

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, brasileira, portadora do RG nº 13.385.175-38, emitido pela SSP/BA e inscrito no CPF sob o nº 845.575.915-15, residente e domiciliada na Rod. BA 210, Contorno da Integração da Saída, Vila São Francisco, SOBRADINHO BA- CEP 48925-000.

OUTORGADA(o): IONE NADJA GONÇALVES DE OLIVEIRA, brasileira, casada, advogada, CPF nº 010.031.674-38 inscrita na OAB/PE sob o nº 46820, com escritório no Alameda Center - Avª Sousa Filho nº 842, Sala 4-Centro de Petrolina CEP 56304-000 Petrolina PE e **PAULO HENRIQUE DE LIMA LEMOS**, solteiro, advogado, com o CPF nº 098.997.544-47 inscrito na OAB sob o nº 47.587, com escritório na Rua 89, nº 65, COHAB V, 56310-680 Petrolina PE

PODERES: Por este presente instrumento de mandato o outorgante verifica aos outorgados **poderes para o foro em geral, os da cláusula ad judicium et extra judicium**, podendo ainda substabelecer, assinar termos, firmar compromissos, acordar, embargar, reconhecer, transigir, impugnar, receber, dar quitação, praticar enfim, quaisquer atos por mais especiais que sejam em qualquer instância ou tribunal, o que dará por firme e valioso a bem deste mandato.

Petrolina (PE)/Juazeiro (BA) 16 de Setembro de 2019

Katiane de Souza dos Santos

Outorgante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
<p>ESTADO DA BAHIA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PEDRO MELLO NÃO PLASTIFICAR</p>  <p>POLEGAR DIREITO</p>  <p><i>Katiane de Souza dos Santos</i> ASSINATURA DO TITULAR</p>		<p>RG 13.385.175-38 DATA DE EXPEDIÇÃO 05-09-2016</p> <p>NOME KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS</p> <p>FILIAÇÃO BENTO DOS SANTOS NETO ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS</p> <p>NATURALIDADE EMBU DAS ARTES SP DATA DE NASCIMENTO 02-02-1982</p> <p>DOC ORIGEM C.NAS. CM EMBU SP DS SEDE LV A23 FL 570 RT 13781</p> <p>CPF 845.575.915-15 <i>João de Maria A. A. Res.</i> ASSINATURA DO(A) DIRETOR(A)</p>	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIUS

CONTRATANTE: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, brasileira, portadora do RG nº 13.385.175-38, emitido pela SSP/BA e inscrito no CPF sob o nº 845.575.915-15, residente e domiciliada na Rod. BA 210, Contorno da Integração da Saída, Vila São Francisco, SOBRADINHO BA- CEP 48925-000.

CONTRATADOS : IONE NADJA GONÇALVES DE OLIVEIRA, advogada, OABPE46820, CPF 010.031.674-38, com escritório profissional na Av. Souza Filho 842, Galeria Alameda Center, Sala 04 Centro, Petrolina PE, e PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS, advogado, com o CPF nº 098.997.544-47 inscrito na OAB sob o nº 47.587, com escritório na Rua 89, nº 65, COHAB V, 56310-680 Petrolina PE.

Cláusula 1ª. Os Contratados comprometem-se com o presente termo a prestar Assessoria Jurídica ao Contratante no tocante ao ajuizamento e acompanhamento até a segunda instância. O contratante pagará aos contratados, a título de honorários, **30% dos valores da condenação**, em caso de êxito, sejam eles pagos em RPV, precatório ou complemento positivo.

§ 1º. Os pagamentos poderão ser efetivados mediante depósito OU pagos diretamente aos Contratados.

§2º. Fica estabelecido que o valor fixado ou arbitrado judicialmente, a título de honorários de sucumbência porventura existente, pertencerá, por direito, aos Contratados, de acordo com o estabelecido na lei nº 8.906, de 4 de julho de 1994, em seus arts. 22 e 23.

Cláusula 2ª. , Não se compreende na quantia acima estipulada, quaisquer despesas judiciais ou extras, tais como custas processuais, honorários de terceiros (peritos, cálculos etc.) e despesas de viagem, quando necessárias ,fotocópias, despesas para elaboração de conta de liquidação e outras, que deverão ser pagas a parte pela Contratante, caso necessárias ao bom andamento do processo, das quais, todavia, serão prestadas contas pelos Contratados ao Contratante sempre que este desejar.

Cláusula 3ª. O valor total dos honorários poderá ser considerado (a critério dos Contratados) automaticamente vencido e imediatamente exigível, sendo passível de execução, sem prévia notificação, aviso ou interpelação judicial, e resguardado o direito aos honorários de sucumbência, acrescido de multa contratual de 20 % (vinte por cento), juros de mora de 1% ao mês a atualização monetária pelo índice INPC nos seguintes casos: a) se houver composição amigável realizada por qualquer uma das partes litigantes sem anuência dos Contratados; b) quando não forem pagos os honorários nas datas estabelecidas, sejam integrais, sejam parcelados; c) no caso do não prosseguimento da ação por qualquer circunstância; d) se for cassado o mandato sem culpa dos Contratados; d) por inobservância por parte do Contratante, de qualquer cláusula deste instrumento acarretará a rescisão deste contrato.

