

## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

**OUTORGANTE:** **SIMONE GOMES DE OLIVEIRA**, brasileira, solteira, promotora de vendas com moto, portadora do RG nº 6.378.174 SDS/PE e do CPF nº 055.529.294-03, e-mail: não possui, residente e domiciliada na Rua Alto da Bela Vista, nº 282, Casa: A, Alto da Bela Vista, Abreu e Lima/PE. Cep: 53.515-495.

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

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

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

Abreu e Lima/PE, 11 de fevereiro de 2020

Outorgante: Simone Gomes de Oliveira.



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**SIMONE GOMES DE OLIVEIRA**, brasileira, solteira, promotora de vendas com moto, portadora do RG nº 6.378.174 SDS/PE e do CPF nº 055.529.294-03, e-mail: não possui, residente e domiciliada na Rua Alto da Bela Vista, nº 282, Casa: A, Alto da Bela Vista, Abreu e Lima/PE. Cep: 53.515-495. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CIVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 11 de fevereiro de 2020

Declarante: Simone Gomes de Oliveira



## Declaração de Isenção do Imposto de Renda Pessoa Física (IRPF)

Eu, SIMONE GOMES DE OLIVEIRA,  
RG/CNH nº 6378.174, órgão expedidor: SDS, UF: PE, CPF: 055.529.284-03,  
endereço: RUA ALTO DA BELA VISTA, nº 283, CASA = A,  
ALTO DA BELA VISTA.  
CEP: 53.515-495, cidade de ABREU E LIMA-PE, telefone(s)  
(81) 9.8589-0116, **DECLARO** ser isento(a) da apresentação da Declaração do  
Imposto de Renda Pessoa Física (DIRPF) no(s) exercício(s) 2015 a 2018 por não incorrer  
em nenhuma das hipóteses de obrigatoriedade estabelecidas pelas Instruções Normativas (IN) da  
Receita Federal do Brasil (RFB).

Esta declaração está em conformidade com a IN RFB nº 1548/2015 e a Lei nº 7.115/83\*.

Declaro ainda, sob as penas da lei, serem verdadeiras todas as informações acima prestadas.

ABREU E LIMA-PE, 11 de FEVEREIRO de 2020.

Simone Gomes de Oliveira

Assinatura

\* Esclarecemos que a Receita Federal do Brasil não emite declaração de que o(a) cidadão(ã) está isento(a) de apresentar a Declaração do Imposto de Renda da Pessoa Física (DIRPF), pois a Instrução Normativa RFB nº 1548, de 25 de fevereiro de 2015, regula que, a partir do ano de 2008, deixa de existir a Declaração Anual de Isento. Ademais, a Lei nº 7.115/83 assegura que a isenção poderá ser comprovada mediante declaração escrita e assinada pelo próprio interessado. Mais informações podem ser obtidas na página da RFB na *internet*, no seguinte endereço eletrônico:  
<http://receita.economia.gov.br/orientacao/tributaria/declaracoes-e-demonstrativos/dai-declaracao-anual-de-isento>

### LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quando firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira. Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

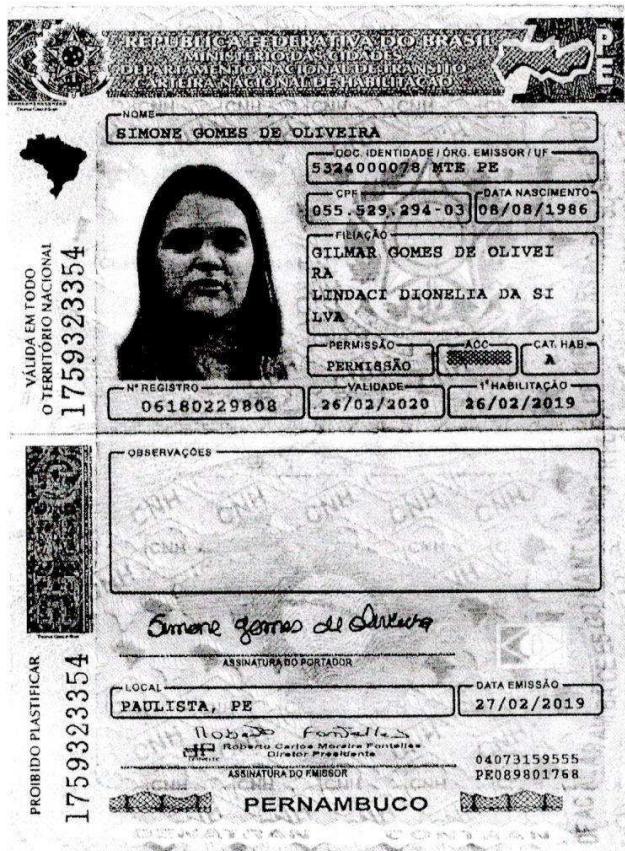
Art. 2º - Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Art. 3º - A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação. Art.

