AB**



Este documento não substitui o “Comprovante de Inscrição no CPF”.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20190327618049 Escritório: ABREU E LIMA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE JOSE LUIZ DE MELO R RIO TOCANTINS, N. 00671 - BOA ESPERANCA ABREU E LIMA PE 53580-730 INSCRIÇÃO: 165.215.200.0130.000		MATRÍCULA: 02761804.9	03/2019-2
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02761804.9	
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICO
HIDROMETRO A130025333	DATA LEIT. ANTERIOR 22/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 26/03/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL /
ÁGUA LEIT. ANT.: 301 LEIT. ATUAL: 305 LEIT. FAT.: 305	CONSUMO: 4	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS
02/2019 2/	A	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZADAS
01/2019 2/	E	50	50 48
12/2018 3/	A	50	50 44
11/2018 3/	E	50	50 49
10/2018 2/	A	50	50 49
09/2018 3/	E	50	50 50
MÉDIA 2/ 0	E	OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.	

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	4 M3	41,30
TRIBUTOS		VALOR DO IMPOSTO
PIS COFINS	41,30	0,68 3,14
VENCIMENTO: 05/04/2019	TOTAL A PAGAR: 41,30	

Emitido por: INTERNET	Emitido em: 26/03/2019
-----------------------	------------------------

compesa	ATENDIMENTO: 0800-0810195 VAZAMENTOS: 0800-0810185	Arpe Agência de Regulação de Pernambuco 0800-2813844
VENCTIMENTO: 05/04/2019	MATRÍCULA: 02761804.9	03/2019-2
CÓDIGO DE BARRAS	TOTAL A PAGAR: 41,30	
VIA COMPESA		
82860000000-2 41300018165-7 02761804901-2 03201920003-8		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIA - 09/07/2019 10:28:56
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910285677200000046830262>
Número do documento: 19070910285677200000046830262

Num. 47556476 - Pág. 3



QUALIFICAÇÃO CIVIL	
Nome	José Luiz de Melo
Loc. Nasc.	Paulista
Filiação	Luiz Antônio de Melo e Maria Rosa de Corrêa
Doc. Nº	RG 1.946.077 SDS - PE
ESTRANGEIROS	
Chegada ao Brasil em	/ / Doc. Ident. Nº
Exp. em	/ / Estado
Obs.:	
Data Emissão	02.09.2008 DRT PE
Assinatura do Funcionário (MAT 26725-1)	

