

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 - Av^a 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

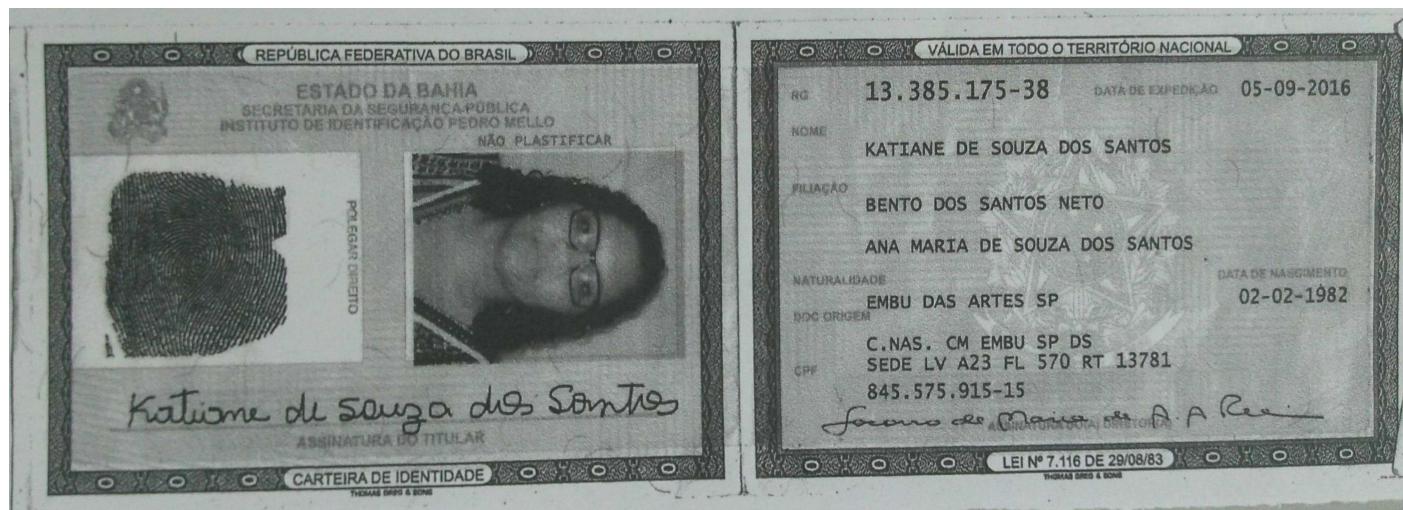
PODERES: Por este presente instrumento de mandato o outorgante verifica aos outorgados **poderes para o foro em geral, os da cláusula ad judicia et extra judicia**, podendo ainda substabelecer, assinar termos, firmar compromissos, acordar, embargar, reconhecer, transigir, impugnar, receber, dar quitação, 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





Assinado eletronicamente por: PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS - 14/10/2019 10:05:44
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101410054415400000051473905>
Número do documento: 19101410054415400000051473905

Num. 52302419 - Pág. 1

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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 1^a. 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 2^a. Não se comprehende 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 3^a. 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 4^a 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 5^a 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 6^a. 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 7^a. Pelo pactuado neste contrato obrigam-se os Contratantes e seus sucessores(as).

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

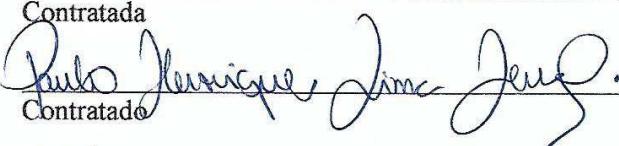
Cláusula 9^a. O presente contrato não tem caráter personalíssimo, podendo o Contratado ser representado por outro(s) advogado(s) em qualquer ato processual.

