



KARINA ANGÉLICA MONTEIRO DA COSTA  
ADVOGADA - OAB/PE 42.499

Rua São Miguel, 34, 1º Andar, Centro, Paudalho-PE, CEP: 55825-000.  
Fone: (81) 99785-0575. E-mail: karinacmonteiro@hotmail.com

## PROCURAÇÃO

|                                                     |                               |            |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|------------|
| OUTORGANTE: <u>GILVAN SANTOS REGO</u>               |                               |            |
| Brasileiro(a)                                       | Estado civil: <u>SOLTEIRO</u> | Profissão: |
| RG: <u>8.970.329 SDS-PE</u>                         | CPF: <u>119.529.274-04</u>    |            |
| ENDEREÇO: <u>VIA DENSE, 87, DENSE, PAUDALHO-PE.</u> |                               |            |

**OUTORGADA:** Dr(a). KARINA ANGÉLICA MONTEIRO DA COSTA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Pernambuco, sob nº. 42.499, com endereço na Rua São Miguel, nº 34, Centro, Paudalho-PE, onde recebe intimações e notificações, endereço eletrônico: karinacmonteiro@hotmail.com.

**PODERES E FINS:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui a outorgada como sua procuradora para defender seus direitos e interesses perante o foro em geral, com as cláusulas *ad judicium* e *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, instância ou Tribunal, ficando, a mesma, investida nos poderes para o foro em geral e *poderes especiais*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e os poderes especiais para receber citação, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, assinar declaração de insuficiência econômica, requerer os benefícios da justiça gratuita, recorrer para qualquer Tribunal, bem como substabelecer a presente, no todo ou em parte, com ou sem reserva de poderes. O outorgante obriga-se a fornecer ao outorgado todos os elementos indispensáveis às provas que lhe forem solicitadas, com fito de garantir o melhor desempenho do presente mandato.

**HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:** pagará a título de honorários advocatícios, a importância correspondente a 30% (TRINTA) por cento sobre o valor da condenação e/ou do crédito obtido pelo ora contratante. O percentual acima estipulado incide sobre quaisquer valores que o(a) contratante vier a receber, inclusive, sobre valores provenientes de liminar e/ou antecipação de tutela concedida(s) nos autos da presente ação. Os honorários de sucumbência que forem recebidos em qualquer processo judicial caberão inteiramente à contratada, sem prejuízo dos honorários contratuais. Serão exigidos os honorários advocatícios no percentual acima descrito na hipótese de desistência da ação, não comparecimento a audiências ou qualquer ato em que a presença do(a) contratante seja indispensável, ou revogação do mandato. É de responsabilidade do(a) CONTRATANTE o pagamento das custas e despesas processuais necessárias ao andamento da ação, quando do indeferimento ou não cabimento do pedido de justiça gratuita. Compete, ainda, ao contratante o fornecimento de provas, documentos e informações que a CONTRATADA solicitar, dentro dos prazos legais, ou fixados pelo juízo da causa, bem como a responsabilidade de manter os dados cadastrais atualizados junto a contratada, sob pena de responsabilidade da lei processual civil.

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA:** DECLARO, nos termos da Constituição Federal de 1988, da Lei nº 7115, de 29 de agosto de 1983 e artigos 98 e seguintes do Código de Processo Civil, para os devidos fins, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício do meu sustento e de minha família.

Paudalho, 05 de 11 de 2019.

X GILVAN SANTOS REGO

OUTORGANTE

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

EC-1

PO. ELIAN DINIZ

GILVAN SANTOS REGO  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.970.329 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/01/2017

NOME  
 << GILVAN SANTOS REGO >>

FILIAÇÃO  
 << IVAN HENRIQUE DA SILVA REGO >>  
 << MARIA CÍCERA DOS SANTOS REGO >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
 RIACHO DAS ALMAS - PE 10/10/1994

DOC. ORIGEM << CN 3102 L.A4 F.282 CART 3º DIST  
 RIACHO DAS ALMAS PE 11.10.1994 >>

CPF  
 119.529.274-04

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

117741200202095513.7275359 F-75 96.354 - 4332

Scanned with CamScanner



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0000943-93 | [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