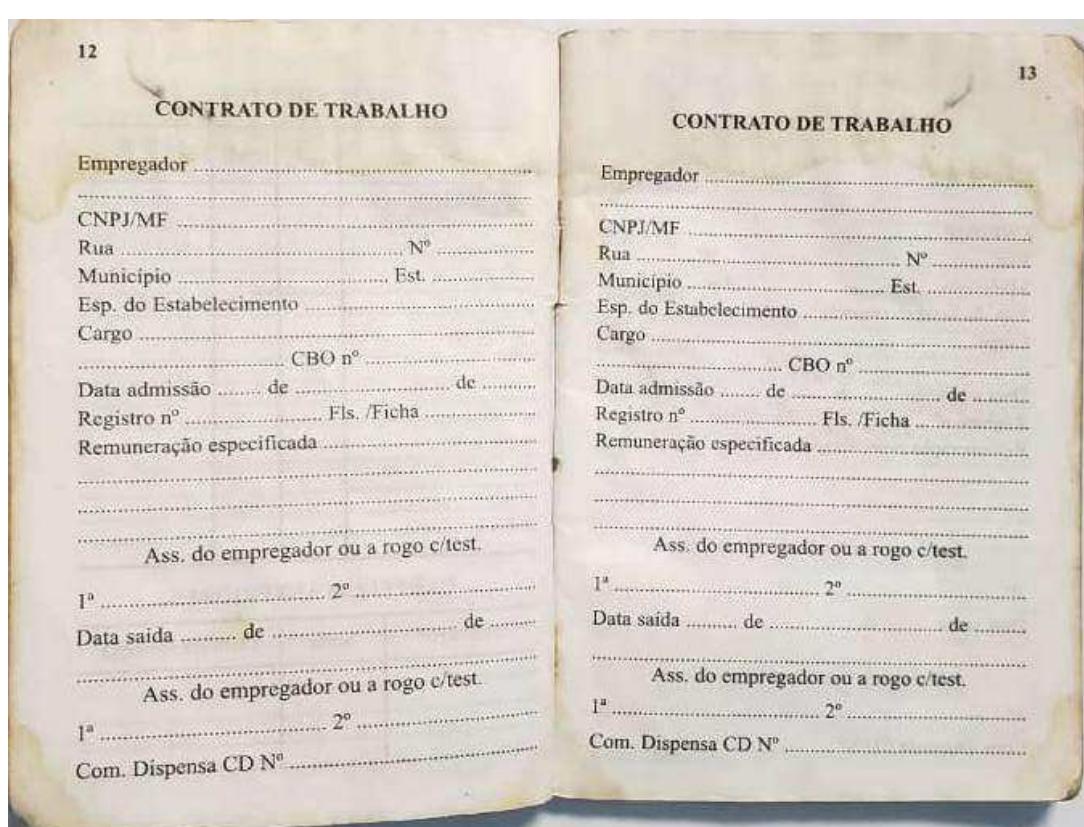


Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 09/07/2019 10:28:56
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910285690500000046830263>
Número do documento: 19070910285690500000046830263

Num. 47556477 - Pág. 1

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)



21/03/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ºCIRC DIM/8ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0117000832**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/03/2019** às **15:14**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **18/1/2019** às **22:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101 NORTE, 1** - Bairro: **CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO A PRAÇA NA ALTURA DA NARCISO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**.

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
JOSE LUIZ DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSÉ LUIZ DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMae: **MARIA ROSA DO CARMO** Pai: **LUIZ ANTONIO DE MELO** Data de Nascimento: **18/10/1949** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1946077/SDS/PE (RG)**, **52034135415 (CPF)** Estado Civil: **SEPARADO(A)** Telefones Celulares:
- **81983732968**

Endereço Residencial: **RUA RIO TOCANTINS, 671, BOA ESPERANÇA - CEP: 55000-000** - Bairro: **FOSFATO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoNaturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Raca: **KIQ6232 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação



21/03/2019

Bolotim de Ocorrência

RELATA AINDA O QUEXOSO QUE ATRAVESSAVA A BR 101, PRÓXIMO A PRAÇA DE ABREU E LIMA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UMA MÔTO DE PLACA KIQ 6232, QUE O CONDUTOR DIRIGIA EM ALTA VELOCIDADE, EVADINDO-SE DO LOCAL DO FATO. SENDO A VÍTIMA SOCORRIDA ATRAVÉZ DA UNIDADE DO CORPO DE BOMBEIROS ATÉ O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, PAULISTA/PE. ONDE DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE FRATURA FECHADA DOS OSSOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. PELO EXPOSTO, PEDE PROVIDENCIAS A ESTA DP.

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

**JOSE LUIZ DE MELO
(VITIMA)**

B.O. registrado por: ROGERIO MARQUES DE MELO RIBEIRO - Matrícula: 3811476





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2019APH000270 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). JOSE LUIZ DE MELO, 68 anos, BRASILEIRO(a), CASADO(a), RG nº 1946077 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 520.341.354-15, residente à rua rio tocantis, nº 671, , nova esperança, abreu e lima-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/01/2019, por volta das 22:43 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, CENTRO ABREU E LIMA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo MOTOCICLETA BROS DE COR PRETA E PLACA KIQ6232-PE ; , no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) JOSE LUIZ DE MELO, inscrito sob o CPF nº 520.341.354-15 e Registro Geral nº 1946077, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710303-4 CEFAS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 461725. Ficou aos cuidados do médico CASCIA TORRES, registro 23907. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 21/02/2019

*A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH000270*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

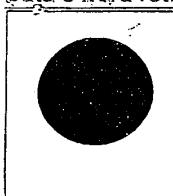


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/01/2019 23:37



Nome Paciente: JOSE LUIZ DE MELO
Cód. Paciente: 122201
Data de Nascimento: 18/10/1949
Sexo: Masculino
Idade: 69
Senha: 0039
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 461725
SAME: 109088

Período: 18/01/2019 23:46 - 18/01/2019 23:50

PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGÊNCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE SOFREU ATROPELAMENTO NÃO BATEU A CABEÇA ,NEGA DESMAIO FRATURA FX MID + LESAÕ EXTENSA MSD SEGUNDO INFORMAÇÃO DO BOMBEIRO

