

Atestado Médico

Paciente: JOSÉ MENDES DA SILVA

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima
nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 02/10/2016.

Necessitando de 15 (quinze) dias de afastamento de suas
atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 6 de outubro de 2016.

Francisco Ferreira
Médico
CRM-PE 23424

A Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º, estabelece:

"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.
Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado."
Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 041ª CIRCUNSCRIÇÃO - PONTE DOS CARVALHOS -
DP41ªCIRC DIM/10ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **19E0131000081**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/01/2019** às **09:33**

Complementa o BO Número: **19E0131000079**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **2/10/2016** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 1** - Bairro: **PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE MENDES DA SILVA (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)

JOSE MENDES DA SILVA (presente ao plantão) - NIC: **337613** Sexo: **Masculino** Mãe: **EMILIA LEOPOLDINA DE ARRUDA** Pai: **JOSE FRANCISCO DA SILVA** Data de Nascimento: **10/8/1948** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7100841/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO** Telefones Celulares: **- 984778426**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE PONTE DOS CARVALHOS (BAIRRO), 1, RUA DIOMEDES FERREIRA N.º 30 - CEP: 55000-000 - Bairro: PONTE DOS CARVALHOS - CABO DE SANTO AGOSTINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIADO(A)**

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **VEICULO**



Complemento / Observação

INFORMA QUE AO DESCER NO ONIBUS E TENTAR ATRAVESSAR A BR 101 SUL PROXIMO AO ARMAZEN VITORIA NO CENTRO DESTE MINICIPIO FOI ATROELADO POR UM VEICULO DESCONHECIDO. SENDO SOCORRIDO PELO SAMUR DO CABO AO HOSPITAL DOM HELDER.COM O N; DE OC.S235303 .ATENDIMENTO N ; 337613 MEDICO CRM; 17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA.ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA. SEGUE ANEXO FICHA DE ESCLARECIMENTO

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

**JOSE MENDES DA SILVA
(VITIMA)**

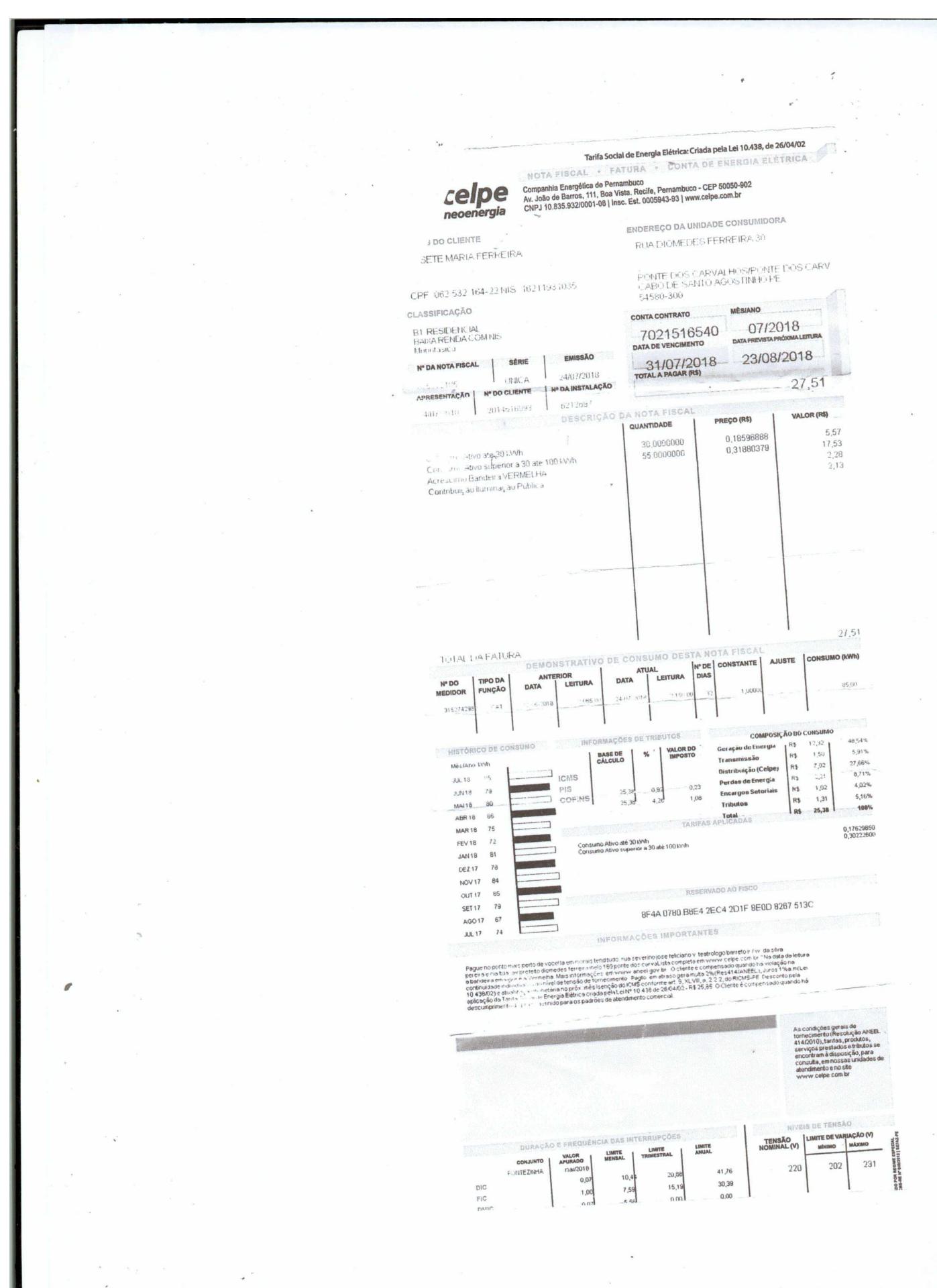
B.O. registrado por: **CARLOS ANTONIO MUNIZ** - Matrícula: **3844204**