Cláusula 10^a. 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 : _____





CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 17ºCRPN SOBRADN-BO-19-00523

Data: 14/07/2019 às 11:41h

Unidade: 17º COORPIN - SOBRADINHO

Delegado: 126163982 - FILIPE FREIRE BEZERRA

Pessoa Física

QUADRA N-24, VILA SÃO JOAQUIM, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000, Religião: Catolicismo
KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS, Carteira de Identidade: 13385175-38
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

Envolvimento

Comunicante

Responsável: FILIPE FREIRE BEZERRA

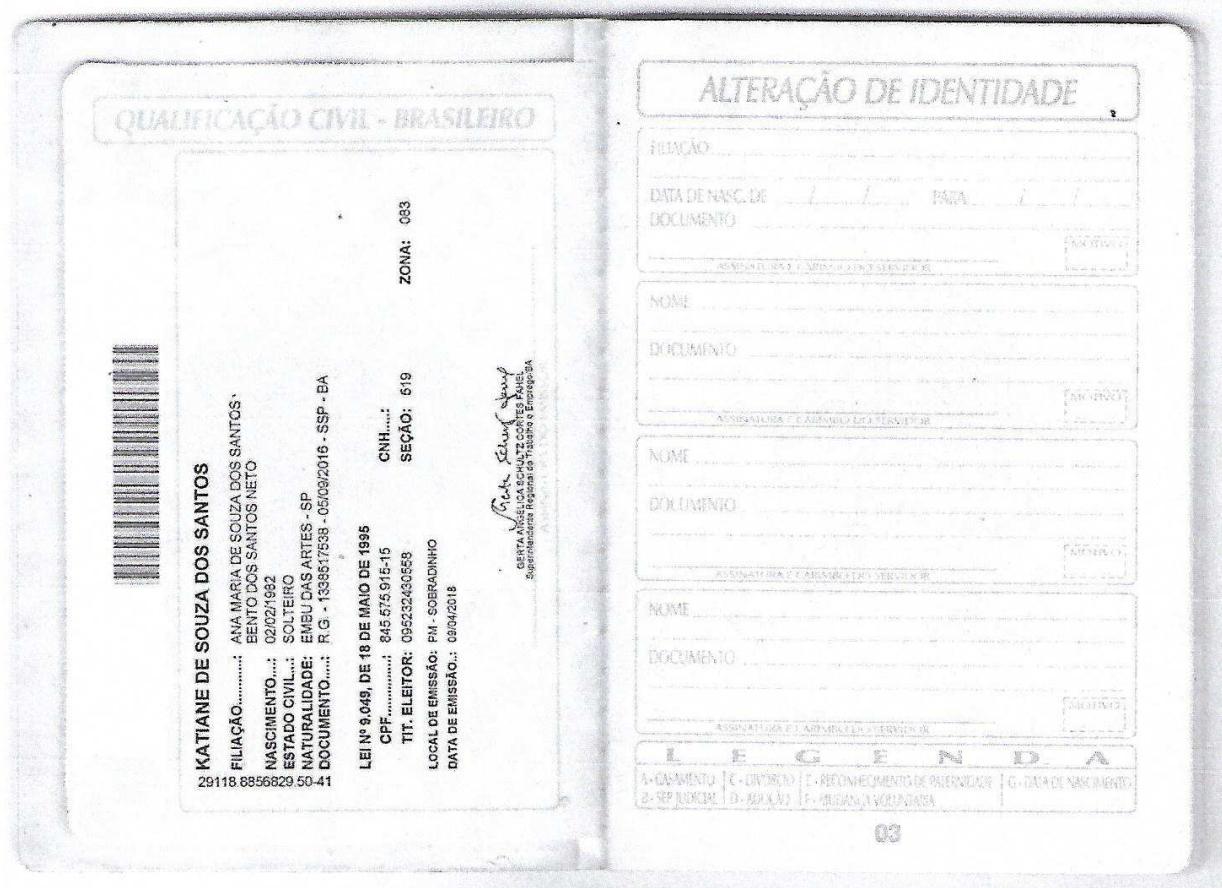
Endereço Padrão: Rua BA 510, Condomínio da Integrado, Vila São
FRANCISCO, SOBRADINHO, BA - BR CEP: 48925-000

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

Para verificar a autenticidade desta certidão

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





CONTRATO DE TRABALHO**01.892.725/0001-02****SANTA FELICIDADE
AGROPECUÁRIA LTDA**
ENDERECO: Lote 2A e 2B PA III - PSNC
CEP: 47.300-000