Cláusula 4ª Os contratados terão direito aos honorários estabelecidos na cláusula primeira, se o contratante retirar o mandato antes de terminada a causa ou transigir de qualquer forma com a parte contrária impedindo o seguimento do feito, quando se tratar de prestação de serviço contencioso judicial.



Cláusula 5ª Tendo em vista o artº. 231, V, do Código de Processo Civil, caso o contratante consulte o processo eletrônico, se obriga imediatamente a avisar aos contratados para que as providências processuais sejam tomadas respondendo, caso contrário, pela sua omissão, tendo em vista que se considerará intimado a partir da consulta que fizer

Cláusula 6ª. São OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE: fornecer a documentação necessária à propositura e andamento da ação, sendo responsável por todas as informações prestadas; obriga-se a pagar todas as despesas derivadas da causa, tais como custas processuais judiciais, periciais e honorários advocatícios da parte contrária, em caso de eventual sucumbência; custas de projeto e laudo técnico de topografia; despesas com viagens, xerox, certidões, averbações e outras, como honorários advocatícios contratuais.

Cláusula 7ª. Pelo pactuado neste contrato obrigam-se os Contratantes e seus sucessores(as).

Cláusula 8ª. O Contratante fica obrigado a, sempre que houver mudança de endereço, telefone ou e-mail, comunicar imediatamente ao Contratado.


Cláusula 9ª. O presente contrato não tem caráter personalíssimo, podendo o Contratado ser representado por outro(s) advogado(s) em qualquer ato processual.


Cláusula 10ª. Para dirimir qualquer questão oriunda do presente contrato, as partes elegem o foro de Petrolina PE com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, para firmeza e como prova de assim haverem contratado, fizeram este instrumento particular, impresso em 2 (duas) vias de igual teor e forma, assinado pelas partes contratantes e pelas testemunhas abaixo, a tudo presentes.

Petrolina-PE/Juazeiro BA, 17 de Julho, de 2019


Contratada


Contratado


Contratante

Testemunhas:

1) Nome : _____

RG: _____

2) Nome : _____



Autenticidade verificada em 08/07/2019
Ass 0249926119



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Segurança Pública
Polícia Civil

Emissão: 08/07/2019 às 16:00h
Unidade de Emissão: 17ª COORPIN - SENTO SÉ
SIGIP - Sistema de Informação e Gestão Integrada Policial

Gerado por: FILIPE FREIRE BEZERRA

CERTIDÃO

536388

3190463458

Boletim de Ocorrência

Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523

Data: 08/07/2019 às 11:41h

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Responsável Pelo Registro

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Servidor: 750171564 - RUBENS GOMES DOS ANJOS

Dados do Fato

Tipo:

Não delituoso

Classificação: Acidente de Veículo

Data:

08/04/2019 às 07:00h

Histórico:

ALEGA A COMUNICANTE KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, QUE EM DATA E HORA ACIMA CITADOS, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO PAS/MOTOCICLO HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2012/2012, DE COR PRETA, PLACA POLICIAL NZR-9985-SOBRADINHO-BA, CHASSI Nº 9C2KC1670CR522221, EM NOME DE FERNANDO SANTANA DE SOUZA, CONFORME CÓDIGO RENAVAL 458492340, VEIO A COLIDIR EM UMA OUTRA MOTO DE PLACA, CONDUTOR E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADO, QUE EVADIU-SE. SEGUNDO A COMUNICANTE, NO MOMENTO DO ACIDENTE ENCONTRAVA-SE COMO CARONA A SUA GENITORA ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, SENDO AMBAS SOCORRIDAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE SOBRADINHO-BAHIA, EM SEGUIDA TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TRAUMAS E URGÊNCIAS DE PETROLINA-PE, COM LESÕES CORPORAIS. É O REGISTRO.

Endereço Principal: Rod. BA 210, CONTORNO DA INTEGRAÇÃO DA SAÍDA, VILA SÃO FRANCISCO, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

ADRIANO EVANGELISTA MARTINS, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

FRANCISVALDO, Sexo Masculino, Nacionalidade: Brasileira, Civil, Cutis: Parda, Não informado, Endereço: R. 04, Nº 27, QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

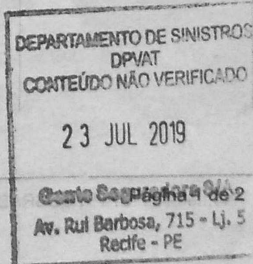
ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 07787214-26 SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: MARIA PEREIRA DE SOUZA, Pai: ANASTÁCIO BISPO DE SOUZA, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Juazeiro (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em: 14/04/1958, Viúvo(a), Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,67m, Cabelo: Pretos, Olhos: Castanhos, Cabelo: Carapinha, Heterossexual, Endereço: R. 04, Nº 27,

Envolvimento

Testemunha

Testemunha

Vítima (Fato Não Delituoso)



Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523





Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Segurança Pública
Polícia Civil

Emissão: 08/07/2019 às 16:00h
Unidade de Emissão: 17ª COORPIN - SENTO SÉ
SIGIP - Sistema de Informação e Gestão Integrada Policial

Gerado por: FILIPE FREIRE BEZERRA

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 17ªCRPN SOBRADN-BO-19-00523

Data: 08/07/2019 às 11:41h

Unidade: 17ª COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Pessoa Física