22/01/2019 10:



Assinado eletronicamente por: JOSE CARLOS DA CUNHA - 10/07/2019 14:50:42
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071014504259200000046915089>
Número do documento: 19071014504259200000046915089

Num. 47642854 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: JOSE CARLOS DA CUNHA - 10/07/2019 14:50:42

Assinado eletronicamente por: JOSE CARESS DA CUNHA - 10/07/2014 14:59:42
<https://pie.tipe.ius.br:443/1/q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071014504270600000046915092>

<https://pje.tjpc.jus.br:443/tpj/ConsultaDocumento/ins>

Núm. 47642857 - Pág. 1

há aci-	que o
eciada,	
iso ser	) médi-
	riosos"
serviços	
or viti-	
ê deve	
✓ e de	
lo onde	
✓ a aci-	
los nos	
les não	
máqui-	
la ou	
identes.	
revio.	
spostos	
traba-	
lh.	



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número 83249 Serie 201



ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ MENDES DA SILVA

Nome: ...
Loc. Nasc. URGENTES Est. PC Data 10/08/48
Filiacao JOSE FRANCISCO DA SILVA E
EMILIA LEOPOLDINA DE ARRUDA
Doc. N° CCR 377131 F. 271

ESTRANGEIROS

www.Brazil.com / / Doc. Ident. N°

Chegada ao Brasil em / / / / Estado

Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão: 09/08/2002 Prof. GIBO STº AGOSTINHO - BE

...José Paulino de Andrade
Assinatura do Funcionário

ALTERA
(Com relaçāo)

None	.....
Doc.	.....
None	.....
Doc.	.....
None	.....
Doc.	.....
Est. Civil	.....
Doc.	.....
Est. Civil	.....
Doc.	.....
Nascimento	.....
Doc.	.....





DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOSÉ MENDES DA SILVA**, brasileiro, divorciado, agricultor, portador do RG nº 7.100.841 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 232.146.784-34, com endereço domiciliado sitio no Engenho Ilha, entrada de Barreiros S/N, Ponte dos Carvalhos, Cabo de Santo Agostinho/PE, CEP 54500-000. DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil).

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Cabo de Santo Agostinho/PE, 15 de março de 2019.

JOSÉ MENDES DA SILVA



Rua João Paes Barreto, nº 042 – A / Alto do Sol – Ponte dos Carvalhos, Cabo de Santo Agostinho/PE – CEP: 54580-660



Assinado eletronicamente por: JOSE CARLOS DA CUNHA - 10/07/2019 14:50:42
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071014504292300000046915096>
Número do documento: 19071014504292300000046915096

Num. 47642861 - Pág. 1



Sociedade dos pequenos agricultores de Ponte dos Carvalhos.

CNPJ: 08.917.794/0001-84.

Estrada velha de Barreiros S/N Engenho Ilha Pontes dos Carvalhos.

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Declaro para os devidos fins que a Sr. **JOSÉ MENDES DA SILVA**, Portadora DO RG nº: 710.0841 SSP/PE e CPF: 232.146.784-34, é domiciliado no sitio no Engenho Ilha-entrada velha de Barreiros S/Nº, Ponte dos Carvalhos, local onde trabalha e reside como caseiro há mais de seis(06) anos.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente para efeito legal.

Atenciosamente.