MUNICÍPIO: Casa Nova-BA

EMPRESA DE DESENVOLVIMENTO:

CARGO: Trabalhador Rural

LICENÇA:

DATA DE ADMISSÃO: 01 de Novembro de 2018

REGISTRO N°: 15.700

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 937,00 (Novecentos e
noventa e sete reais)

Andrea Rafael

Santa Felicidade Agropecuária Ltda
Encarregada Deptº Pessoal

DATA DE SAÍDA:

COM. DISPENSA CD N°:

EGTS N° DA CONTR:

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPRESA/ODOR:

CGC/CNPJ/CEI:

ENDERECO:

MUNICÍPIO:

ESP. DO ESTABELECIMENTO:

CARGO:

CBO N°:

DATA DE ADMISSÃO:

DE:

DE:

REGISTRO N°:

HS. /ICMA:

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:

DATA DE SAÍDA:

DE:

DE:

COM. DISPENSA CD N°:

EGTS N° DA CONTR:

09



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1401602998

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-

Ligaçāo Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligaçāo 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	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/08/2019	CONTA CONTRATO 4010444468
TOTAL A PAGAR R\$ 68,11	DATA DA APRESENTAÇÃO 22/08/2019	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
NÚMERO DA NOTA FISCAL 074613258		

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



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

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101410054496600000051473914>

Número do documento: 19101410054496600000051473914

Num. 52302428 - Pág. 1

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



Ficha de Atendimento - Emergência*net PAA***DADOS DO PACIENTE**

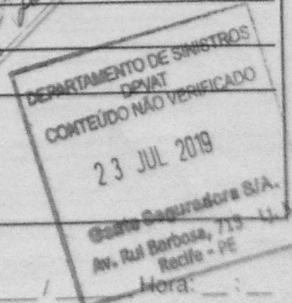
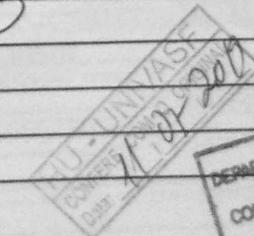
Prontuário: 50006030
Paciente: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS
Mãe: ANA MARIA DE SOUZA DOS SANTOS
Endereço: QUADRA N24 RUA 04, nº 27 - SÃO JOAQUIM / SOBRADINHO (BA)
CNS: 700002195859800 Doc. Identificação: Nasc.: 02/02/1982 Idade: 37
Telefone: (87) 988417219

ANAMNESE DO MÉDICO

*Paciente vítima de acidente
do trabalho. Interveniente de
levantagem no MCE.
Paciente proibida de guiar
e/ou interromper
uso fumo e/ou
ATB em excesso*

*Marcos Henrique Queiroz
Assistente Administrativo
08/04/2019*

*Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU/VASF/EBSERH
08/04/2019*



Ass. Paciente: _____

Saída: _____ / _____ / _____

Hora: 11.29

Data de Impressão: 08/04/2019

HU, preserve-o, ele também é seu.





Prefeitura de
**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 REGISTRO Nº _____

DATA DO ACIDENTE: 08/04/2019

PACIENTE, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, 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 CIRURGICO. E IMPLANTAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS P/ REDUÇÃO DE FRATURA COMINUTIVA DA TÍBIA.

FOI REALIZADO TODO TRATAMENTO PROPOSTO, PORÉM A MÉSMA APRESENTA TRES LIMITAÇÕES FUNCIONAIS: ALGIA INTENSA DURANTE MOBILIZAÇÃO PASSIVA + DEFÍCIT DE ADM DE JOELHO E TORNozELO (E) + MARCHA CLAUDICANTE DEVIDO EXTESSÃO DAS LESÕES + LEVE DISCREPÂNCIA DE MMIL. PORTANTO, COM SEQUELAS DEBILIDADE PERMANENTE, APRESENTANDO PERDA FUNCIONAL DE 90% DO MIE.