Observação: HAS- DM-

Exame sintoma: DOR ABDOMINAL / QUEIXAS URINÁRIAS

Criminador(es): - SSVV ALTERADOS

Socialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 5
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 58.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 RPM
- GLICOSE: 109.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 220.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 113.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

Processo 297613
Paula Fabiana Silva Andrade
flexal
MSD

REVISADO
NEP/VM

Acolhido(a) por: PAULA FABIANA SILVA ANDRADE - COREN: 297613 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/01/2019 23:50

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 09/07/2019 10:28:57
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910285712400000046830267>
Número do documento: 19070910285712400000046830267

Num. 47556481 - Pág. 1



HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 461725

Data e Hora: 18/01/2019 23:40

Senha da Classificação:

0039

Paciente: 122201 JOSE LUIZ DE MELO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 18/10/1949 Idade: 69 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe:: MARIA ROSA DO CARMO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: RUA RIO TOCANTINS

681

Bairro: BOA ESPERANCA

Cidade/UF: ABREU E LIMA PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Paciente vítima de atropelamento por moto na noite
Sem rato de drenos ou perda de consciente. Negar
dor torácico e abdominal

Exame Físico

TOR: consciente, orientado, eumônico, eufacial.
ATC: FC = 60 bpm
RR = 18 + m. Auscultar Sist = 96%
Pulse = global, pouco terno, rachado

Hipótese Diagnóstico

① Politrauma

② TCT livre

Prescrição Médica

1:42 (19/01/19) # COT#
rito no fixo de cinturão de cinto
da perna (D) , ferido na mão
(D) : Ag. Xilazine 50 mg. (benz)
Sistema f) ag. propofol
ciclopi.

Assinatura e Carimbo/Médico

Dr. Leonardo Pereira

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência Ortopedia
() Transferido: Para _____ Senha: _____
() Encaminhado ao setor de internação





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES			2 - CNES 6431569		
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES			4 - CNES 6431569		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - Nome do Paciente JOSE LUIZ DE MELO			6 - Nº Prontuário 122201		
7 - Cartão Nacional do SUS 704807035919147			8 - Data de Nascimento 18/10/1949	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - Raça Cor 02 - Preta
11 - Nome da Mãe MARIA ROSA DO CARMO			10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica		
13 - Nome Responsável MARIA DO CARMO			12 - Telefone de Contato 8198373296		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) RUA RIO TOCANTINS, 681 - BOA ESPERANÇA			14 - Telefone de Contato		
16 - Município REU E LIMA			17 - IBGE 260005	18 - UF PE	19 - CEP 53580730
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
<p>20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos ESTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA 4 HORAS APROXIMADAMENTE APRESENTANDO FERIMENTO EM BRAÇO DIREITO E FRATURA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA.</p>					
<p>21 - Condições que Justificam a Internação TRATAMENTO CIRURGICO</p>					
<p>22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas EXAME FÍSICO E RAIO X</p>					
<p>23 - Diagnóstico Inicial / Código FRATURA FECHADA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA</p>					
			24 - CID 10 Principal S828	25 - CID 10 Secundário W000	26 - CID 10 Causas Associadas 0408050
<p>27 - Detalhamento do Procedimento Solicitado</p>			<p>PROCEDIMENTO SOLICITADO</p> <p>PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA</p>		
<p>Cpecialidade CIRÚRGICA</p>			30 - Caráter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS () CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 707606263739491
<p>Nome do Profissional Solicitante/Assistente ICARO MOLIM DE SOUSA PEREIRA</p>			34 - Data da Solicitação 19/01/2019	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) Dr. ICARO MOLIM DE SOUSA PEREIRA Ortopedia e Traumatologia CRF-CE 26560	36 - Série 26560
<p>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</p>					
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série		
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR		
38 - () Acid. Trabalho Trajetô					
45 - Vínculo com a Previdência	() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado				
AUTORIZAÇÃO					
46 - Nome do Profissional Autorizado			47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)	
48 - Documento () CNS () CPF			49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado		
50 - Data da Autorização			51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) <i>Dionice Moser Ortopedia CRF-CE 171</i>		
AIH 261910213248-2					
Código do Laudo: 461725					