Vera Lúcia Domingos de Melo

VERA LUCIA DOMINGOS DE MELO

PRESIDENTE

Sociedade dos Pequenos Agricultores de Ponte dos Carvalhos
S.P.A.P.C
Entrada Velha de Barreiros, s/n - Engenho Ilha
Ponta dos Carvalhos - Cabe de Santo Agostinho - PE
CNPJ: 08.917.793/0001-84
Fundada em 22-08-1988

PONTE DOS CARVALHOS 16 DE DEZEMBRO DE 2017.



Assinado eletronicamente por: JOSE CARLOS DA CUNHA - 10/07/2019 14:50:43

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071014504301500000046915098>

Número do documento: 19071014504301500000046915098

Num. 47642863 - Pág. 1



Prefeitura Municipal do Cabo de Santo Agostinho
Secretaria Municipal de Saúde



DECLARAÇÃO

Consta em nº de ocorrência **S235303** que o SAMU Cabo de Santo Agostinho foi solicitado para prestar atendimento o Sr. **José Mendes da Silva** CPF: **232.146.784 - 34** RG: **710084** SDS PE no dia 02 de outubro de 2016, às 14h10min, na BR - 101 Ponte dos Carvalhos, próximo ao Armazém Vitória, Cabo de Santo Agostinho, vítima de atropelamento.

O mesmo foi atendido no local e posteriormente removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Cabo de Santo Agostinho, 25 de janeiro de 2017.

Atenciosamente,

Wênia Santos
Técnico em RH
SAMU CABO
Mat. 41693

Fábio Marinho Araújo
Coordenador Geral do SAMU

Endereço: BR -101 km 34 - Centro - Cabo de Santo Agostinho/PE - CEP 54.510-000
Fone: 3521 - 5108 E-MAILS: sainucabo192@yahoo.com





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Name: José inácio da Silva Registro: 86486

Clinica: _____ Enfermaria: 705 Lote: 20

Clinica:	Data/Hora
	ATENDIMENTO NUTRICIONAL
	Dia 04/10/16 Hora 12:00 hs.
	<u>Marcela Lira</u> Nutricionista Pediátrica Funcionária da Unif. Hospital Clínico
	<u>Marcela Lira</u> Nutricionista CRN 8053
04/10/16	Pct: em EGR, consciente, orientada, a feto metamorfose, eupônico, dieta por via oral tol- erada, sem pressão, D+ E G 3d, pesar pés eelidados. Clarissa Gomitti Enfermeira COREN/SC 448 030
05/10/16	Pct: retornou do BC, consciente e orientada, eupônico, apetite. D+ G+. D+ E+. Seus pés eelidados. Luis G Santos Enfermeira COREN/SC
05/10/16	Pct: evolui em EGR, consciente e orientada, eupônico. D+ G+. SUP MSN. Seus pés eelidados. Luis G Santos Enfermeira COREN/SC
06/10/16	Pct: evoluindo bem, obesidade e/ou querida FD: lipo + seca j/ flacidez EVN: presente OB: Alta



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 28228
Paciente : 86486
Convênio Atend. : 1
Leito : 32
Dt. Início : 05/10/2016 09:00

JOSE MENDES DA SILVA
SUS - INTERNACAO
405 - 02 - LT CMEDICA
Dt. Fim : 05/10/2016 10:00

Sala : 0003 SALA 03

Atendimento : 337613
Carteira :
Idade : 68 Anos

d Pré-Operatório :
j Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408020393
Convênio: 001
Anestesia: 39

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIA
ANESTESISTA

13783 LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
7817 MARCIA LEVY TEMPORAL DE MELO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

Descrição Cirúrgica

1. PACIENTE EM DECÚBITO SEMI-SENTADO EM MESA CIRÚRGICA SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
4. INCISÃO ANTERO-LATERAL EM BRAÇO ESQUERDO
5. DISSECÇÃO POR PLANOS + ISOLAMENTO DE NERVO RADIAL
6. VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA
7. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
8. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO DO ÚMERO COM PLACA DCP 4.5MM COM 8 FUROS + 8 PARAFUSOS CORTICais
9. LIMPEZA COM SF 0,9%
10. APOSIÇÃO DE DRENO À VÁCUO 3,2 EM FO
11. SUTURA POR PLANOS
12. CURATIVO
IMOBILIZAÇÃO MJ.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Leonardo
Canejo
CRM 13783 - Reumatologia
REOT 11153

DR(A) : LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM : 13783

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





LAUDO MÉDICO

Data do Atendimento: 24/10/16

Nº PRONTUÁRIO: 36486

NOME DO PACIENTE: JOSE MENDES DA SILVA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Fratura úmero - C