CID 10 S82.7

DATA: 16 / 07 / 2019

Dr Giselle Skalet de J. Santos
Fisioterapeuta
CREF/PE 234931-F

ASSINATURA E CARIMBO



EBSERH

FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF

HUUNASF

PRONTUÁRIO

DATA

15/04/19

NOME

Kotiane de Souza dos Santos

Sexo

F

Idade

37

ASA

II

Urgência

SIM NÃO

CIRURGIÃO

Modufo

ANESTESIOLOGISTA

Maurus

PROCEDIMENTO

tto Cangice de rotina de tue + reabordagem

INÍCIO

8:30

TÉRMINO

12:20

Anamnese:

Alergia: Não SimJejum: >8h <8hPatologias: Não Sim

DM: urmilia

CONDIÇÕES DE ENTRADA

PA:

FC:

SAT:

OUTROS:

HORÁRIO

O2

N2O

AR

ECG

ETCO2

DIURESE

LÍQUIDOS

Símbolos

PAMI

Início/Fim Garrote

PMSI

Início/Fim Anestesia

X

Início/Fim Cirurgia

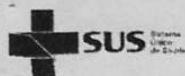
Pulso

PMSI

Início/Fim Cirurgia

PMSI

CONVÊNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE

CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO:

Reabordagem Tibia

CÓD. PROCEDIMENTO:

SP-Síntese

CIRURGIAO/CIRURGIA:

WES Rodrigo

INSTRUMENTADOR (A):

Ghilherme

PACIENTE:

Katiene de Souza WES Santos

DATA DA CIRURGIA:

15/07/2019

PRONTUÁRIO:

30006030

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos											
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												

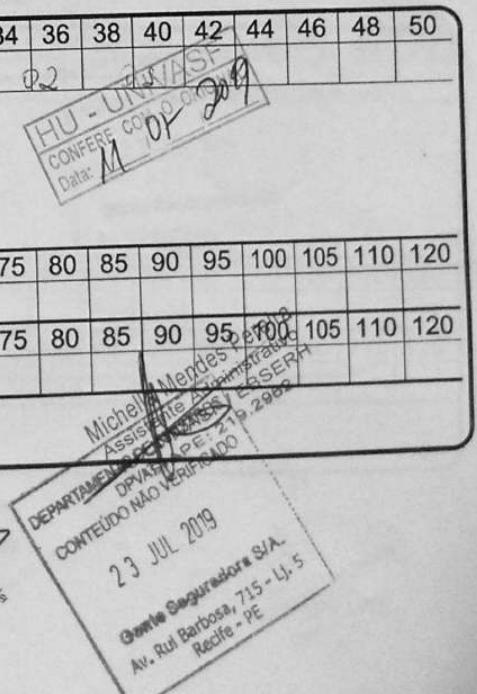
PARAFUSOS UTILIZADOS

Cortical	14	16	18	20	22	24	26	28	30	32	34	36	38	40	42	44	46	48	50
4,5mm	QT								0206			02							
Cortical	52	54	56	58	62	64	68	70											
4,5mm	QT																		
Maleolar	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	120
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			Arruela 6,5mm		Outros:														
QT			QT																

Assinaturas:

*Rayana de Souza Mamede
 Enfermeira
 Cored 271829-PE*

*Dr. Rodrigo Laborda
 Cirurgião-Dentista
 CRM-PE 12033
 15 AGO. 2019*



CONVÊNIO:



FICHA DE CONTROLE DE MATERIAL DE SÍNTESE
CAIXA GRANDES FRAGMENTOS 4,5mm

4,5

PROCEDIMENTO:

Retorno de sangue de paciente de laringe

CÓD. PROCEDIMENTO:

EMPRESA:

010vale

CIRURGIÃO/CIRURGIÃ:

Dr. Rodrigo

INSTRUMENTADOR (A):

Eliane Pacheco

PACIENTE:

Retorno de sangue dos santo

DATA DA CIRURGIA:

15/04/19

PRONTUÁRIO:

50006030

PLACAS UTILIZADAS

Tipo de Placa	Número de Furos							
	06	08	10	12	14	16	18	20
DCP larga	06	08	10	12	14	16	18	20
DCP estreita	04	05	06	08	10	12	14	16
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																	
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			Aruela 6,5mm																
QT			QT																

*Outros: M. Mendes Paredes
 Assistente Administrativo
 HU-UNIVASF / EBSERH
 Data: 11/07/2019*

23 JUL 2019

*Gente Seguradora S/A.
 Av. Ruf Barbosa, 715 - Lj. 5
 Pacifica - PE*

Assinaturas:

Dr. Rodrigo Lacorda
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 18799 / FRCOT 12983

08/04/2019



R.S.U.
 Rayana de Souza Almeida
 Enfermeira
 Coren: 271829 - PE



ANEXO I

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Kaháre de Souza alas Santos

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - GÊNERO

11 - ETNIA

Masc.