Envolvimento

QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP:

48925-000, Religião: Catolicismo

KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 13385175-38

Comunicante

SSP/BA, Sexo Feminino, Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS,

Pai: BENTO DOS SANTOS NETO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade:

Embu (SP) - SÃO PAULO - BRASIL, Nascido em: 02/02/1982, Solteiro (a),

Civil, Cutis: Parda, Altura: 1,60m, Cabelo: Castanhos, Olhos: Castanhos,

Cabelo: Encaracolado, Heterossexual, Peculiaridade: Usa Óculos, Endereço:

R. 04, Nº 27, QUADRA-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR

CEP: 48925-000, Telefone Celular: 74988598354, Telefone Residencial:

74988598354, Religião: Catolicismo

Responsável:

FILIPE FREIRE BEZERRA

Código de autenticidade da certidão: f1426311-ac67-48a7-92f3-d4486a0d74bf

Para verificar a autenticidade desta certidão

acesse :<https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/>



TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1933 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 3452 de 01.05.1945 que aprovou a L.T. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

201.05470.59-1

8856829

0050

BA

Katiane de Souza dos Santos



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

FILIAÇÃO: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

NASCIMENTO: 02/02/1982

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: EMBU DAS ARTES - SP

DOCUMENTO: R.G. - 1339517538 - 03/09/2016 - SSP - BA

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 845.675.915-15

TÍT. ELEITOR: 095232430558

LOCAL DE EMISSÃO: PM - SOBRADINHO

DATA DE EMISSÃO: 09/04/2018

ZONA: 083

CNH: 619

Paulo Henrique Lima Lemos
GERENTE DE REGISTRO CIVIL
Superintendência Regional de Trabalho e Emprego-BA

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PAÍS

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

1 - CASAMENTO | 2 - DIVÓRCIO | 3 - RECONHECIMENTO DE INTERVENÇÃO | 4 - DATA DE NASCIMENTO
5 - REP. JUDICIAL | 6 - ADIÇÃO | 7 - PRONÚNCIA VOLUNTÁRIA

03



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: 01.892.725/0001-02
 CECI/CP/CB: SANTA FELICIDADE
 ENDEREÇO: AGROPECUÁRIA LTDA
 Lote 2A e 2B PA III - PSNC
 CEP: 47.300-000
 MUNICÍPIO: Casa Nova-BA
 UF: BA
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: Indolador Rinal
 CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: 21 de novembro de 2018
 REGISTRO Nº: 28.937,00 (vinte e oito mil e novecentos e setenta e sete reais)
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:

1º: Andrea Rafael
 Santa Felicidade Agropecuária Ltda
 Empregada Depº Pessoal
 DATA DE SAÍDA: 30 de novembro de 2018

2º: Andrea Rafael
 Santa Felicidade Agropecuária Ltda
 Empregada Depº Pessoal

CONL. DISPENSA CBO Nº:
 FGTS Nº DA CONTRA:

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR:
 CECI/CP/CB:
 ENDEREÇO:
 MUNICÍPIO: UF:
 ESP. DO ESTABELECIMENTO:
 CARGO:
 CBO Nº:

DATA DE ADMISSÃO: DE DE
 REGISTRO Nº: HS / OCHA
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:

1º:
 2º:
 3º:

DATA DE SAÍDA: DE DE
 1º:
 2º:

CONL. DISPENSA CBO Nº:
 FGTS Nº DA CONTRA:

09



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50050-902
CNPJ: 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE! MARCIO ROBERTO DE SOUZA SANTOS	DATA DE VENCIMENTO 29/08/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 68,11	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/08/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 22/08/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 074613258	CONTA CONTRATO 4010444468 CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
ENDEREÇO VILA DO MEIO DO N5 -RUA TRES 30 -PISNC NUCLEO 5/MASSANGANO -56353-700 PETROLINA PE -			
PERÍODO CONSUMO 23/07/2019 a 22/08/2019	CONSUMO 80		

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 16,44

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO 4010444468	MÊS/ANO 08/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 68,11	VENCIMENTO 29/08/2019	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838900000005 681100110040 010444468100 141785421037



SINISTRO 3190443458 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE****SEGURADORA S/A****BENEFICIÁRIO KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS****CPF/CNPJ: 84557591515****Posição em 02-10-2019 14:08:46**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

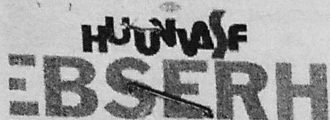
Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/08/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





Hospital de Ensino Dr. Washington Antonio de Barros

Endereço: Av. José de Sá Maniçoba, S/N

Cidade: Petrolina

CNPJ: 05.440.725/0002-03

Telefone: (87) 2101-6500

Ficha de Atendimento - Emergência

net

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50006030

Paciente: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS

Endereço: QUADRA N24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM / SOBRADINHO (BA)

CNS: 700002195859800

Doc. Identificação:

Nasc.: 02/02/1982 Idade: 37

Telefone: (87) 988417219

ANAMNESE DO MÉDICO

*Paciente vítima de acidente
de moto. Apresentando dor e
limitação no M.C.
Paciente chegou no pronto*

*em. Internamento
do bloco cirúrgico
ATB valoroso*

Marco Antônio Queiroz
Osteodista
022.20715

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU DE ENSINO EBSERH

HU - UNIVASF
21/07/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Gara Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 713 - L.J.
Recife - PE
Hora: 11:29

Ass. Paciente: _____

Saída: ____/____/____

Data de Impressão: 08/04/2019

Hora: 11.29

HU, preserve-o, ele também é seu.