CID: S.U2.0

OBS.:

Paciente vítima acidente
com / fratura de úmero
erguido - corpo morto rebatido
anestesiado

Nº DIAS: () AFASTAMENTO DO TRABALHO

*Dr. Antonio Luis Silva
Médico - Residente
Assinatura do Médico
Carimbo*



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

DATA: 05/10/12
RG: 86486

ENTE: José Mendes da Silva
IRGÃO: Dr. Leonardo Canyo
STESISTA: Dra. Márcia
IRGIA: H. C. Cirurgico Faz de Rémen
RUMENTADOR: Laura
CULANTE: Tháris
ERMEIRA: Sônia

AUXILIAR:
ANESTESIA: Bloquio + Ceral
COODERNAÇÃO DO BLOCO: Manuela
COREN:
HORÁRIO INICIAL: 09:10 HORÁRIO FINAL:

DESCRÍÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 03

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
DIOPLEGICA	STIMPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
REPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
SSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
BOMBA			
AQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
AQUEOST 9,0			
CENTRAL PVC			
EPIDURAL 17	JELCO 14	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
ADAPTIC			
KERLIX	PURILON	TELA MARLEX	
BOMBA			
BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO	
TENSORES			
20CM	50CM	120CM	
BISTURI			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVA			
A 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
STERILIZADOR			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
VENTAL CIRUR.			
BS.COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/VIDEO	
COLET.ABERTO	COLET.FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO.UMIDIFI	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV.URINA
SCALP 21	SO 23	TRANSOFIX	TRANS.PRESSÃO

KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCCÃO 3,2	SUCCÃO 4,8	SUCCÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
ENTERAL			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
ALGODÃO			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA PISSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGICEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ MENDES DA SILVA, brasileiro, divorciado, agricultor, portadora do RG nº 7.100.841 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 232.146.784-34, com endereço domiciliado sitio no Engenho Ilha, entrada de barreiros S/N, Ponte dos Carvalhos, Cabo de Santo Agostinho/PE, CEP 54580-000.

OUTORGADO: JOSÉ CARLOS DA CUNHA, brasileiro, casado, advogado, CPF nº 533.397.704-68, inscrito na **OAB/PE** sob o nº **48.075-D**, **AMARO JOSÉ NUNES PEREIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF sob o nº 064.091.574-44, inscrito na OAB/PE sob o nº **42.990-D**, com endereço profissional na Rua João Paes Barreto Nº 42 alto do Sol, Ponte dos Carvalhos, Cabo de Santo Agostinho/PE, CEP 54580.660, com o seguinte endereço eletrônico: adv.jcarloscunha@gmail.com, onde recebem intimações e notificações.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer está a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Cabo de Santo Agostinho/PE, 15 de março de 2019.

**JOSÉ MENDES DA SILVA**

Rua João Paes Barreto, nº 042 – A / Alto do Sol – Ponte dos Carvalhos, Cabo de Santo Agostinho/PE – CEP: 54580-660





Secretaria
de Saúde



PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO



GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

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

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

06/10/2016

Paciente: **JOSÉ MENDES DA SILVA**
Endereço:

Prescrição:

- 1) Cefalexina 500mg - 28 comprimidos
Tomar 01 comprimido de 6/6h (às 6:00h, 12:00h, 18:00h e 24:00h) durante uma semana
- 2) Dipirona 01g – 01 caixa
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

Francisco Ferreira
Médico
CRM-PE 23424

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

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

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

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: / /



Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: JOSÉ MENDES DA SILVA

REGISTRO: 86486 | IDADE: 68 | DATA ADMISSÃO: 02/10/2016 | DATA ALTA: 06/10/2016

5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO

6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS

7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

8) Informações Complementares:

1) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

2) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

3) RETIRADA DE PONTOS EM 10 DIAS

4) USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS

5) NÃO SEGURAR PESO

6) REALIZAR FLEXÃO E EXTENSÃO DO COTOVELO, OMBRO, PUNHO E MÃO

Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim (X) Data da Consulta: 24/10/2016

Não ()

08:00 horas

Encaixe no Ambulatório de Ortopedia [Gerente]

sistêm

Assinatura do Médico e Carimbo

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



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de
retorno ambulatorial no HDH.

Francisco Ferreira
Médico
CRM-PE 23424





Assinado eletronicamente por: JOSE CARLOS DA CUNHA - 10/07/2019 14:50:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071014504423000000046915115>
Número do documento: 19071014504423000000046915115

Num. 47642880 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: JOSE CARLOS DA CUNHA - 10/07/2019 14:50:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071014504435300000046915116>
Número do documento: 19071014504435300000046915116

Num. 47642881 - Pág. 1