. 5º - Revogam-se as disposições em contrário.





Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002141044327900000057022879>  
Número do documento: 2002141044327900000057022879

Num. 57976298 - Pág. 1



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **055.529.294-03**

Nome: **SIMONE GOMES DE OLIVEIRA**

Data de Nascimento: **08/08/1986**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **21/08/2002**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:22:38** do dia **16/01/2020** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **2505.A3C2.8D7A.B950**



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

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



**HONDA**  
Consórcio



PERNAMBUCO MOTOS



CTC RECIFE PE CID - AMARRADOS  
SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
R ALTO DA BELA VISTA 282 CASA A  
ALTO DA BELA VISTA  
53515-495 ABREU E LIMA PE



721234369716010000000416030020919

IGB



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIA - 14/02/2020 10:44:32  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002141044327900000057022879>  
Número do documento: 2002141044327900000057022879

Num. 57976298 - Pág. 3

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequadamente. Não deixe que "emendados" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

**MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



**2<sup>a</sup> VIA**

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
Convênio  
Nº 152  
SCTE/PE

Número ..... 53240 Série 00078



Simone Gomes de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR



## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Simone Gomes de Oliveira  
Loc. Nasc. Paulista Est. PE Data 08/08/86  
Filiação Gilmar Gomes de Oliveira  
e Benedicta Dineleia da Silva  
Doc. Nº RG 6.378.174 SDS-PE EXP.  
20-09-00

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. N° .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
.....

Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....

Obs.: 01/11/13 175

Data Emissão ..... 01/11/13 SRTE ..... PE.

Enviado por: Isabel P. Pagan

Reginaldo Rodrigues  
Matrícula nº 11288  
Assinatura do Funcionário

### Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....

Nome.....

Doc.....  
Est Civil

DRAFT

卷之三

EST. CIVIL

Doc. .... Nascimento ....

.....

110



**CONTRATO DE TRABALHO**

STARTLIFE PROMO E CAPITAL HUMANO LTDA  
RUAPADRE CARAPUCEIRO 706 EMPRESARIAL TORRE CARLOS P  
RECIFE-PE CEP:51.020-280 CNPJ:03.431.860/0001-78

Esp. Estabelecimento:PRESTACAO DE SERVICOS  
Cargo.....:PROMOTOR DE VENDAS COM MOTO  
CBO.....:521115  
Data Admissao.....:22 de Outubro de 2019  
Registro no.....:  
Fls./Ficha.....:33066  
Remuneracao Especif.:R\$ 1.137,40 (UM MIL, CENTO E  
TRINTA E SETE REAIS, E QUARENTA CENTAVOS ) MENSAIS

Raissa Brayner  
Departamento Pessoal  
StartLife Promo & Capital Humano

**STARTLIFE**  
STARTLIFE PROMO E CAPITAL HUMANO LTDA  
Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída..... de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº .....

**CONTRATO DE TRABALHO**

Empregador.....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município..... Est.....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo.....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de..... de.....

Registro nº ..... Fls./Ficha.....

Remuneração especificada.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída..... de.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD nº .....





DEPARTAMENTO DE DEFESA SOCIAL



574732  
0037401/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ºDESEC

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0117004030

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/12/2019** às **10:21**

Completa o BO Número: **19E0117004027**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **24/10/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DA AURORA, 1 - Bairro: BOA VISTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )**  
**SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA ( VÍTIMA )**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**BRINQUEDOS / JOGOS:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
**VEÍCULO:** (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA**

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

**SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mão: **LINDACI DIONELIA DA SILVA** Pai: **GILMAR GOIMES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **08/08/1986** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA ALTO DA BELA VISTA, 282 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEÍCULO (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRATA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCT6058** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

**BOLA (BRINQUEDOS / JOGOS)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



10/02/2020

DOCUMENTO DE INVESTIGAÇÃO

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

Complemento / Observação

**DECLARA A SR<sup>ª</sup> SIMONE QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA HONDA PCX PELA RUA DA AURORA QUANDO SEM QUE ELA ESPERASSE ATRAVESSOU EM SUA FREnte UMA BOla VINDO ELA A PASSAR POR CIMA DA CITADA BOla LOGO APÓS ELA PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU SOFRENDO LESÕES SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA UPA DA IMBIRIBERA SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, DIANTE EXPOSTO REGISTRA ESTE B.O.**

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

*Simone Goimés de Oliveira*

**SIMONE GOIMÉS DE OLIVEIRA**

(VITIMA)