Prefeitura
Lagoa Grande



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



SUS
Sistema Único de Saúde

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE : _____

NOME: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS REGISTO Nº _____

DATA DO ACIDENTE: 08/04/2019

PACIENTE, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, SOCORRIDA PELO SAMU P/ O HOSPITAL LOCAL DE SOBRADINHO E ENCAMINHADA P/ O HOSPITAL DO TRAUMA (PETROLINA-PE) COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA DE MIE, SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO E IMPLANTAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS P/ REDUÇÃO DE FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA.

FOI REALIZADO TODO TRATAMENTO PROPOSTO, PORÉM A MESMA APRESENTA TAMBÉM LIMITAÇÕES FUNCIONAIS: ALGIA INTENSA DURANTE MOBILIZAÇÃO PASSIVA + DEFICIT DE ADM DE JOELHO E TORNZELO (E) + MARCHA CLAUDICANTE DEVIDO EXTENSÃO DAS LESÕES + LEVE DISCREPÂNCIA DE MMII. PORTANTO, COM SEQUELAS DEBILIDADE PERMANENTE, APRESENTANDO PERDA FUNCIONAL DE 90% DO MIE.

CID 10 582.7

DATA: 16 / 07 / 2019

Drª Giselle Skalet de J. Santos

Fisioterapeuta

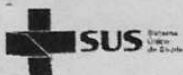
CREFOM 234931-F

ASSINATURA E CARIMBO



Assinado eletronicamente por: PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS - 14/10/2019 10:05:45
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101410054539600000051475069>
 Número do documento: 19101410054539600000051475069

CONVÊNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE

CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO:

Reabordagem Tíbia

CÓD. PROCEDIMENTO:

EMPRESA:

Sintese

CIRURGIÃO/CIRURGIÃ:

Dr. Rodrigo

INSTRUMENTADOR(A):

Guilherme

PACIENTE:

Katiane de Souza dos Santos

DATA DA CIRURGIÃ:

15/10/2019

PRONTUÁRIO:

30006030

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos						
	06	08	10	12	14	16	
DCP larga	06	08	10	12	14	16	
DCP estreita	04	05	06	08	10	12	14
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08		
Outros: 01 Placa Especial DCP Estreita 16 furos							

PARAFUSOS UTILIZADOS

	QT	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
Cortical 4,5mm	QT								02	06			02							
Cortical 4,5mm	QT	52	54	56	58	62	64	68	70											
Maleolar 4,5mm	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
Esponjoso Rosca 16	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Esponjoso Rosca 32	QT	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Arruela 4,5mm																				
Arruela 6,5mm																				
QT	QT																			
Outros:																				

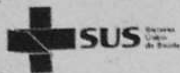
Assinaturas:

Rayana de Souza Mamede
Enfermeira
Cred: 271829-PE

Dr. Rodrigo L. da Silva
Ortopedista
15.08.2019

Michel Mendes
Assistente Administrativo
DEPARTAMENTO DE MATERIAIS E EQUIPAMENTOS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

CONVÊNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE

CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO: tratamento cirúrgico de fratura de tíbia e
CÓD. PROCEDIMENTO: _____ EMPRESA: Oitavale
CIRURGIÃO/CIRURGIÃ: Dr. Rodrigo INSTRUMENTADOR (A): Elisane Pacheco
PACIENTE: Katiane de Souza dos Santos
DATA DA CIRURGIÃ: 15/04/19 PRONTUÁRIO: 50006030

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos						
DCP larga	06	08	10	12	14	16	14
DCP estreita	04	05	06	08	10	12	
1/3 ou semi-tubular	04	05	06	07	08		
Outros:							

PARAFUSOS UTILIZADOS

Cortical	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
4,5mm QT							5	3											
Cortical	52	54	56	58	62	64	68	70											
4,5mm QT																			
Maleolar	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70									
4,5mm QT																			
Esponjoso	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Rosca 16 QT																			
Esponjoso	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
Rosca 32 QT																			
Arruela 4,5mm																			
QT																			
Arruela 6,5mm																			
QT																			

Assinaturas:

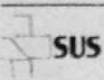
Dr. Rodrigo Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27.128-3