Fem.

3

CDE

CDI

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

CDP

CDT

CDU

CDV

CDW

CDX

CDY

CDZ

CDR

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

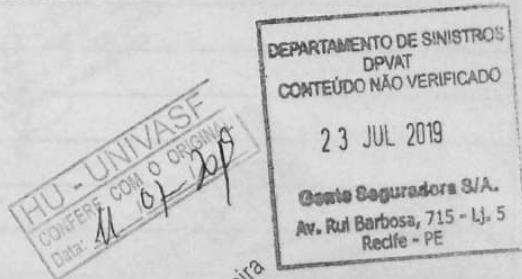
Nome: KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS Chegada: 08/04/2019 11.06.45
 Sexo: MASCULINO Idade: 37
 Transporte: OUTROS Data de Nascimento: 02/02/1982

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	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	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:	_____	



Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
IHU-UNIVASF / EBSERH
Data: 11/07/2019



Ficha de Atendimento - Emergência

net MA

— 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

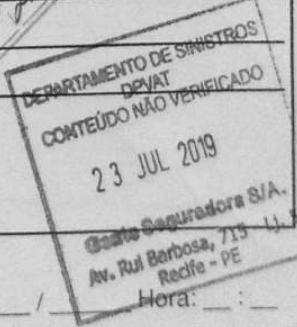
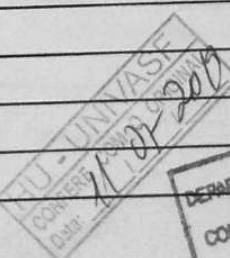
Telefone: (87) 988417219

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente vítima de acidente
de veiculo. Afrosaundo de e
fumado no MCE.
Presente queixas de dor
est. Internamento
As queixas e
ATB doloroso

Marcos Queiroz
Oftalmista
08/07/2015

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU-UNIFASF EBSERH



Ass. Paciente: _____

Saída: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Data de Impressão: 08/04/2019

Hora: 11.29



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 (Demetrio Gregorio Ribeiro - N° Cons.: 28017 - CRIL - 08/04/2019 09:23:15)

Resumo Clínico: ====== RELATÓRIO MÉDICO

- HISTÓRICO DA ADMISSÃO: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, VITIMA DE COLISÃO (MOTO X MOTO), APRESENTANDO EXPOSIÇÃO OSSEIA, FRATURA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA.

ACV: RCR EM 2T

AR: MV+ S/RA

ABD: GLOBOSO, RHA+

PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES

FEITO ANALGESIA

- LISTA DE PROBLEMAS:

GUSTILHO 3A - Ativo - Susp., Diag.: GUSTILHO 3A

- EVOLUÇÃO: FRATURA DE TIBIA E FIBULA, EXPOSIÇÃO OSSEIA.

- 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/LAUDO DE OUTROS EXAMES:

ECG: Sem Exame

Ecocardio: Sem Exame

RX: Sem Exame

USG: Sem Exame

TC: Sem Exame

RNM: Sem Exame

Sem Outros Exames

QUADRO INFECIOSO: Sem Infecção

MÉDICO RESPONSÁVEL: DIEGO GONÇALVES CARNEIRO - N° 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

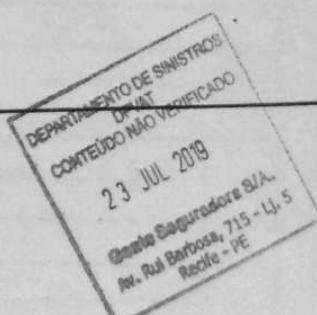
Prof. Reg.: DEMÉTRIO GREGÓRIO RIBEIRO

Resolutividade: Atendido

Paciente Não Acomodado

Mot. Solicitud.: Internação Ortopédica - Fratura exposta

Ambulância:





HOSPITAL MUNICIPAL MARIA AUXILIADORA TORRES
ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

LEITO: _____ N° CÓDIGO SUREM: _____
DATA: 08/04/19 HORA: 07:30

I D E N T I F I C A C Ã Ã O	Nome: <u>Katiane de Souza dos Santos</u>	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F		
	Nº Cartão do SUS: <u>700002915859860</u>	Regulação: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
	Data de nascimento: <u>02/02/82</u>	Idade: <u>37</u>	Naturalidade: <u>Embu das Artes</u>	UF: <u>SP</u>
	Filiação: Pai <u>Bento de Souza dos Santos Neto</u>			
	Mãe: <u>Ana Maria de Souza dos Santos</u>			
	Raça / Cor: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pardo <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Índio			
	Nº do RG: <u>13.385.175-38</u>	Órgão Exp. _____	UF _____	Data de emissão: _____ / _____ / _____
	Nº Cert. de Nasc.: _____	Nº Livro _____	Nº Folha _____	Data de emissão: _____ / _____ / _____
	Telefones: () _____			
	Endereço (Rua / Av; Qd): _____			
Bairro: _____	Cidade: _____	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO <u>23 JUL 2019</u> <u>Gama Seguradora S/A</u> <u>Av. Rui Barbosa, 715 - J. 5</u> <u>Recife - PE</u>		
Responsável: _____				

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:
Madeira

HISTÓRICO:

PAUSAS TENSAS Pelo dia e à noite de forma notável
APRESENTA dor extensora óssea, fraqueza da tibia e dor
(E)

AVV TCR 17 25

ENTLH 32

EVOLUÇÃO MÉDICA

AN: m/ j/m 7/04/2019 7/04/2019
AP: doloroso, riscante Paroxysmal

(3) JF 9/19 5000 02-58
TAMM 100 fr
JF 9/19 5000
ETAPAS 3 EV Dr. Diego Gomes Cardoso
MEDICO
CRM BA 26609





**SAMU FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA
REGISTRO DE CHAMADAS**

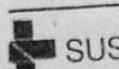
SOBRADINHO
SISTEMA DE REGULAÇÃO MÉDICA

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)		Nº de vítimas?			
	<input type="checkbox"/> CASO CLÍNICO			Há quanto tempo?			
	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO			Idade gestacional?			
<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO			Agressivo?				
Nome completo							
PACIENTE (TARM)	Katiiane de Souza dos Santos		<input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	37			
	Endereço onde se encontra o paciente		ANOS				
	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 /			
<input type="checkbox"/> Convulsionou	<input type="checkbox"/> Não respira	<input type="checkbox"/> Lento	<input type="checkbox"/> Hematêmese	Abdominal em idoso			
<input type="checkbox"/> Relaxou	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Grande	<input type="checkbox"/> Outro			
<input type="checkbox"/> Esfíncteres	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sem Pulso	<input type="checkbox"/> Outro	<input type="checkbox"/> Perna E			
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Perna E				
<input type="checkbox"/> Trabalho de parto		<input checked="" type="checkbox"/> Trauma		Tipo:			
<input type="checkbox"/> Aborto							
GRAVIDADE PRESUMIDA		<input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> SEVERA	<input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> MÉDIA <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	
HORÁRIOS	Comunicação	Partida	Local	Partida do local	Destino	Retorno	Base
TRANSPORTE UTILIZADO	Diego MÉDICO(A)	Jago ENFERMEIRO(A)		Aline TÉCNICA	Bráz CONDUTOR		
EQUIPE							



AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: RV: AO: EST. DOL:		
	PA: PELE: <i>160 x 100 mmHg, Fe = 92 bpm, SPO₂ = 98%</i>		
	<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO <input type="checkbox"/> ESMAGAMENTO <input type="checkbox"/> LESÕES: <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> % ÁREA QUEIMADA		
	CABEÇA:		
	PESCOÇO:		
	TÓRAX:		
	OUTRAS CONDUTAS:		
	GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> ILESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> SEVERA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA		
	<input type="checkbox"/> CLINEFRO <input type="checkbox"/> MATERNIDADE MUNICIPAL <input type="checkbox"/> PRÓ MATER <input type="checkbox"/> REGIONAL <input type="checkbox"/> SANATÓRIO <input type="checkbox"/> SÓ BABY <input type="checkbox"/> HDM <input type="checkbox"/> HUT <input type="checkbox"/> SOTE <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO <i>HmMAT</i> <input type="checkbox"/> NÃO REMOVIDO		
	Assinatura e Carimbo da Unidade de Destino Dr. Diego Gonçalves Camarão MÉDICO CRM-BA 28609		
DESTINO DO(A) PACIENTE			
APOIO	<input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIROS <input type="checkbox"/> POLÍCIA MILITAR <input type="checkbox"/> OUTROS _____		
INCIDENTES	<input type="checkbox"/> CANCELADO <input type="checkbox"/> RECUSOU HOSPITALIZAÇÃO <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO NO TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> REM. POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> OUTRO _____		
TERMO DE RECUISA	Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico Disponibilizado pelo SAMU / Juazeiro nesta oportunidade: Assinatura do paciente ou responsável _____		





Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

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

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
COLISÃO DE ACIDENTE AUTO COM FRATURA EXPOSTA Perna esq submetida a TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO

26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Caixa Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE

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

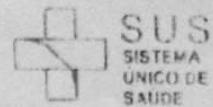
Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF
21-07-2019

28 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	31 - CID 10 C. ASSOCIADAS	32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	37 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF/RC/PROF. SOL./ASSISTENTE)	40 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO)
29 - CID 10 PRINCIPAL S82.2	30 - CID 10	33 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF	38 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF/RC/PROF. SOL./ASSISTENTE)	41 - N. BILHETE
34 - CLÍNICA	35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	36 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO 08/04/2019	42 - SÉRIE
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE CLECIO DE LIMA LOPES	44 - CNPJ DA SEGURADORA	45 - N. BILHETE	46 - SÉRIE	47 - CNPJ EMPRESA

Dr. Clecio Lima Lopes
Ortopedista / Cirurgião do Esporte
CRM-PE 15003 / CRM-BA 408050500

41 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	44 - CNPJ DA SEGURADORA	45 - N. BILHETE	46 - SÉRIE		
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	52 - CÓD. ORGÃO	53 - DOCUMENTO () CNS () CPF	54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF/RC/PROF. SOL./ASSISTENTE)	55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO 10-04-19	56 - ASSINATURA E CARIMBO DO REG. CONSELHO 20190404-229 PE	57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 261010637 104-0

HUUNASF



ATESTADO



DECLARAÇÃO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS

IDADE: _____

UNIDADE DE SAÚDE: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVASE



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 _____ h,
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUais.



COMPARECEU À URGÊNCIA ACOMPANHANDO O PACIENTE:
NESTA DATA.

DATA: **16/04/2019**

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

Arto Arthur S. Santos
Ortopedia
9519 / BA 2228
14519
Assinado em 14/10/2019 10:05:45



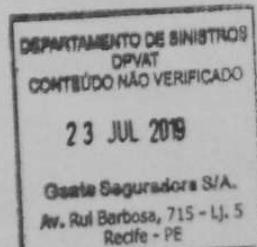
ID Paciente : 23100

Nome : KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

276760_2

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

02/02/1982



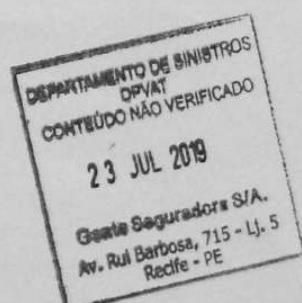
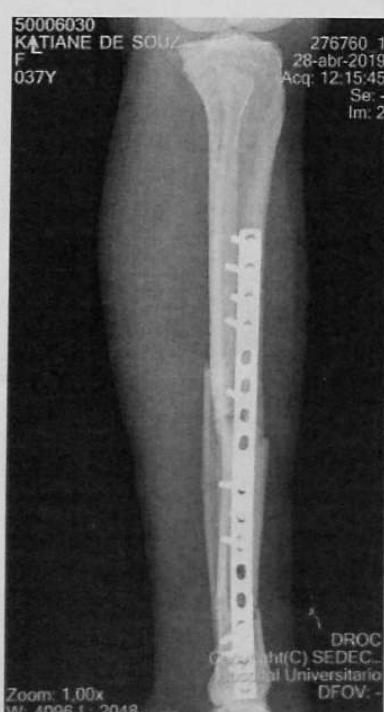
ID Paciente : 23100