**DADOS DO CLIENTE**

DULCE MARIA CARREIRO SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

VL DENE 87

CPF: 020.054.204-41 NIS: 1801556227

DENDE/PAUDALHO  
PAUDALHO PE  
55325-000

### CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COM NIS

|                   |               |                  |
|-------------------|---------------|------------------|
| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE         | EMISSÃO          |
| 052720377         | 1000000       | 11/04/2010       |
| APRESENTAÇÃO      | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 11/04/2010        | 2001270438    | 2009254          |

|                    |                                 |
|--------------------|---------------------------------|
| CONTA CONTRATO     | MESIANO                         |
| 1742564025         | 04/2019                         |
| DATA DI VENCIMENTO | DATA DI PAGAMENTO DELL'ATTIVITÀ |
| 15/04/2019         | 13/05/2019                      |

|                                           |            |        |                          |             |             |
|-------------------------------------------|------------|--------|--------------------------|-------------|-------------|
| 11/04/2019                                | 2002370128 | 769254 | DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL |             |             |
|                                           |            |        | QUANTIDADE               | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
| Consumo Ativo até 30 kWh                  | 30,0000000 |        |                          | 0,26141533  | 7,84        |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh   | 70,0000000 |        |                          | 0,44814056  | 31,38       |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh  | 48,9000000 |        |                          | 0,97221085  | 47,54       |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal          |            |        |                          |             | 0,50        |
| ICMS Subvenção-CDR- NF 050189677-12/02/19 |            |        |                          |             | 0,98        |
| ICMS Subvenção Baixa Renda                |            |        |                          |             | 0,89        |
| Multa por atraso-NF 035134049- 15/10/19   |            |        |                          |             | 1,75        |
| Multa por atraso-NF 054045174- 14/03/19   |            |        |                          |             | 0,23        |
| Juros por atraso-NF 054045174- 14/03/19   |            |        |                          |             | 2,34        |
| Juros por atraso-NF 035134049- 15/10/19   |            |        |                          |             | 0,22        |
| Atualização IGPM-NF 054045174- 14/03/19   |            |        |                          |             | 0,91        |
| Atualização IGPM-NF 035134049- 15/10/19   |            |        |                          |             | 0,91        |

| Nº DO MEDIDOR |     | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR |            | ATUAL    |         | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
|---------------|-----|----------------|----------|------------|----------|---------|------------|-----------|--------|---------------|
|               |     |                | DATA     | LEITURA    | DATA     | LEITURA |            |           |        |               |
| 301015128     | CAT | 14/03/2019     | 7.982,00 | 11/04/2019 | 9.130,00 | 28      | 1.000,00   |           |        | 148,00        |

| HISTÓRICO DE CONSUMO |  | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOR |       |                  | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |           |        |
|----------------------|--|-------------------------|-------|------------------|-----------------------|-----------|--------|
| Mês/Ano kWh          |  | BASE DE CÁLCULO         | %     | VALOR DO IMPOSTO |                       | R\$       | 13,38% |
| AGO 19 148           |  | ICMS<br>PIS<br>COFINS   |       |                  | Gerção de Energia     | R\$ 22,38 | 31,28% |
| MAR 19 174           |  |                         | 71,46 | 25,0%            | Transmissão           | R\$ 7,31  | 4,83%  |
| FEV 19 155           |  |                         | 71,46 | 1,2%             | Distribuição (Cabo)   | R\$ 15,48 | 21,83% |
| JAN 19 162           |  |                         | 71,46 | 6,2%             | Perdas de Energia     | R\$ 4,88  | 9,90%  |
| DEZ 18 181           |  |                         |       | 4,43             | Encargos Setoriais    | R\$ 3,24  | 3,13%  |
| NOV 18 149           |  |                         |       |                  | Tributos              | R\$ 23,24 | 32,53% |
| OUT 18 133           |  |                         |       |                  |                       |           |        |
| SET 18 114           |  |                         |       |                  |                       |           |        |
| AGO 18 111           |  |                         |       |                  |                       |           |        |
| JUL 18 98            |  |                         |       |                  |                       |           |        |
| JUN 18 109           |  |                         |       |                  |                       |           |        |
| MAI 18 124           |  |                         |       |                  |                       |           |        |
| ABR 18 107           |  |                         |       |                  |                       |           |        |

[illegible]

As a 2008 graduate  
of the University of Virginia,  
I am proud to be a part of  
the University of Virginia  
community and to be a part  
of the University of Virginia  
community.