15/04/2019



R.S.U.
Rayana de Souza Mamede
Enfermeira
Copen: 271829 - PE



 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <i>Kahiane de Souza das Santos</i> 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 11 - NOME DA MÃE 13 - NOME DO RESPONSÁVEL 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 8 - DATA DE NASCIMENTO: <i>11/11</i> 9 - SEXO: <i>1 - FEM</i> 10 - ETNIA 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Paciente com lesão na perna após queda de moto.</i> 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>Tratamento cirúrgico.</i> 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fraturas múltiplas da perna</i> 24 - CID 10 PRINCIPAL: <i>S82.2</i> 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>Tratamento cirúrgico / necessidade por laço oculto</i> 29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31 - DOCUMENTO () CNS () CPF 32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <i>0408050500 (5822)</i> 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <i>Michella Mendes Pereira</i> 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <i>15/04/19</i> 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PROCEDIMENTO SOLICITADO 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - Nº DO RUIHTE 41 - SÉRIE 42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNAE DA EMPRESA 44 - CBOR 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () PREVIDENCIADO () NÃO SEGURADO 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR 48 - DOCUMENTO () CNS () CPF 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <i>17/04/19</i> 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <i>Dr. Eliana Maria Vieira Rosa</i> 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <i>26190637 110-1</i> 53 - Nº DO PROCEDIMENTO: <i>0415030073</i> 54 - Nº DO RUIHTE 55 - SÉRIE 56 - CNAE DA EMPRESA 57 - CBOR			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) 58 - Nº DO RUIHTE 59 - SÉRIE 60 - CNAE DA EMPRESA 61 - CBOR			
AUTORIZAÇÃO 62 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <i>26190637 110-1</i> 63 - Nº DO PROCEDIMENTO: <i>0415030073</i> 64 - Nº DO RUIHTE 65 - SÉRIE 66 - CNAE DA EMPRESA 67 - CBOR			



Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente			
Nome:	KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS	Chegada:	08/04/2019 11.06.45
Sexo:	MASCULINO	Idade:	37
Transporte:	OUTROS	Data de Nascimento:	02/02/1982

Classificação de Risco							
Queixa Principal:	REGULADO ORTOPEDISTA: FRATURA EXPOSTA EM MIE APÓS COLISÃO MOTOXMOTO HÁ 4 HS						
Fluxograma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES			Discriminador: FRATURA EXPOSTA			
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		
	Pulso		Ritmo:		Sat O2 (%):		
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor: 5		PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	<input checked="" type="checkbox"/>	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fluxo Interno:	ORTOPEDISTA						
Classificador:	TAMARA CRISTINA LOIOLA		COREN / CRM:	184758 PE	Hora de Início CR:	08/04/2019 11.17.39	Hora de Fim CR:
08/04/2019 11.19.11							

Reclassificação							
Queixa Principal:							
Fluxograma:				Discriminado			
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		
	Pulso		Ritmo:		Sat O2 (%):		
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:		PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	<input type="checkbox"/>	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fluxo Interno:							
Classificador:			COREN / CRM:		Hora de Início CR:		Hora de Fim CR:

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 11/07/2019

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSEH
Fone: 319-2962

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Conta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Ficha de Atendimento - Emergência

net PH

DADOS DO PACIENTE

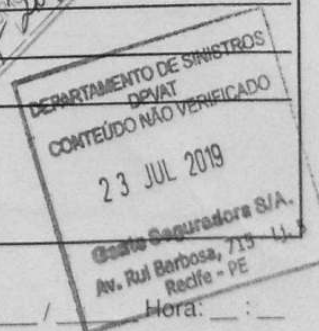
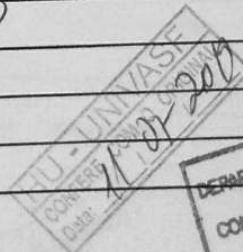
Prontuário: 50006030
Paciente: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS
Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS
Endereço: QUADRA N24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM / SOBRADINHO (BA)
CNS: 700002195859800 Doc. Identificação:
Telefone: (87) 988417219 Nasc.: 02/02/1982 Idade: 37

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente vítima de acidente
de moto. Apresentando dor e
limitação no M.C.
Paciente chegou no pronto
socorro. Internado
na UTI para observação
e tratamento.

Marcos Vinícius Queiroz
Otorrinolaringologista
CRM 20715

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU DE ENSINO EBSERH



Ass. Paciente: _____

Saída: ____/____/____ Hora: ____:____

Data de Impressão: 08/04/2019

Hora: 11.29



Estado da Bahia
Estado de Pernambuco
Complexo Regulador Interestadual

Data: 08/04/2019
Hora: 09:24:5
Pág: 1

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIAS

Código: 2326419 Abertura: 08/04/2019 09:19

Paciente: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS - Idade: 37a. - Sexo Feminino

Central. Reg.: CENTRAL DE REGULACAO INTERESTADUAL DE LEITO Unid. Origem: HOSPITAL MUNICIPAL DE SOBRADINHO - BA

Município: Sobradinho

Motivo da Solicitação: Internação Ortopédica - Fratura exposta

Justificativa da Transferência: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA/ FIBULA

Complemento da Solicitação: REALIZAR TRANSFERÊNCIA; VAGA ZERO; RETENÇÃO DA MACA; PARA HU/UNIVASF; ORTOPEDIA; DR. LUIZ OTÁVIO CIENTE (Demétrio Gregório Ribeiro - Nº Cons.: 28017 - CRIL - 08/04/2019 09:23:15)

Resumo Clínico: =====> RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, VITIMA DE COLISAO (MOTO X MOTO), APRESENTANDO EXPOSIÇÃO OSSEA, FRATURA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA.
ACV: RCR EM 2T
AR: MV+ S/RA
ABD: GLOBOSO, RHA+
PULSOS PERIFERICOS PRESENTES
FEITO ANALGESIA

- LISTA DE PROBLEMAS:
GUSTILHO 3A - Ativo - Susp. Diag.: GUSTILHO 3A
- EVOLUÇÃO: FRATURA DE TIBIA E FIBULA, EXPOSIÇÃO OSSEA.