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

Página.: 0001
Data.....: 23/01/2019
Hora.....: 09:52

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 54152
Paciente : 122201
Convênio Atend. : 1
Leito : 698
Dt. Início : 23/01/2019 09:15 Dt. Fim : 23/01/2019 10:50

Sala : 0003 SALA 03

Atendimento : 461738
Carteira :
Idade : 69 Anos 5 Dias 10 Horas

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

URGIAO 11581 MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA
ESTESISTA 2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA
CIRURGIA: REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA DE HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA
CIRURGIÃO: DR MAURICIO MIRANDA
1º AUXÍLIO: DR PEDRO CUNHA
2º AUXÍLIO : DR RENATO HOLANDA
ANESTESISTA: DR GENESIO GOMES
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MID;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MID;
4. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
DISSECÇÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
5. ABERTO CANAL MEDULAR DA TÍBIA;
6. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA;
7. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 10 X 320;
8. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS NO INTENSIFICADOR DE IMAGENS CORTICAIS E CONFERIDOS
9. LIMPEZA COM SF 0,9%;
10. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
11. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;

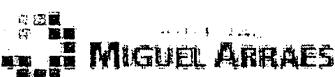
Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : MAURICIO DE MIRANDA MOREIRA
CRM : 11581

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE LUIZ DE MELO

REG: 122201

IDADE: 69 SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 19/01/2019

DATA DA ALTA: 24/1/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 23/01/2019 – OSTEOSÍNTSE COM HASTE BLOQUEADA

ORIENTAÇÕES:

- ➔ AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÁS SEXTA-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- ➔ FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- ➔ PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- ➔ DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE MULETAS
- ➔ RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FALTA DE AR, FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____ / _____ / _____

Dc. Pedro Cunha
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 28.379

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE





FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 461738

Usuário: WESLEYFS

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

DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE LUIZ DE MELO	Prontuário: 122201		
Idade: 69a 3m 2d	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 18/10/1949
Profissão:	Escolaridade:		
R.G.:	C.P.F.:	Telefone:	CEP 53580730
Endereço: RUA RIO TOCANTINS	, 681	- BOA ESPERANCA	- ABREU E LIMA - PE
Origem: INTERNACAO	Dados da Internação		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 19/01/2019 03:26	Plano: GERAL	
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERMELHO EXTRA 21		
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Número:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil :

OS 08/01/19

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 24/01/19	Hora da Alta: _____ : _____
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: Boas	
Diagnóstico Principal.....: Fract. dos ossos de punho	
Diagnóstico Secundário01.: _____	
Diagnóstico Secundário02.: _____	
Procedimento.....: OSS de HMEVISAO/CH-HMF	
Médico e CRM:	

Dr. Luciano Medeiros
CRM-PB 7.171

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a Internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, 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.

Em _____ de _____ de _____



Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





Evolução Clínica

NOME: JOSÉ LUIZ DE MELO REG: 122201

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
19/1/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
1:40	PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO
	HÁ 4 HORAS APROXIMADAMENTE APRESENTANDO DOR
	E DEFORMIDADE EM Perna Direita + FERIMENTO EM
	BRAÇO DIREITO. NEGA ALERGIAS.
	EF: REG, LOTE, EUPNEICO, AFEBRIL
	MSD: PRESENÇA DE CORTE EM FACE POSTERIOR
	MID: PRESENÇA DE DOR E DEFORMIDADE
	NVC+
	HD: FRATURA FECHADA DE OSSOS DA Perna DIREITA
	CD: INTERNO PARA AGUARDAR PROGRAMAÇÃO CIRUR-
	GICA SEGUNDO ORIENTAÇÃO DE DR FAGNER ATHAYDE.
20.01.19	<i>at. SOT. ap</i>
06:00	<i>hd. fl. normal</i> <i>Paciente tiveram estreñido SI</i> <i>Querida Alergia no humor</i> <i>Respiração consistente</i> <i>Curvatura Afras</i> <i>mid - Tela corporal</i>

CO: Ab. Cirurgião

Dr. Samuel Moura
Médico
CRM-PE 26.555



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 461725 Prontuário: 122201 SAME: 109088 Hora Atend: 23:40 Data Atend: 18/01/2019
Paciente..... : JOSE LUIZ DE MELO Idade: 69 a
Endereço..... : RUA RIO TOCANTINS
Bairro..... : BOA ESPERANCA
Cidade..... : ABREU E LIMA UF.: PE CEP: 53580730
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal.....: -
CID's Secundários. :
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 19/01/2019 Hora Saída : 03:25