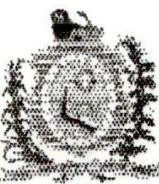
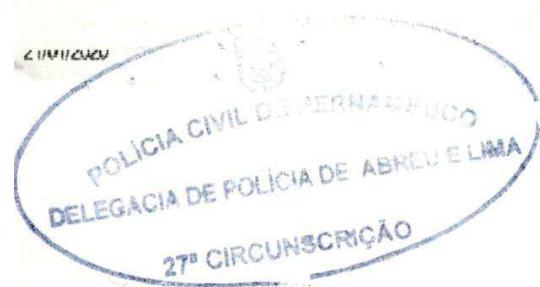
*17/2 2020*

B.O. registrado por: **ALDEMIR DEMETRIO AMORIM DA SILVA** - Matrícula: **296.967-0**



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33  
<https://pje.tje.pernambuco.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443300200000057022882>  
Número do documento: 20021410443300200000057022882

Num. 57976301 - Pág. 2



CREAT YOUR OWN LEARNING COURSE .. INTERVIEW

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/2ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0117004027**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/12/2019** às **09:57**

Complementado pelo BO Número: 19E0117004030

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 24/10/2019 no período da Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DA AURORA, 01 - Bairro: BOA VISTA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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

DESOONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA ( VITIMA )

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

**BRINQUEDOS / JOGOS:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):

**BRINQUE-DE-PIRES  
DESCONHECIDO**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA

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

**SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA** (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **LINDACI DIONELIA DA SILVA** Pai: **GILMAR GOIMES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **06/01/1986** Naturalidade: **PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA ALTO DA BELA VISTA, 282 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA**

**CATEGORIA/MARCA/MODELO: MOTOCICLETA/HONDA/PCX 150**  
**COR: PRATA - QUANTIDADE: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Raca: PCP6058 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)  
Ano Fabricacao/Modelo: 2018/2018

200 228 82 36/vermanni.mv/VisuUtilizaRC002idLine=117&idOC=8190724&nrBO=19E0117004027&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33

Assinado eletronicamente por: ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 - 14:49:33  
<https://pie.tjus.br:443/1a/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443300200000057022882>

Número do documento: 20021410443300200000057022882

Num. 57076301 Pág. 3

POLY(1,4-BUTADIENE) POLYMERS 1179

**POLO (TRINQUETEUS / LOGOS)** de propriedade do(a) Sr(a) **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

## EGUA (BRINQUEDO RECOMENDADO)

**DESCONHECIDO** Detentor/Aposentado/Ativo: **Sim** a /não INFORMADO/ NÃO INFORMADO Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

### Complemento / Observação

DECLARA A SR<sup>A</sup> SIMONE QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA HONDA PCX PELA RUA DA AURORA QUANDO SEM QUE ELA ESPERASSE ATRAVESSOU EM SUA FRENT UMA BOLA VINDO ELA A PASSAR POR CIMA DA CITADA BOLA LOGO APÓS ELA PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU SOFRENDO LESÕES SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA UPA DA IMBIRIBEIRA SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, DIANTE EXPOSTO REGISTRA ESTE B.O.

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

## 5 more tips de cheees

**SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA**

**2. VITIMA**

120 ~~20~~ ~~20~~ Tario

B.O. registrado por: ALDEMIR DEMETRIO AMORIM DA SILVA - Matrícula: 296.967-0



2020 - 11 - 14 - ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33

Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2023 14:49:33  
<https://pje.tjus.br:443/1/q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam;x=20021410443300200000057022882>

Número do documento: 20021410443300200000057022882

Núm. 57976301 - Pág. 4



PREFEITURA DO RECIFE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	011.12.2019
DATA	11.12.2019

Atendendo ao requerimento do Sr. DIOGO LUIZ SOBRINHO, portador do Documento de Identidade nº 6080828 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 049.001.584-02, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº S-699003, que no dia 24 de outubro de 2019, a paciente Sra. SIMONE GOMES DE OLIVEIRA, portadora do Documento de Identidade nº 5324000078 MTE/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº 055.529.294-03, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 19h32, na Rua da Aurora, imediações entre a pista de Skate e o Clube Remos do Náutico, no bairro Boa Vista, Recife/PE, sendo conduzido para a UPA Imbiribeira e, posteriormente, redirecionado para o Hospital Miques Arraes.