- DADOS VITAIS:

FC:75

FR:19

PAS:160

PAD:100

- MAIS INFORMAÇÕES:

SUP. VENT.:Ar Ambiente

GLASGOW:15

- MEDICAMENTOS EM USO:

Sem DROGAS VASOATIVAS

Sem SEDATIVOS

Sem ANTIBIÓTICOS

Sem OUTROS MEDICAMENTOS

- RESULTADO/LAUDE DE OUTROS EXAMES:

ECG: Sem Exame

Ecocardi: Sem Exame

RX: Sem Exame

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RNM: Sem Exame

Sem Outros Exames

QUADRO INFECCIOSO: Sem Infecção

MÉDICO RESPONSÁVEL: DIEGO GONÇALVES CARNEIRO - Nº Cons.:

28609 / CREMEB

Informado por Eliane de Lima Melo - HMS em 08/04/2019 09:19:48

Hipótese do Diagnóstico (CID)

S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Encaminhamento

08/04/2019 09:23

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PETROLINA - PE

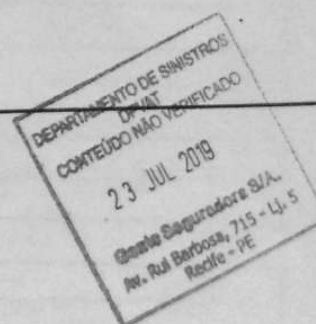
Prof. Reg.: DEMÉTRIO GREGÓRIO RIBEIRO

Resolutividade: Atendido

Paciente Não Acomodado

Mot. Solicit.: Internação Ortopédica - Fratura exposta

Ambulância:





HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEITO:

Nº CÓDIGO SUREM:

DATA: 08/04/19

HORA: 07:30

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Katiane de Souza dos Santos Sexo: M ☐ F ☒
Nº Cartão do SUS: 70000295859800 Regulação: SIM ☐ NÃO ☐
Data de nascimento: 02/02/92 Idade: 27 Naturalidade: Embu das Artes UF: SP
Filiação: Pai Bento dos Santos Neto
Mãe: Ana Maria de Souza dos Santos
Raça / Cor: Negro ☐ Pardo ☐ Branco ☐ Índio ☐
Nº do RG: 13.385.175-38 Órgão Exp. _____ UF _____ Data de emissão: ____/____/____
Nº Cert. de Nasc.: _____ Nº Livro _____ Nº Folha _____ Data de emissão: ____/____/____
Telefones: () _____
Endereço (Rua / Av; Qd): _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Responsável: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Vermelho ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul ☐

HISTÓRICO PATOLÓGICO:

HAS: ☐ DM: ☒ OUTRA COMORBIDADE NÃO ☐ SIM ☐ QUAL? _____

Gestante ☐ Pediátrico ☐ Psiquiátrico ☐ Idoso ☐ Alergia SIM ☐ NÃO ☒

SINAIS VITAIS

P.A. 160 x 100 mmHg T= _____ °C PULSO= _____ bpm RESP. _____ rpm

PESO: _____ kg. HGT: 367 mg/dl BCF: _____

ALÉRGICO A:
Nada

HISTÓRICO:

PAUSATE TRAZER PRO AMO CITIA DE COLETA NOTAS E HISTÓ
APRESENTAM EXATIDÃO CADA FASE DE TUBA E FIDUA
(E)
ACU T2C2 ET 2F ENTRADA 32

EVOLUÇÃO MÉDICA

AN. MIF J. M
A. ELABORADO ANA
(C) JFQK Souza
TAMM 100
JFQK Souza
CEMOPAS 3 (E)
Dr. Diego Gonçalves Camargo
MEDICO
CRM BA 26609





**SAMU
192**

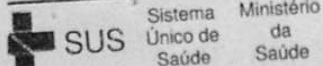
**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
REGISTRO DE CHAMADAS**

SOBRADINHO
Atendimento especializado

CHAMADA (TARM)	Nº	DATA 08 / 04 / 19		HORA 07 30				
	Médico(a) Regulador(a):	TARM						
MOTIVO: <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> OUTROS								
Solicitante: _____ Telefone: _____								
SOCORRO (TARM)	TIPO	QUEIXA DO SOLICITANTE			OBS.			
	<input checked="" type="checkbox"/> TRAUMÁTICO	Fratura de Tibia e fíbula (EXPOSTA)			1º de vítima? 02			
	<input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO				Há quanto tempo?			
	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO				Idade gestacional?			
PACIENTE (TARM)	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO				Agressivo?			
	Nome completo	Katiame de Souza dos Santos			<input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM 37 ANOS			
	Endereço onde se encontra o paciente	BA 210						
	Ponto de referência							
AVALIAÇÃO DO ESTADO DO PACIENTE À DISTÂNCIA (Médico Regulador)	ESTADO DE CONSCIÊNCIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	SANGRAMENTO	DOR AGUDA			
	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Resp. normalmente	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Ouvido	<input type="checkbox"/> Abdominal			
	<input type="checkbox"/> Confuso	<input type="checkbox"/> Resp. alterada	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Nariz / Boca	<input type="checkbox"/> Cefaléia			
	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Respiração ruidosa	<input type="checkbox"/> Rápido	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Torácica / Abdominal em idoso			
	<input type="checkbox"/> Convulsionou	<input type="checkbox"/> Não respira	<input type="checkbox"/> Lento	<input type="checkbox"/> Hematêmese	<input type="checkbox"/> Outro			
<input type="checkbox"/> Relaxou Esfincteres	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Grande					
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Outro					
<input type="checkbox"/> Trabalho de parto		<input checked="" type="checkbox"/> Trauma Tipo: Perma E						
<input type="checkbox"/> Aborto								
GRAVIDADE PRESUMIDA	<input type="checkbox"/> ILESO	<input type="checkbox"/> PEQUENA	<input type="checkbox"/> MÉDIA					
	<input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> INDETERMINADA					
MEIOS <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> USB I <input type="checkbox"/> USB II <input type="checkbox"/> USB III <input type="checkbox"/> USB IV								
TRANSPORTE UTILIZADO	HORÁRIOS	Comunicação	Partida	Local	Partida do local	Destino	Retorno	Base
	EQUIPE	Diego MÉDICO(A)		Jago ENFERMEIRO(A)		Aline TÉCNICA		Bray CONDUTOR