Prestador da Evolução Médica: ICARO MOLIM DE SOUSA PEREIRA

ICARO MOLIM DE SOUSA PEREIRA / 26560
CIRURGIA GERAL

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 461738

Dt Atendimento: 19/01/2019 - 03:26

Paciente: 122201 JOSE LUIZ DE MELO

Dt Alta: 24/01/2019 - 17:06

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 66 ORTL-510-LEITO 002 Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: JENNIFERMLS

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação 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



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 09/07/2019 10:28:57
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910285712400000046830267>
Número do documento: 19070910285712400000046830267

Num. 47556481 - Pág. 9



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente JOSE LUIZ DE MELO	6 - Nº Prontuário 122201		
7 - Cartão Nacional do SUS 704807035919147	8 - Data de Nascimento 18/10/1949	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RaçaCor <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 02 - Preta
11 - Nome da Mãe MARIA ROSA DO CARMO	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica		
13 - Nome Responsável MARIA DO CARMO	12 - Telefone de Contato 8198373296		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) RUA RIO TOCANTINS, 681 - BOA ESPERANÇA	14 - Telefone de Contato		
Município ABREU E LIMA	17 - IBGE 260005	18 - UF PE	19 - CEP 53580730

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

2 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos INTE EM PO DE FRATURA FECHADA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA FEITA HIM DIA 26/01 COMPARECE A URGENCIA COM QUEIXA DE AUMENTO DA DOR , EM PANTURRILHA AO MOBILIZAR O PE . AO EXAME APRESENTA LESAO EM REGIAO ANTERIOR DA Perna COM SAIDA DE SECREÇÃO SEROSA . EDEMA 3+/4+

21 - Condições que justificam a Internação AS ACIMA
--

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas EXAME CLÍNICO E RADIOLOGICO
--

23 - Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA INFECÇÃO POS OSS?/ TVP?	24 - CID 10 Principal S822	25 - CID 10 Secundário W199	26 - CID 10 Causas Associadas
---	-------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Descrição do Procedimento/Solicitado PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	28 - Código do Procedimento 0415020069		
29 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Carater de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS () CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 204322973450007
Nome do Profissional Solicitante/Assistente IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA	34 - Data da Sollicitação 01/02/2019	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	14501

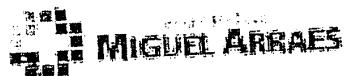
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série		
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR		

45 - Vínculo com a Previdência					
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO					
46 - Nome do Profissional Autorizador IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA			47 - Cód. Órgão Emissor E260000001	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH) 204322973450007	
48 - Documento () CNS () CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado 0415020069				
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)				

Código do Laudo: 463384





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSÉ LUIZ DE MELO
IDADE: 69 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 01/02/19

REG: 122201
DATA DA ALTA: 8/2/19

DIAGNÓSTICO:

- PO (23/01) HASTE INTRAMEDULAR DA TÍBIA DIREITA
- TVP AFASTADA

TRATAMENTO REALIZADO:

- INVESTIGAÇÃO PARA TVP
- CEFTAZIDIMA E VACOMICINA POR 07 DIAS

ORIENTAÇÕES:

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 01 SEMANA;
- REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIÁRIO CONFORME ORIENTADO PELA ENFERMAGEM;
- FAZER USO DE CIPROFLOXACINO + CLINDAMICINA POR 14 DIAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:
AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Dr. Edvaldo Mendonça Ferreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 24.728

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE
Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 09/07/2019 10:28:57
<https://pje.tje.pernambuco.gov.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19070910285712400000046830267>
Número do documento: 19070910285712400000046830267



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 463543

Usuário: HANNESSAKCCA

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

DADOS DO PACIENTE

Paciente:	JOSE LUIZ DE MELO			Prontuário:	122201
Idade:	69a 3m 15d	Sexo:	M	Estado Civil:	SOLTEIRO
Profissão:				Escolaridade:	
R.G.:	1946077	C.P.F.:		Telefone:	53580730
Endereço:	RUA RIO TOCANTINS			, 681	- BOA ESPERANCA
Origem:	URGENCIA/EMERGENCIA			Data e Hora da Internação:	01/02/2019 10:46
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA			Leito:	VERD2-16