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES |                |               |                   |              | NÍVEL DE TENSÃO    |                        |        |     |
|---------------------------------------|----------------|---------------|-------------------|--------------|--------------------|------------------------|--------|-----|
| CONSUMO                               | VALOR APLICADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) |        |     |
|                                       |                |               |                   |              |                    | MÍNIMO                 | MÁXIMO |     |
| 05C                                   | PAULICILHO     | Rev00119      | 5,54              | 11,19        | 22,21              | 220                    | 201    | 231 |
| PIG                                   |                |               | 7,04              | 6,72         | 19,45              |                        |        |     |
| DSMC                                  |                |               | 0,09              | 0,30         | 0,00               |                        |        |     |

## **SINISTRO 3190579599 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA GILVAN SANTOS REGO**

**COBERTURA Invalidez**

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA**

**SEGURADORA S/A**

**BENEFICIÁRIO GILVAN SANTOS REGO**

**CPF/CNPJ: 11952927404**

**Posição em 08-11-2019 10:28:38**

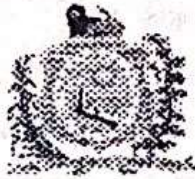
O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 07/11/2019        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

**Scanned with CamScanner**





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 047ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAUDALHO -  
DP47ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0137001422**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/07/2019** às  
**12:45**

Complementado pelo BO Número: 19E0137001423

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **19/4/2019** às **15:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, VIA LOCAL DA  
BR-408 - ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO  
/BRASIL - Ponto de Referência: PX AO HOSPITAL DE CAVALOS  
Local do Fato: RODOVIA FEDERAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

NENHUM (AUTOR \ AGENTE )  
JOSE BATISTA VITOR JUNIOR ( OUTRO )  
GILVAN SANTOS REGO ( VÍTIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

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

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

**GILVAN SANTOS REGO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
CIGERA DOS SANTOS REGO Pai: IVAN HENRIQUE DA SILVA REGO Data de Nascimento:  
16/10/1994 Naturalidade: RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
8876329/SDS/PE (RG), 11982927464 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª.  
GRAU COMPLETO Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefones Celulares:  
- 881858853**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE PAUDALHO, 1, VILA DENDÊ - USINA MUSSUREPE -  
ZONA RURAL - CEP: 85000-000 - Bairro: CENTRO - PAUDALHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NENHUM - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

**Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no  
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -**

**JOSE BATISTA VITOR JUNIOR (não presente no plantão) - Sexo:  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Scanned with CamScanner



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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE BATISTA VITOR JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GILVAN SANTOS REGO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN K5** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIB7146** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **831828116** Chassi:

**8C2KC08104R071534**

Ano Fabricação/Modelo: **2004/2004** Combustível: **GASOLINA**

## Complemento / Observação

**RELATA GILVAN SANTOS REGO, QUE NO DIA 18.04.2019 ESTAVA NA CONDUÇÃO DE SUA MOTOCICLETA DE PLACA KIB-7146 NA VIA LOCAL DA BR-402, QUANDO AO PASSAR POR UM BURACO ACABOU CAINDO COM A MOTOCICLETA SOBRE SEU TORNOZELO. A VÍTIMA INFORMA AINDA, QUE FORA SOCORRIDA NUMA AMBULÂNCIA PARA A UPA (UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO) DA CIDADE E, POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA A UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA, PASSANDO TAMBÉM PELO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS EM RECIFE, ATÉ SER ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA EM MORENO-PE ONDE SUBMETEU-SE A CIRURGIA NO TORNOZELO ESQUERDO. FACE AO EXPOSTO, PROCUROU A VÍTIMA ESTA DELEGACIA PARA REGISTRAR O FATO.**

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

B.O. registrado por: **JOSE RICARDO RAMOS DE ANDRADE** - Matrícula: **319717-4**

*Pl. Tânia Tereza  
382.302-4*



Atendimento: 1009529

Senha da Classificação:

0110

Data e Hora: 20/04/2019 13:12

Especialidade:

Paciente: 311674 GILVAN SANTOS REGO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 10/10/1994 Idade: 24 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA CICERA DOS SANTOS REGO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: VILA DENDE - PAUDALHO

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE

Cep: 54735000

Usuário Atendimento: ALEXSS

RG (Identidade): 8.970.329

SDS PE

Data de Emissão: 26/01/2017

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 81195655

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_

Hora: 13:35

**Queixa Principal**

acidente de moto há 24h com dor e  
limitação ADM TNZ (E)

diagnóstico: (E)

**Exame Físico**

edema 2+14+ TNZ (E) com limitação ADM  
hematomas no local (E)

ECG 15

**Hipótese Diagnóstico**

fratura malleolo lateral (E)

**Conduta Terapêutica**

RX TNZ (E) - fratura malleolo (E)

**Prescrição Médica**

Ceftriaxona

Geane R. do Carmo R:05  
Téc. Imobilização Ortopédica  
ASTEGO / PE  
Mat. 1084

fala kata

cola amarela

1) Dieta livre

2) Dikloral 500mg/ml on comp + AD EV 10ml 6/6h

3) Ibuprofeno 50mg/ml - on comp + 900mg 100ml 8/8h

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

EV 8/8h e dor 10/10

Transferido:

Para: MOF 5666681

Senha:

Carimbo Médico

Usuario Triagem:

ATESTADO  
( ) SIM  
( ) NÃO  
( ) DIAS  
SALA DE SUTURA  
UPA SÃO LOURENÇO DA MATA



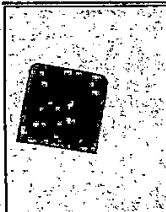
1009529  
SALA DE SUTURA  
UPA SÃO LOURENÇO DA MATA

## UFA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 20/04/2019 12:59



Nome Paciente: GILVAN SANTOS REGO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 10/10/1994  
Sexo: Masculino  
Idade: 24  
Senha: 0110  
Convenio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 20/04/2019 13:05 - 20/04/2019 13:07

RODRIGO CESAR DE ALBUQUERQUE GOMES - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NÃO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO ONTEM, APRESENTA DOR E EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO.

Observação: ALERGIA -  
HAS -  
DM -

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 59.00 BPM  
- P.A. SISTOLICA: 134.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 85.00 MMHG

Acolhido(a) por: RODRIGO CESAR DE ALBUQUERQUE GOMES - COREN: 12345 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/04/2019 13:07

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM-SAE  
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA



DATA: 20/04/19 HORA: 15:00

HISTÓRICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gilvan Santos Número do Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: 24 anos Acompanhado por: \_\_\_\_\_

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fratura malida (E)

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

( ) Alergias Quais: Nega ( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Cardiopatia ( ) Diabetes ( ) HAS  
( ) Epilepsia ( ) Depressão ( ) Câncer ( ) Doenças pulmonar ( ) Outras \_\_\_\_\_

EXAME FÍSICO

4. ESTADO GERAL

ESTADO GERAL: ( ) Bom ☒ Regular ( ) Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

(☒) Normocorado ( ) Hipocorado (☒) Aclanótico ( ) Cianótico (☒) Anictérico ( ) Ictérico ( ) Pele fria ( ) Pele úmida ( ) Reações Alérgicas  
(☒) EDEMAS ( ) Face ( ) Pálpebra ( ) MMSS (☒) MMII ( ) Anasarca  
( ) ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL: \_\_\_\_\_

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: (☒) Consciente ( ) Inconsciente (☒) Orientado ( ) Desorientado ( ) Torporoso ( ) Sedado  
PUPILAS: (☒) Normais ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Estrabismo ( ) Midríase ( ) Miose ( ) Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: (☒) Cooperativo ( ) Chorooso ( ) Irritado ( ) Sonolento ( ) Ansioso ( ) Agitado

8. SINAIS VITAIS

(☒) Afebril ( ) Febril T. AXILAR= \_\_\_\_\_ °C FR. \_\_\_\_\_ IPM Sat O2= \_\_\_\_\_ (☒) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Traqueostomia ( ) Entubado  
MURMÚRIOS VESICULARES: ( ) Presentes ( ) Ausentes ( ) Diminuídos RUIDOS ADVENTÍCIOS: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Crepitações FC \_\_\_\_\_ bpm  
PA: 134 X 85 mmHg PULSO: ( ) Filiforme ( ) Cheio ( ) Rítmico ( ) Ausente ACESSO VENOSO: (☒) Periférico ( ) Jugular ( ) Subclávia  
M. SD

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: (☒) VO ( ) Acelta bem ( ) Parcialmente ( ) Não aceita ABDOME: (☒) Flácido ( ) Tenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Doloroso (☒) Plano  
( ) Ascítico ( ) Gravidico EVACUAÇÃO: (☒) Normal ( ) Constipação ( ) Flatos ( ) Diarréia Nº evacuações \_\_\_\_\_ Aspecto: (☒) Normal ( ) Mucoso  
( ) Líquida ( ) Melena ( ) Odor fétido ( ) Odor característico ( ) EMA: Aspecto: ( ) Hematêmase ( ) Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: (☒) Presente Aspecto: \_\_\_\_\_ ( ) Ausente (☒) Espontânea ( ) SVD ( ) SVA ( ) Cistostomia ( ) Irrigação ( ) Anúria  
( ) Disúria ( ) Hematúria ( ) Oligúria ( ) Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: (☒) Ativa ( ) Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ( ) Sim (☒) Não FORÇA MOTORA: (☒) Sim ( ) Não ( ) PARESIA Local: \_\_\_\_\_