Assinado eletronicamente por: PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS - 14/10/2019 10:05:45
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101410054539600000051475069>
 Número do documento: 19101410054539600000051475069



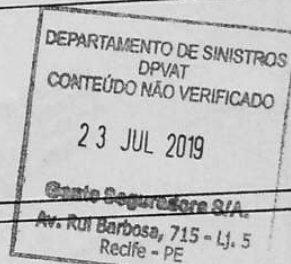
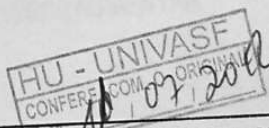
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde		2 - CNES
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		6042414
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		6042414
Identificação do Paciente		6 - ACOMPANHANTE
5 - NOME DO PACIENTE		7 - PRONTUÁRIO
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS		50006030
8 - CNS	9 - RG	10 - CPF
700002195859800		84557591515
11 - NASCIMENTO	12 - SEXO	13 - RAÇA/COR
02/02/1982	F	PARDA
14 - REGULÁVEL		15 - NOME DA MÃE
NÃO		ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS
16 - TELEFONE DE CONTATO		17 - NOME DO RESPONSÁVEL
(87) 988417219		
18 - ETNIA		19 - TELEFONE DE CONTATO
20 - ENDEREÇO		22 - Cód IBGE
QUADRA N24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM		2930774
21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		23 - UF
SOBRADINHO		BA
		24 - CEP
		48925000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
ACIDENTE AUTO COM FRATURA EXPOSTA PERNA ESQ SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXADOR EXTERNO

26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO



27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Michellia Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU - UNIVASF - 210.2962

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

29 - CID 10 PRINCIPAL

S82.2

30 - CID 10

31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

34 - CLÍNICA

35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

36 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

37 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF)

3963585439

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CLECIO DE LIMA LOPES

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/04/2019

40 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

15936/CREMEPE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

44 - CNPJ DA SEGURADORA

45 - N. BILHETE

46 - SÉRIE

41 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

47 - CNPJ EMPRESA

48 - CNAE EMPRESA

49 - CBOR

50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

52 - Cód. ORGÃO

53 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF)

420.74.4024-72

55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

10-04-19

56 - ASSINATURA E CARIMBO

10-04-19

57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910537 104-0



Assinado eletronicamente por: PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS - 14/10/2019 10:05:45

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101410054539600000051475069>

Número do documento: 19101410054539600000051475069

HUNAF



ATESTADO



DECLARAÇÃO

NOME: **KATIANE DE SOUZA SANTOS**

IDADE: _____

UNIDADE DE SAÚDE: **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASF**



ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE **08/04/2019** À **16/04/2019**
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO. FICANDO
IMPOSSIBILITADO DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSITA DE
90(NOVENTA) DIAS DE LICENÇA MÉDICA.



COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA PARA CONSULTA, FOI ATENDIDO E
NECESSITA DE _____ DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

CID: **S82.7**

SE DECLARAÇÃO:



COMPARECEU À URGÊNCIA NESTA DATA, HORÁRIO _____
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUAIS.



COMPARECEU À URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE:
NESTA DATA. _____

DATA: **16/04/2019**

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

Dr. Arthur S. Santos
Ortopedia
CRM-BA 23228
14519



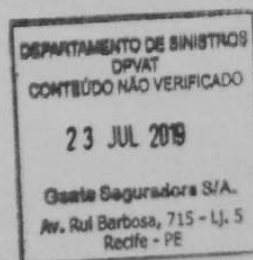
ID Paciente : 23100

Nome : KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

276760_2

Data : 28/04/2019 11:52:37

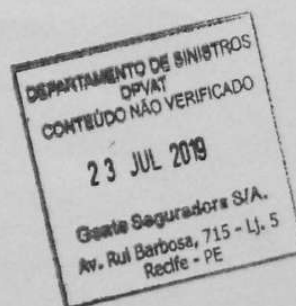
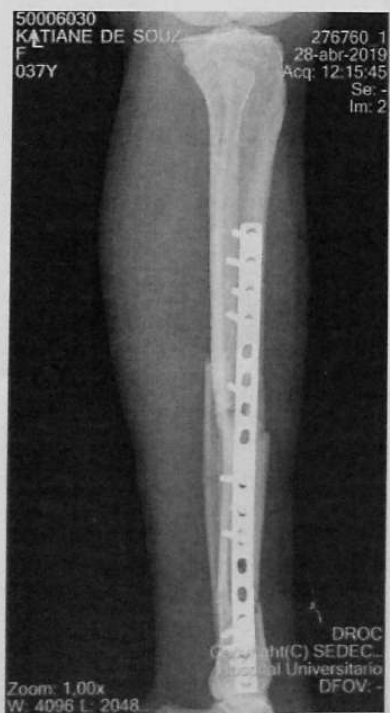
02/02/1982