Recife, 11 de dezembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450



# UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 24-10-2019 20:24

	Nome Paciente:	SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
	Cód. Paciente:	575187
	Data de Nascimento:	08/08/1986
	Sexo:	Feminino
	Idade:	33
	Senha:	A0275
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	1290680
	SAME:	

Período: 24-10-2019 20:25 - 24-10-2019 20:27

Prioridade: **AMARELO-URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PCT TRAZIDO PELO SAMU, APRESENTANDO DOR EM MID APÓS QUEDA DE MOTO HA 01H

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 4  
- ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 20.00 IRPM

UPA24H  
UPA IMBIRIBEIRA  
PRAIA DA VILA, LAR DE DESPLOA DO TRON, JÁ  
MEDICO DE ATENDIMENTO  
Dr. Marcelo Silveira  
Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33  
https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443315100000057022885  
Número do documento: 20021410443315100000057022885

Acolhido(a) por: FELIPE CARVALHO FARIAS - COREN: 501813 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08-01-2020 08:29



Peixxa Principal / História

OR E EDEMA NO JOELHO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO  
GA VOMITOS, PERDA DE CONSCIENCIA OU CERVICALGIA

Antecedentes

DM:  SIM  NÃO

HAS:  SIM  NÃO

Alergia:  SIM  NÃO

Medicamentos:  SIM  NÃO

Exame Físico

S: Bom Consciente Orientado e Conversando Hidratado

U: Utríodo Corado Acianótico Anictérico

I: Ipnéxico Afebril Sem Edemas

CV:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

R.:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

D.:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

N.:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADO

GU.:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

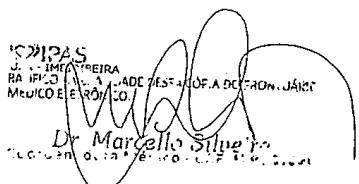
RL:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

Ele:  NÃO EXAMINADO  NORMAL  ALTERADA

Locomotor:  EDEMA  DOR A MOVIMENTAÇÃO  EQUIMOSE  HEMATOMA  DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

rigões:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O <sub>2</sub>
					20			

  
Dr. Marcello Silveira  
Médico de Família  
IPAS - Instituto Pernambucano de Assistência e Saúde

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328

UPA\_ÍMBIRIBEIRAMarcellojcs



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443315100000057022885>  
 Número do documento: 20021410443315100000057022885

Num. 57976304 - Pág. 2

Prescrição.: 1819309 Data: 24/10/2019 20:35  
Usuário....: ANDERSONADOS  
Atendimento: 1290680 Dt Nasc: 08/08/1986 (33a 3m 28d)  
Convênio...: SUS - AMBULATORIO  
Paciente...: 575187 - SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:  
Internação.: 24/10/2019 20:33 0 Dias(s) int  
Médico....: ANDERSON ARY DIAS DÉ OLIVEIRA SILVA - CRM 21731  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.....: S821 FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:URG

1ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

#### PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX JOELHO DIREITO A.P. / LATERAL ; Exame: 329568	1					[24/10] 20:35

UPA IMBIRIBEIRA  
RA IPICO AV. 11.111, 11111-00000  
MEDICO ELETRÔNICO  
Dr. Marcello Silveira

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

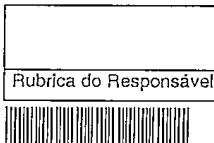


Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443315100000057022885>  
Número do documento: 20021410443315100000057022885

Num. 57976304 - Pág. 3

Prescrição.: 1819310 Data: 24/10/2019 20:36  
Usuário...: ANDERSONADOS  
Atendimento: 1290680 Dt Nasc: 08/08/1986 (33a 3m 28d)  
Convênio...: SUS - AMBULATORIO  
Paciente...: 575187 - SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:  
Internação.: 24/10/2019 20:33 0 Dias(s) int  
Médico...: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cld.....: S821 FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:URG

1<sup>a</sup> VIA



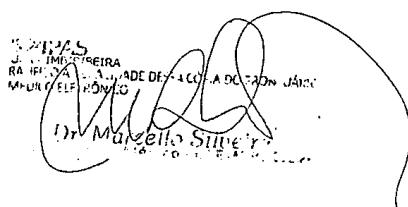
Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

#### PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RX MÃO DIREITA A.P. / OBLIQUA ; Exame: 329569	1					24/10] 20:36



Dr. Marcello JCS  
UPA IMBIRIBEIRA  
MEDICO DE FAMILIA  
MARCELLO JCS

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443315100000057022885>  
Número do documento: 20021410443315100000057022885

Num. 57976304 - Pág. 4

Prescrição.: 1819317 Data: 24/10/2019 20:43  
Usuário....: ANDERSONADOS  
Atendimento: 1290680 Dt Nasc: 08/08/1986 (33a 3m 28d)  
Convênio...: SUS - AMBULATORIO  
Paciente...: 575187 - SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:  
Internação.: 24/10/2019 20:33 0 Dias(s) int  
Médico....: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:  
Cid.....: S821 FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA Ciclo.: /  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco:URG