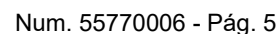
| DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM                             |                                                                                                                             | INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM                                                 |                                                                                   | HORÁRIO |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 1. ( ) Padrão respiratório prejudicado                 | ( ) Mente decúbito elevado a _____ graus.                                                                                   | ( ) Aspirar VAS com técnica asséptica S/N                                  | ( ) Comunicar alterações da frequência respiratória                               |         |
| 2. (X) Dor<br>( ) Crônica ( ) Aguda                    | ( ) Anotar localização e as características da dor                                                                          | (X) Aplicar escala de dor (0 a 10)                                         | ( ) Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação                       |         |
| 3. ( ) Instabilidade de pressão arterial               | ( ) Aferir pressão arterial a cada _____                                                                                    | ( ) Manter decúbito no lado _____                                          | ( ) Outros: _____                                                                 |         |
| 4. (X) Edema<br>Local: MLE                             | (X) Descrever características do edema                                                                                      | ( ) Registrar presença de inflamação / infecção                            | ( ) Outros: _____                                                                 |         |
| 5. Temperatura Corporal<br>( ) Diminuída ( ) Elevada   | ( ) Aferir temperatura de _____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ . | ( ) Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia | ( ) Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipertermia |         |
| 6. Glicemia Prejudicada<br>( ) Diminuída ( ) Aumentada | ( ) Outros: _____                                                                                                           | ( ) Aferir e registrar HGT de _____                                        | ( ) Outros: _____                                                                 |         |
| 7. ( ) Náuseas                                         | ( ) Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições                                                          | ( ) Registrar e comunicar frequência e características do vômito           | ( ) Registrar frequência e aspecto da diarreia                                    |         |
| 8. ( ) Vômitos                                         | ( ) Registrar frequência e aspecto da diarreia                                                                              | ( ) Outros: _____                                                          | ( ) Registrar e comunicar alterações na integridade da pele                       |         |
| 9. ( ) Diarreia                                        | ( ) Registrar e comunicar alterações na integridade da pele                                                                 | ( ) Realizar higiene íntima após eliminações                               | ( ) Manter lençóis limpos secos e esticados                                       |         |
| 10. ( ) Integridade da pele prejudicada                | ( ) Diminuir pressão nas proeminências ósseas                                                                               | ( ) Outros: _____                                                          | ( ) Manter vigilância constante                                                   |         |
| 11. ( ) Risco para lesão                               | ( ) Manter vigilância constante                                                                                             | ( ) Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente                 | ( ) Manter grades elevadas                                                        |         |
| 12. ( ) Depressão                                      | ( ) Manter grades elevadas                                                                                                  | ( ) Realizar contenção no leito S/N                                        | ( ) Outros: _____                                                                 |         |
| 13. ( ) Uso de álcool                                  | ( ) Manter decúbito a $45^{\circ}$                                                                                          | ( ) Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação                     | ( ) Outros: _____                                                                 |         |
| 14. ( ) Risco para aspiração                           | ( ) Evitar manuseio excessivo do paciente                                                                                   | ( ) Anotar e comunicar alteração de temperatura $> 37,5^{\circ}\text{C}$   | ( ) Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos                          |         |
| 15. ( ) Risco para Infecção                            | ( ) Outros: _____                                                                                                           | ( ) Outros: _____                                                          | ( ) Outros: _____                                                                 |         |
| 16. ( )                                                | ( )                                                                                                                         | ( )                                                                        | ( )                                                                               |         |

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica  
 FC- Frequência Cardíaca  
 DUM- Data da última menstruação  
 VAS- Via Aérea Superior  
 MMSS- Membros Superiores  
 VO- Via Oral  
 IG- Idade Gestacional  
 MMII- Membros Inferiores  
 SVD- Sonda vesical de demora  
 SNG- Sonda Nasogástrica  
 FR- Frequência respiratória  
 SVA- Sonda vesical de alívio  
 SNE- Sonda Nasocentral

Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO  
 Amanda C. Santana S. Almeida  
 COREN-PE 410.500-ENF  
 Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO



Nome: Gillian Santos Responsável: \_\_\_\_\_  
 Registro: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_





**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Carla S. Santos Registro: \_\_\_\_\_  
Enfermaria: Cardiologia Leito: \_\_\_\_\_