ID Paciente : 23100
Nome : KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS
Data : 28/04/2019 11:52:36

276760_1

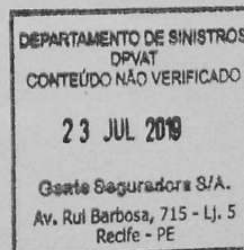
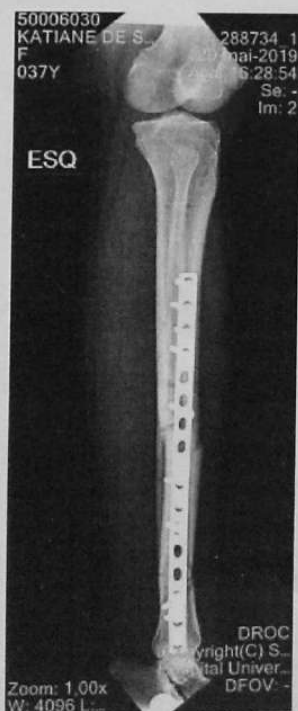
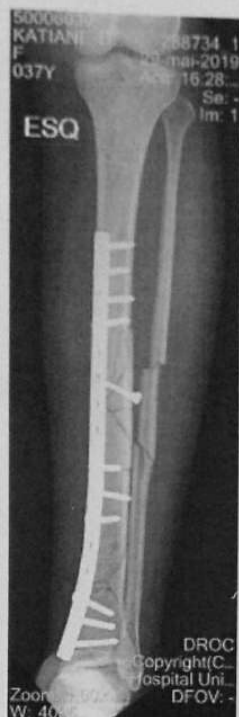
02/02/1982



ID Paciente : 23100
Nome : KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS
Data : 29/05/2019 16:09:44

288734 1

02/02/1982



SOBRADINHO

HMMA+ SUS + SMS

HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
Av. D. s/n Q-02, Vila São Francisco Sobradinho-BA
(74) 3538-1141

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Endereço: _____

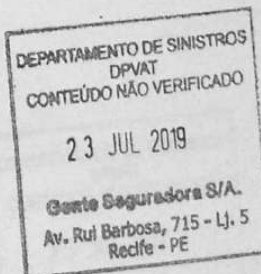
Paciente Katiene de Souza dos Santos

uso oral:

@ Xarelto 10mg _____ 15comp.
Tomar 01 comp 1x dia por 15 dias.

Sobradinho: 06, 05, 19

Miguel L. Juste
CRM BA-28146



HUUNASF
EBSERH

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SÁ MANIÇOBA, S/N, CENTRO, PETROLINA-PE.
CEP: 56304-205 Telefone: (87) 2101-6500

RECEITUÁRIO

NOME:

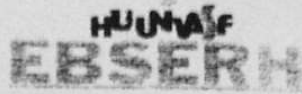
Katiane S. Santos

USO ORAL

Cetoprofeno 10mg - de
tomar o comp de
12/12h por 07 dias

Thiago A. Perruci
Ortopedia/Traumatologia
Especialista em Quadril
CRM: 19502/SBOT 14468





HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - HU/UNIVASF
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
AV. JOSÉ DE SA MANIÇOBA, S/N, CENTRO, PETROLINA-PE.
CEP:56304-205 Telefone: (87) 2101-8500

RECEITUÁRIO

NOME: KATIANE S. SOUZA

USO ORAL

Ciprofloxacino 500mg — 01x
toma a cada 12 horas de
12/12h por 07 dias.

Thiago A. Perruci
Ortopedia/Traumatologia
Clín. Quadril
CRM:19502/SBOT 64468

DATA: / /

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019





HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Manicoba s/nº Campus – Centro – Petrolina-PE

RECEITUÁRIO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS

1- CEFALLEXINA 500MG-----ICX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VI AORAL, 6/6 HORAS, POR 7 DIAS

2- NIMESULIDA 100MG-----ICX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 12/12H, POR 5 DIAS

FRATURA TIBIA DIREITA

Humberto Artur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 19979 / BA 23228
TEOT - 14319

DATA: 16/04/2019

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO EMITENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

PARA: **KATIANE DE SOUZA SANTOS**

1) PACO 30 MG-----1CX

**TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 8/8 HORAS, CASO
DOR FORTE**

PETROLINA **16/04/2019**

NÃO ACEITAR TROCA DE MEDICAMENTO!
Resolução RDC nº 16/07

Humberto Artur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 199797 BA 23228
TEOT - 14519
MÉDICO - CRM

Identificação Comprador	Identificação Fornecedor
Nome:	
RG: Emissor:	
Endereço:	Data:
Cidade: UF:	Assinatura farmacêutico
Telefone:	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