1<sup>a</sup> VIA

Rubraca do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

#### PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 TALA GESSADA TIPO COXOPODALICO G	1					[24/10] 20:43
> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	10	UN				
> ATADURA GESSADA 15CM X4,0M BRANCA	10	UN				
> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	4	UN				

COPIAS  
UPA IMBIRIBEIRA  
RA 1290680 - UNIDADE DE FELICIA DUTACION JARDIM  
MÉDICO EMERGÊNCIA  
Dr. Marcelo Silveira  
Assinado em 05/12/2019 08:13

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRamarcellojcs

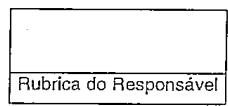


Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33  
<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443315100000057022885>  
Número do documento: 20021410443315100000057022885

Num. 57976304 - Pág. 5

Prescrição.: 1819318 Data: 24/10/2019 20:44  
Usuário....: ANDERSONADOS  
Atendimento: 1290680 Dt Nasc: 08/08/1986 (33a 3m 28d)  
Convênio....: SUS - AMBULATORIO  
Paciente...: 575187 - SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:  
Internação.: 24/10/2019 20:33 0 Dias(s) int  
Médico.....: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731  
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Unid. Int.: Leito..: Cobertura:  
Cid.....: S821 FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA Ciclo.:/  
Diagnóstico:  
Protocolo.:  
Classificação de Risco: IIRG

## 2<sup>a</sup> VIA



### Rubrica do Responsável



**Classificação de Risco:URGENTE**

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML	1	AMP		IV	Agora	[24/10] 20:44
> ESCALPE N. 21		1 UN				
> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML		1 FA C/100ML				
(FRESENIUS/BAXTER/BBRUM						
> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL	1	UN				
> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
2 CETOPROFENO IM SOL.INJ.100MG - 2ML	1	AMP		IM	Agora	[24/10] 20:44
> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA	1	UN				
> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				

ICÓPIAS  
J. M. FABREIRA  
RA 16102011-1. ADE DEST: CÓPIA DO PAON. JÁ SE  
MUDOU PARA: MUNICÍPIO

De: Mdrccello Simeone

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA IMBIRIBEIRAmarcellojc



## TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
Data de Nascimento: 08/08/1986 Data Atendimento: 24/10/2019  
Prontuário: 0000575187 Cód. Atendimento: 01290680  
Nome do Hospital: HMA  
Senha: 5800672  
Transporte:  Ambulância Básica  Ambulância Avançada  Próprio  
 Acompanhamento Médico

Recife, 24 de Outubro de 2019

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA  
CRM: 21731

Dr Margaret Sanger.

Avenida Marechal Mascarenhas de Moraes - 4223 - Imbiribeira - Recife-PE - CEP: 51150-004 - Tel. (81) 3184-4328 UPA IMBIRIBEIRAMarcellojcs



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 24/10/2019 20:57:11

IDENTIFICAÇÃO

NOME: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA RG: PESO:

IDADE: 33 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:

Data de Nascimento: 08/08/1986

PRESTADOR ASSISTENTE: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 24/10/2019 20:33:02 ATENDIMENTO: 1290680 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 0 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S821 - FRAT DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: TRANSF. P/HOSPITAL MIGUEL ARRAES

PROCEDIMENTO DE ALTA:

CDPAS  
UPA IMBIRIBEIRA  
RA 100% VIRTUAL E DE DESTAQUE DO RON JÁ  
MÉDICO ELETRÔNICO  
Dr. Marcello Silveira  
Médico de Família

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcello

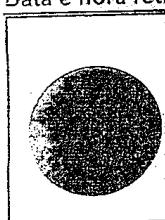


# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 24/10/2019 22:22



Nome Paciente: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 08/08/1986  
Sexo: Feminino  
Idade: 33 anos  
Senha: 0038  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 24/10/2019 22:35 - 24/10/2019 22:40

CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

NAO URGENTE - VERDE

VERDE

Veia Principal:

PC DIRECIONADO PELO SAMU ENCAMINHADO PELA UPA DE IMBIRIBEIRA COM SENHA 5800672 COM HD: FRATURA PLATO TIBIAL D. APÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO HÁ APROX 3 HORAS, RELATA USO DE CAPACETE, SEM ALTERAÇÃO DO NIVEL DE CONCIÉNCIA.