Hora Admissão: \_\_\_\_\_ Plantão: ☒ DIURNO ☐ NOTURNO DATA: 20/04/19

Estado Geral ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta ☒ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ Dieta Zero  
Padrão Respiratório ☒ Eupneico ☐ Dispneico  
Acesso Venoso ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativos ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ☒ Presente ☐ Ausente ☐ SVD/SVA Aspecto: Eupneico  
Observações: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

| HORA | PA (mmHg) | FR (rpm) | FC (bpm) | SAT. O2 (%) | HGT (ml/dl) | Temp. | Ass. Tec. Enfermagem   |
|------|-----------|----------|----------|-------------|-------------|-------|------------------------|
| 13   | 130x80    |          |          |             | 100         |       | <u>Carla S. Santos</u> |
| 18   | 120x60    |          |          |             | 109         |       |                        |

Técnico de Enfermagem: Carla S. Santos Josefa Montenegro

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Gilvan Santos Rego Registro: \_\_\_\_\_  
Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Hora Admissão: \_\_\_\_\_ Plantão: ☐ DIURNO ☒ NOTURNO DATA: 20/04/2019

Estado Geral ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo  
Dieta ☐ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ Dieta Zero  
Padrão Respiratório ☒ Eupneico ☐ Dispneico  
Acesso Venoso ☒ Periférico ☐ Central Local: \_\_\_\_\_  
Curativos ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Drenos ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_  
Evacuações ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: \_\_\_\_\_  
Diurese ☐ Presente ☐ Ausente ☐ SVD/SVA Aspecto: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

SINAIS VITAIS

| HORA | PA (mmHg) | FR (rpm) | FC (bpm) | SAT. O2 (%) | HGT (ml/dl) | Temp. | Ass. Tec. Enfermagem |
|------|-----------|----------|----------|-------------|-------------|-------|----------------------|
|      |           |          |          |             |             |       |                      |
|      |           |          |          |             |             |       |                      |
|      |           |          |          |             |             |       |                      |

Técnico de Enfermagem: Carla S. Santos + Marcela



**INSTRUMENTAL PARA ATENDIMENTO NO LEITO**

Data: 20/04/19 Hora: 16:55h Atendimento nº 1009529  
Nome Social: — Cor: Parda  
Nome Civil: Gilvan Santos Rego  
Possui alguma deficiência? ( ) Sim (X) Não. Se sim, qual? —  
Apelido: — Possui documentação? (X) Sim ( ) Não Idade: 24  
Endereço: Rua Vila Dendê, 85, Usina Velusuripe / Pandolfo  
Ponto de Referência: Garagem de São Antônio José  
Nome do acompanhante: Sandra  
Vínculo com o Usuário: Tia Tel. (81) 9.8819-5655

Vive sozinho ( ) Vive sob o mesmo teto com pessoas da família ( )  
Convive com pessoas que não fazem parte do grupo familiar ( )  
Vive internado em instituição, asilo, abrigo, ou sob a responsabilidade de terceiros ( )  
Nome da instituição: —

O usuário é acompanhado por algum serviço (saúde/assistência)? ( ) Sim (X) Não  
Qual? —

**ATIVIDADE REALIZADA:**

|                                         |     |  |
|-----------------------------------------|-----|--|
| Orientações – Normas e Rotinas          | (X) |  |
| Orientações – Direitos Sociais          | ( ) |  |
| Encaminhamento à Rede Socioassistencial | ( ) |  |
| Encaminhamento à Rede de Saúde          | ( ) |  |
| Atendimento Violência                   | ( ) |  |
| Articulação Externa/Família             | ( ) |  |
| Articulação Externa/Rede                | ( ) |  |

**Outras Observações (Contexto familiar, situação socioeconômica, condição de moradia, etc.)**

Paciente reside com avô em casa própria, trabalha  
impruvidentemente. Relata acidente de trânsito, oriento sobre DPVST

Aguarda renovação para o HOF.

—  
UPA - SÃO LOURENÇO DA MATA  
Virginia Machado  
Assistente Social  
CRESS nº 5851 - 4ª Região / PE



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: gilvan Santos Rigo IDADE: 24

REGISTRO: 10091529 DATA: 20/04/19

HDA: DOV, edula e limitacao ADM  
102 após acidente de moto na rua

diagnos: C

EX. FISICO: EGS, LOTE

edula lateralizada 2+1/4+ 102 (E)

escoracao regioes neural pi (E)

EX. COMPLEMENTARES:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. fratura malleolo lateral (E)
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL:

analgesia + mobilizacao

SENHA: 5666681 DESTINO: H. Otávio Freitas

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO: SIM( ) NÃO( )

JUSTIFICATIVA: fratura ortopedeica

HORA DA SOLICITAÇÃO: 13:43h MÉDICO SOLICITANTE: [assinatura]

HORA DA SAÍDA: \_\_\_\_\_ MÉDICO DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: \_\_\_\_\_