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Número:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 08 / 02 / 19 Hora da Alta: 10:46

Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico Principal.....: PO (29/01) Hte Entromedura de Tíbia Direita

Diagnóstico Secundário01.: /

Diagnóstico Secundário02.: /

Procedimento.....: Tratamento de Tíbia - IVF Ajustante

Linfadino + Vascularizante

por Dr. Adson

Dr. Mário Mendonça Ferreira
Médico de Plantão / Traumatologia
CRM-PE 14.728

Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, 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.

Em 01 de Fevereiro de 2019



Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOSE LUIZ DE MELO REG:122201

PALEOPHAGEM:

LEITO: _____

CLÍNICA:

DATA/HORA	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
1/2/2019	# ADMISSÃO
	PACIENTE SEXO MASCULINO 69 ANOS EM PO DE FRATURA FECHADA DE OSSOS DA Perna DIREITA FEITA HIM DIA
	23/01/19. EVOLUIU COM DOR EM PANTURRILHA EDEMA E CLAUDICAÇÃO HÁ 2 DIAS. REFERE HAS . NEGA DM E
	ALERGIAS
	AO EXAME: REG ORIENTADO CONSCIENTE EUPNEICO AFEBRIL CORADO HIDRATADO NORMOTENSO NORMOCAR
	DICO
	MID- EDEMA 3+/4+ COM DOR EM PANTURRILHA
	SINAL DE HOMANS POSITIVO
	LESAO DE PELE COM SAIDA DE SECREÇÃO SEROSA DE PEQUENA QUANTIDADE
	HD: PO DE FX DOS OSSOS DA Perna DIREITA 23/01
	INFECÇÃO POS OSS?
	TVP?
	CD: INTERNAÇÃO
	SOLICITO LAB , NOVO RX , USG DOPPLER
03/02/19	ATR
	Dr. Samuel Moura Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 26.303
	+ Dr. F MARE
07/02/19	#505# Nº 1 / Recurso Pós Operatório Processo Socioeconômico Wos. gen., ex. pern A/P
	João Bosco B. C. Neto Traumatologia

~~for~~ Center on
for 1. Pre-our - site.
also do post description trip.
? MARCH 1983

~~João Bosco B. C. Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-MEPE 26.670~~



RELENTIAS/NEGA DM E ALERGIAS
- Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS
- Discriminador(es): - FERIDA INFECTADA COM SINAIS SISTÊMICOS
- Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 180.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 100.00 MMHG

REVISADO
NÉFI VMA

Alergias Atuais do Paciente

Substância Observação
- ANTIBIOTICOS1 - CEFAZOLINA 1G EV 8/8H D1:20/01 D3:25/01 2CIR

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local
.....

Enfermeiro

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 31/01/2019 11:25

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 463384 Prontuário: 122201 SAME: 109088 Hora Atend: 10:46 Data Atend: 31/01/2019
Paciente.....: JOSE LUIZ DE MELO Idade: 69 a
Endereço.....: RUA RIO TOCANTINS UF.: PE CEP: 53580730
Bairro.....: BOA ESPERANCA Plano...: PLANO UNICO
Cidade.....: ABREU E LIMA
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA
CID Principal.....:
CID's Secundários.:
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO Hora Saída : 10:40
Data Saída.....: 01/02/2019

~~Presidiária Evolução Médica / IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA~~

IVAN MARCIO GUEDES FERREIRA DE LIMA / 14501
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento:	463543	Dt Alta:	08/02/2019 - 16:33
Dt Atendimento:	01/02/2019 - 10:46		
Paciente:	122201 JOSE LUIZ DE MELO		
Serviço:	15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Convênio:	1 SUS - INTERNACAO
Leito:	58 ORTL-508-LEITO 002	Plano:	1 GERAL
Motivo Alta:	1 ALTA MELHORADA	Usuário:	ALYNEKLB
CID:	0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA		
Procedimento de Alta			
Observação de Alta			

ANA CAROLINE DA SILVA

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



SINISTRO 3190243989 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE LUIZ DE MELO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE LUIZ DE MELO

CPF/CNPJ: 52034135415

Posição em 05-04-2019 12:05:37

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/04/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