Observação:

NEGA ALÉRGIAS MEDICAMENTOSAS/ HAS/ DM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SEM PERDA DA FUNÇÃO  
- SEM PERDA DE CONSCIÉNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFORANTE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- SACR - REGUA DE DOR: 8  
- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM  
- GLICOSE: 158.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

T = 37.1°C

Simão de Pele  
Loca  
HMA - Hospital Miguel Arraes

HMA  
Loca  
Simão de Pele

Acolhido(a) por: CARLA DANIELE SANTORO DE MELO - COREN: 354495 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 24/10/2019 22:40

Página 1 de 1

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33

<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443315100000057022885>

Número do documento: 20021410443315100000057022885

Num. 57976304 - Pág. 9


**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**


**GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR**

**Atendimento: 500974**      **Senha da Classificação:** **0038**  
**Data e Hora: 24/10/2019 22:44**

**Paciente: 130673 SIMONE GOMES DE OLIVEIRA**      **Sexo: FEMININO**  
**Nome Social:**  
**Data do Nascimento: 08/08/1986**      **Idade: 33 anos**      **Convenio: 2**      **SUS - EXTERNO / URGENCIA**  
**Nome da Mãe: LINDACI DIONELIA DA SILVA**      **Nome do Pai:**  
**Estado Civil: SOLTEIRO**      **Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA**      **CRM: 12346**  
**Endereço: 1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA**      **282**      **Bairro: ALTO DA BELA VISTA**  
**Cidade/UF: ABREU E LIMA**      **PE**      **Usuário Atendimento: PAULAFSC**

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

**Data Entrada Brasil:**  
**Nacionalidade: BRASILEIRA**      **Nr Documento Estrangeiro:**  
**Observação:**

**RESUMO DE TRATAMENTO**  
**Peso:** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_ **Temperatura:** \_\_\_\_\_ **Hora:** **22:30**

**Queixa Principal**  
*Acidente de moto com  
fratura em joelho (D)*

**Exame Físico**  
*Dor e edema no joelho  
nenhuma lesão na perna*

**Hipótese Diagnóstico**  
*Fx Plarto Fracturado (D)*

**Prescrição Médica**  
*Internar paciente  
Exame Rx  
Bloco anestesia*

**Assinatura e Carimbo/Médico**  
*Dr. [Signature]*  
*EM [Signature]*

**Destino:**  **Encaminhado ao Ambulatório**  **Residência**  
 **Transferido: Para** \_\_\_\_\_ **Senha:** \_\_\_\_\_  
 **Encaminhado ao setor de internação**





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário		
SIMONE GOMES DE OLIVEIRA	130673		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor
	08/08/1986	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	10.1 - Etnia		
LINDACI DIONELIA DA SILVA	0000 - Não Se Aplica		
13 - Nome Responsável	12 - Telefone de Contato		
SIRLANE	8198764476		
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	14 - Telefone de Contato		
1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA, 282 - ALTO DA BELA VISTA			
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
ABREU E LIMA	260005	PE	53510431

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

*Quente cutânea de queimadura de metade do corpo*

*enjoo (1) acompanhado de febre de 38,5°C*

### 21 - Condições que justificam a Internação

*Tratamento imediato*

### 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

*Anamnese + Exame gráfico*

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
<i>ictus do Micto (1)</i>	582.1	V29.9	

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

### 28 - Código do Procedimento

*04.08.05.055*

### 27 - Descrição do Procedimento Solicitado

*Internar paciente*

29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
<i>me do Profissional Solicitante/Assistente</i>		(X) CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF	

### 34 - Data da Solicitação

24/10/2019

### 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

12346

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto			

### 45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Apo

### AUTORIZAÇÃO

**AIH**  
261910222810-5

### 46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Cód. Órgão Emissor  
E260000001

### 48 - Documento 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado

( ) CNS ( ) CPF

### 50 - Data da Autorização

### 51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

**AIH**  
261910222811-  
*Assinatura e Carimbo*

Código do Laudo: 500974



**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 60456  
Sala : 0001 SALA 01  
Paciente : 130673 SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO  
Leito : 690 VÉRD2-14  
Dt. Início : 25/10/2019 08:40 Dt. Fim : 25/10/2019 09:20  
Cid Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA  
Cid Pós-Operatório :

Atendimento : 500975  
Carteira :  
Idade : 33 Anos

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQÜI ANESTESIA

**Equipe Médica**

JRGIAO 16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE  
ANESTESISTA 3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIR  
INTERVENÇÃO: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO DIREITO  
OPERADOR: DR. FAGNER ATHAYDE  
1º AUXILIAR: DR. MANOEL OLIVEIRA FERREIRA  
ANESTESISTA: DR. CLAYTON CHIVERS  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA DO PLATO TIBIAL + CHECAGEM COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
5. APLICADO FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO TRANSARTICULAR DO JOELHO
6. SUTURA COM NYLON 3-0
7. CURATIVO ESTÉRIL