Prefeitura de  
**PAUDALHO**  
SECRETARIA DE SAÚDE



**SUS**  
SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE

Unidade de Saúde:

**RECEITUÁRIO**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Fundo Municipal de Saúde - Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Sr. Tereza, 91 - Paudalho - PE - CNPJ: 07.868.234/0001-02

1ª Via - Farmácia  
2ª Via - Paciente

PI fibromioma do útero

Paciente portadora de  
gravidos de mato a  
12h, com dor e  
edema em tornozelo  
e pi. No exame  
de imagem evidenciamos  
fistula em face distal  
do fêmur (B) + presença  
de placa distal  
do 2º PDE

Dr. Lorena Miranda  
Médica  
CRM 123456

2004/19







**Armindo Moura**  
HOSPITAL GERAL

Nome: **GILVAN SANTOS REGO** (1621941)

Admissão: 311329

Procedência: **ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)**

Enfermaria:

Leito: **LEITO 01**

Unidade de Internação: **013 - Ortopedia/Traumatologia**

Data: / /

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **GILVAN SANTOS REGO** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S826

( ) Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).

( X ) Necessitando de ( 15 ) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.

( ) Como acompanhante.

( ) Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: \_\_\_\_\_

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Relatório Emitido Eletronicamente

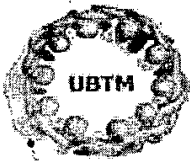
Data: 24/04/2019 as 09:39

Dr. Tarcísio Lyra  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) **TARCÍSIO LYRA DE BRITO**

CRM:





Armindo Moura  
HOSPITAL GERAL

Nome: GILVAN SANTOS REGO (1621941)

Admissão: 311329

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 01

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

D:

CID: <<S826>>FRATURA MALEOLO LATERAL ESQ(W.B)+LESÃO LIGAMENTAR DE TORNOZELO

### CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 22/04/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 24/04/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO+RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR

### MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

### ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 29/5/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Dr. Tarcísio Lyra  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM/PA 10.591

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/04/2019 as 09:41

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

Página 1 de 1





Nome: GILVAN SANTOS REGO (1621941)

Data Nascimento: 10/10/1994

24 Anos e 7 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 315315

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 05/06/2019

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Hora da Admissão:

### SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA MOTORA

SOLICITO 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

HD; LIMITAÇÃO DE ADM TORNOZELO ESQ POS FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 05/06/2019 as 13:23

  
Tarcísio Lyra de Brito  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCÍSIO LYRA DE BRITO

CRM:



# HOSPITAL ARMINDO MOURA

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 05/06/2019 11:58

Atendimento: 311329 Entrada: 22/04/2019 Hora: 13:59  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 25/04/2019 Hora: 17:21  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 703406203504616

Paciente: 1621941 GILVAN SANTOS REGO  
Nascimento: 10/10/1994 (24 Anos e 7 Meses)  
Endereço: USINA MUSSURE  
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55825-000  
Cidade: 2610608 PAUDALHO  
Pai: IVAN HENRIQUE DA SILVA REGO  
Mãe: MARIA CICERA DOS SANTOS REGO  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 11952927404  
Identidade: 8970329 - SDS - PE  
Telefone: / 981195655  
G.Instrução:  
Ocupação: MOTO TAXI  
Naturalidade: RIACHO DAS ALMAS

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 25/04/2019 - 09:39

AVALIAÇÃO (Dr. ANA LAURA AURELIANO CRM 21758)

### RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: HOF  
DATA DA ADMISSÃO: 22/04/2019  
DATA DA ALTA: 25/04/19

HD: FRAT DO TORNOZELO

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas algicas.

#### Ao exame:

EGB, consciente, orientado, eupneico, BPP, edema (+/+4);  
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Em: 22/04/2019 - 14:59

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19952)

### FICHA DE ADMISSÃO

|                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (S): | FRATURA DO TORNOZELO |
| DOENÇAS DE BASE:          | NEGA                 |