Nome : KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

276760_1

Data : 28/04/2019 11:52:36

02/02/1982



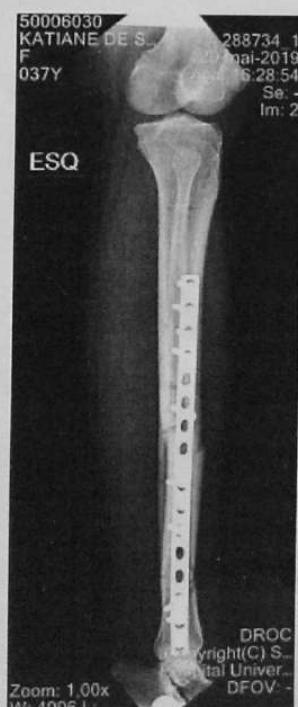
ID Paciente : 23100

Nome : KATIANE DE SOUZA DOS SANTOS

288734 1

Data : 29/05/2019 16:09:44

02/02/1982



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



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 Katiâne de Souza dos Santos

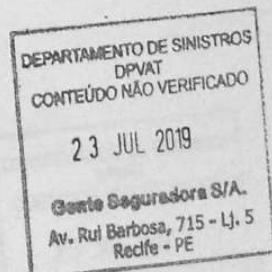
Mao oral:

0 Xarelto 10mg _____ 150amp.

Tomar 01amp 1 x dia por 15 dias.

Sobradinho: 06/05/19

Miguel L. Juste
CRM BA-28146



HU/UNIVASF
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

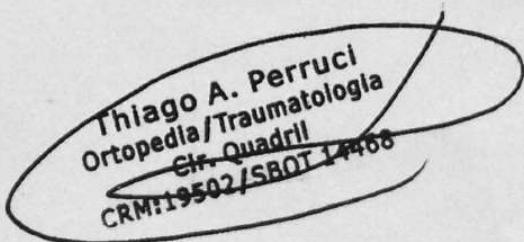
RECEITUÁRIO

NOME:

Karina S. S. SOS

uso oral

Cetoroxeno 100g - d/c
juntas oceup de
12/12h por 07 dias



**HU/UNIVASF
EBSERH**

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

RECEITUÁRIO

NOME: Kathrine S. Sáxs

uso oral

Ciprofloxacino 500mg — 01x
tomas de comprimido de
12/12h por 07 dias.

Thiago A. Perrosi
Ortopedia/Traumatologia
Cir. Quadril
CRM:19502/SB01-14468

DATA: 1/1/

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 JUL 2019





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

RECEITUÁRIO

NOME: KATIANE DE SOUZA SANTOS

**1- CEFALEXINA 500MG-----1CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 6/6 HORAS, POR 7 DIAS**

**2- NIMESULIDA 100MG-----1CX
TOMAR 01 COMPRIMIDO, VIA ORAL, 12/12H, POR 5 DIAS**

FRATURA TIBIA DIREITA

*Humberto Artur S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 10279 / BA 23228
TEOT - 14519*

DATA: 16/04/2019

**PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)**



Assinado eletronicamente por: PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS - 14/10/2019 10:05:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101410054572200000051475071>
Número do documento: 19101410054572200000051475071

Num. 52303635 - Pág. 4

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-PI

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 Antônio S. Santos
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 19979 TBA 23228
TEOT - 14519*

MÉDICO - CRM

Identificação Comprador	
Nome:	
RG:	Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação Fornecedor	
Data:	
Assinatura farmacêutico	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS



Assinado eletronicamente por: PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS - 14/10/2019 10:05:45
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101410054572200000051475071>
Número do documento: 19101410054572200000051475071

Num. 52303635 - Pág. 5