Página 1 de 2

Hospital Memorial Armindo Moura  
SAÚDE  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cleto Campelo, S/N - Manguinho - PE



|                                                                                                                                                                                                                                      |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| MEDICAÇÕES DE USO DIÁRIO:                                                                                                                                                                                                            | NEGA                           |
| ORIGEM:                                                                                                                                                                                                                              | HOF                            |
| DATA TRAUMA:                                                                                                                                                                                                                         | 19/04/2019                     |
| TIPO DE TRAUMA:                                                                                                                                                                                                                      | REFERE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO |
| CONDIÇÕES DE PELE:                                                                                                                                                                                                                   | BOAS                           |
| *ALERGIAS:                                                                                                                                                                                                                           | NEGA                           |
| ENCAMINHAMENTO:                                                                                                                                                                                                                      | DR.                            |
| TIPO DE ENCAMINHAMENTO:                                                                                                                                                                                                              | ( X ) SES ( ) DEMANDA          |
| <b>EXAMES COM O PACIENTE:</b>                                                                                                                                                                                                        |                                |
| ( ) LABORATÓRIO ( ) RNM / TAC ( X ) RADIOGRAFIAS                                                                                                                                                                                     |                                |
| <b>CONDUTA NO INTERNAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                       |                                |
| RX: ( ) COXA ( ) JOELHO ( ) PERNA ( X ) TORNOZELO ( ) ANTEBRAÇO ( ) COTOVELO ( ) PUNHO<br>TALA: ( ) COXOPODÁLICA ( X ) BOTA ( ) AXILOPALMAR<br>(X) LABORATÓRIO PRÉ-OPERATÓRIO;<br>( ) PARECER CARDIOLÓGICO<br>( ) PROFILAXIA TVP/TEP |                                |

Hospital Memorial Arminio Moura  
S.A.M.E.  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cleto Campello, S/A-10, J. J. Franco-PE



**HOSPITAL ARMINDO MOURA**

PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 05/06/2019 11:58

Atendimento: 311329 Entrada: 22/04/2019 Hora: 13:59  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
Médico Resp: ISAIAS CAVALCANTE FERNANDES

Saída: 25/04/2019 Hora: 17:21  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 703406203504616

Paciente: 1621941 GILVAN SANTOS REGO  
Nascimento: 10/10/1994 (24 Anos e 7 Meses)  
Endereço: USINA MUSSURE  
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55825-000  
Cidade: 2610608 PAUDALHO  
Pai: IVAN HENRIQUE DA SILVA REGO  
Mãe: MARIA CICERA DOS SANTOS REGO  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 11952927404  
Identidade: 8970329 - SDS - PE  
Telefone: / 981195655  
G.Instrução:  
Ocupação: MOTO TAXI  
Naturalidade: RIACHO DAS ALMAS

**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA****Presc Em: 24/04/2019 - 09:33**

AVALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA****Equipe:**

Cirurgião: TARCISIO LYRA DE BRITO - CRM : 10591

Aux 1: SILVIO JOHNOSN

Anestesista: ELIVELTON

Instrumentador: EDER

**Diagnóstico Pré-Operatório**

FRATURA DE TORNOZELO - MALÉOLO LATERAL ESQ(W.B)

**Cirurgia Realizada**

1. OSTEOSINTESE DE FRATURA DE TORNOZELO
  2. REPARO LIGAMENTAR AGUDO DO TORNOZELO
- CIRURGIA MULTIPLA

**Diagnóstico Pós-Operatório**

O mesmo

**Acidentes**

Não houve

**Descrição**

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQ

ASSEPSIA E ANTI-SEPSIA MIE

APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO LONGITUDINAL EM REGIÃO LATERAL DE TORNOZELO COM ABERTURA POR PLANOS E HESMOSTASIA

IDENTIFICAÇÃO DE FOCO FRATURÁRIO COM LIMPEZA E RETIRA DE TECIDO DE INTERPOSIÇÃO

REDUÇÃO DE FRATURA, O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL, MEDIANTE 01 (UM) PARAFUSO DE COMPRESSÃO, 01 (UMA) PLACA TERÇO TUBULAR, 3,5MM, DE NEUTRALIZAÇÃO COM 6 FUROS, 2+2 PARAFUSOS CORTICAIS E VERIFICAÇÃO DE LESÃO DE LIGAMENTO TIBIO FIBULAR ANTERIOR DISTAL (TESTE DE COTTON POSITIVO)+TOILETE, RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR E REDUÇÃO DE PINÇA MALEOLAR+COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS SUPRASINDESMAL TRICORTICAL

Hospital Memorial Armindo Moura  
SAME  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cleto Campello, S/N, Aracama, PE

Página 1 de 2



LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%  
SÍNTESE POR PLANOS COM VICRYL E NYLON  
USADA FLUOROSCOPIA  
CURATIVO OCLUSIVO  
SOLTURA DO GARROTE+TALA BOTA

**Materials Prosmed**

PLACA TERÇO TUBULAR - 01 UNIDADE  
PARAFUSO CORTICAL - 06UNIDADES

Hospital Memorial  
S.A.  
Serviço de Arquivo e Estatística  
Fone: (81) 3333-5201  
Av. Cleto Campesinato-PE