**Ortese e Prótese:**

FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

FATURADO  
25/10/19  
CLAUDEVAN SOUSA  
FATURISTA

Manoel Oliveira  
Ortoped/Prumato/Ort  
CRM-PE 24582

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE  
CRM : 16863

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 60804  
Paciente : 130673  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 60  
Dt. Início : 10/11/2019 11:40 Dt. Fim : 10/11/2019 14:30  
Cid Pré-Operatório : S821  
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02  
SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
SUS - INTERNACAO  
ORTL-508-LEITO 004  
FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA

Atendimento : 500975  
Carteira :  
Idade : 33 Anos

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia:

**Equipe Médica**

CIRURGIAO 20818 FELIPE NUNES DA SILVA

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO  
INTERVENÇÃO: RAFI DO PLANALTO TIBIAL DIR  
OPERADOR: LUIZ CARVALHO  
1º AUXILIAR: DR. FELIPE NUNES  
2º AUXILIAR: DR. JOÃO BOSCO  
3º AUXILIAR: DR. IAN  
ANESTESISTA: DRA. NATHALIA LINS  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO VENTRAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- INCISÃO PELA VIA POSTERIOR, COM DIVULSAO POR PLANOS ATÉ FOCO DA FRATURA
- REDUÇÃO DA FRATURA E APOSIÇÃO DE PLACA EM T DE SUPORTE 3X4FUROS DA CAIXA 3,5MM COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS
- BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL
- 8 ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DE MID
- 9 APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 10 INCISÃO PÓSTERO-MEDIAL, DIVULSAO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTÉRIO; ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA E REDUÇÃO.
- 11 APOSIÇÃO DE PLACA EM T 6X2 FUROS, DA CAIXA 4,5MM COM 3 PARAFUSOS DISTAIS
- 12 BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
- 13 INCISÃO EM FACE LATERAL DE Perna DIREITA, DIVULSAO POR PLAOS COM HEMOSTASIA
- 14 REDUÇÃO DA FRATURA COM APOSIÇÃO DE PLACA BLOQUEADA EM L 8 FUROS COM COLOCAÇÃO DE 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS E 4 PARAFUSOS CORTICAIS PRÓXIMAS E 1 PAAFUSO 3,5 LONGO DA CAIXA ACÉTABULAR EM REGÃO LATERAL DA TIBIA PROXIMAL, FIXANDO FRAGMENTO DA FRATURA DE SEGOND
- 15 BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
- 16 LIMPEZA CIRÚRGICA COM SF 0,9%
- 17 SUTURA POR PLANOS COM VYCRIL 1 E NYLON 3
- 18 CURATIVO ESTERIL
- 19 BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO  
25/11/19  
CLAUDEIAN SOUSA  
FATURISTA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Dr. Fábio Faria  
CRM-PE 21559



IMIP  
Instituto de Medicina do Interior  
Pernambuco

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

RG: 1200573

IDADE: 39 SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 24/10/19

DATA DA ALTA: 13/11/19

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO

### TRATAMENTO REALIZADO:

- RAM COM PLACAS E PARAFUSOS DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 02 SEMANAS;
- MOVIMENTAR JOelho E TORNOCÉLIO;
- DEAMBULAR COM USO DE MAULETAS SEM PISAR COM MEMBRO OPERADO;
- CARGA ZERO (SEM PISAR) NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECENTUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCES PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INchaço IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO: SIM (x) / NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATÓRIA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E FOTO

Endereço da Fazendinha, 5/W, Jaguaripe, CEP: 55400-000, Paulista - PR



## FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 500975

Usuário: PAULAFSC

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

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
Idade: 33a 2m 16d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Prontuário: 130673  
Profissão:   
R.G.: C.P.F.: Escolaridade: Telefone: CEP 53510431  
Endereço: 1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA , 282 - ALTO DA BELA VISTA - ABREU E LIMA - PE  
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 24/10/2019 22:48  
Convênio: SUS - INTERNACAO Piano: GERAL  
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-14  
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: *25/10/1979*  
Endereço: - Número: CLAUDIO FERREIRA SOUZA  
Telefone: Cidade: Estado civil: *casado*

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: *11/11/19* Hora da Alta: *01:00*

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: *BoaConsulta*

Diagnóstico Principal.....: *Fractura de coluna*

Diagnóstico Secundário01.: *Fractura de coluna*

Diagnóstico Secundário02.: *Fractura de coluna*

Sedimento.....: *Fractura de coluna*

*Dr. Alvaro Ferreira*  
Médico e CRM:

*Simone Gomes*  
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

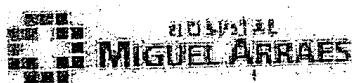
### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

*24 de 10 de 2019*

*Simone Gomes*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:SIMONE GOMES DE OLIVEIRA REG:130673

NOVO: \_\_\_\_\_ SIMONE GOMES DE SOUZA ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA/HORA	
24/10/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
22:40	<p>PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EVOLUINDO COM TRAUMA DIRETO EM JOELHO DIREITO</p> <p>NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, NEGA VOMITOS, NEGA TCE</p> <p>SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, ESTAVEL</p> <p>COM DOR EM JOELHO DIREITO</p> <p>NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES</p> <p>HD : FX DO PLATO TIBIAL DO JOELHO DIREITO</p> <p>CD: INTENO PACIENTE.</p> <p>ZERO DIETA - PACIENTE SE ALIMENTOU RECENTEMENTE</p> <p>PROGRAMO FIXAÇÃO EXTERNA EM BLOCO CIRURGICO PELA MANHA</p> <p>ORIENTAÇÕES DR SORMANE BRITO</p>
25/10/19	<p>15h</p> <p>15h a m/s</p> <p>volvi bem, evolui. a m/s</p> <p>de agua na cintura m/s</p> <p>fixado externo</p>
26/10/19	<p>15h</p> <p>15h a m/s</p> <p>volvi bem evolui</p> <p>o/a evoluiu bem fixado</p> <p>joelho (1) = grana qd</p>

CRM-27.725  
Medicc  
JOSÉ MARECIO ARAÚJO





HOSPITAL  
MIGUEL ARRAS



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Simone Gomes Registro: \_\_\_\_\_  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
24/11/19	08h00 min 10/11/19
	Fim de Pausa Tres dias
	Protec. em 62.2
	5000 Ans em 62
	Mot. nos 72.1
	N-1 Fim em 10/11/19
	Simult
	(60-70) Gou 1000, 6
	(un) 1000
	liver.
	curto
	Filho 1000g em
	CA 13

Adão Alves de Faria  
CRM: 14.363



Atendimento: 500975

Dt Atendimento: 24/10/2019 - 22:48

Paciente: 130673

SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Dt Alta: 12/11/2019 - 14:59

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 60 ORTL-508-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

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

Observação de Alta

ALYNE KARMMEM DE LIMA BARBOZA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



## TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
Data de Nascimento: 08/08/1986 Data Atendimento: 24/10/2019  
Prontuário: 0000575187 Cód. Atendimento: 01290680  
Nome do Hospital: HMA  
Senha: 5800672  
Transporte:  Ambulância Básica  Ambulância Avançada  Próprio  
 Acompanhamento Médico

Observação: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Recife, 24 de Outubro de 2019

Anderson Ary Dias  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM 21731

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA  
CRM: 21731



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 500974      Prontuário: 130673      SAME: 117290      Hora Atend: 22:44      Data Atend: 24/10/2019  
Paciente.....: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA      Idade: 33 a  
Endereço.....: 1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA  
Bairro.....: ALTO DA BELA VISTA  
Cidade.....: ABREU E LIMA      UF.: PE      CEP: 53510431  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA      Plano....: PLANO UNICO  
CID Principal.....: -  
CID's Secundários.: -  
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída.....: 24/10/2019      Hora Saída : 22:47

Prestador da Evolução Médica

PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

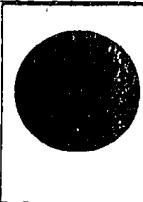


# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

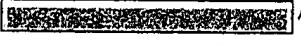
PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da sepha: 18/12/2019 09:15

	Nome Paciente: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA Cód. Paciente: Data de Nascimento: 08/09/1986 Sexo: Feminino Idade: 33 anos Senha: P0002 Convênio: Atendimento: SAME:
---	---

Período: 18/12/2019 10:28 - 18/12/2019 10:36

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:  AMARELO  
Cor:  AMARELO  
Queixa Principal: 32º DPO, QUEIXA SAÍDA DE SECREÇÃO, DEISCENCIA DE FO E EDEMA EM MID, RELATO DE FEBRE HÁ 2 DIAS  
Observação: NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTOSA  
Fluxograma sintoma: FERIDAS E ABSCESSOS  
Discriminador(es): - FERIDA INFECTADA COM SINAIS SISTÊMICOS  
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
Sinais Vitais Lidos: - SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15  
- FREQUENCIA CARDIACA: 90.00 BPM  
- GLICOSE: 101.00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 100.00 MMHG  
- P.A.DISTOLICA: 60.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %  
- TEMPERATURA(C): 36.40 °C

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não (x)

Local ..... Fase .....  
Coren-PI 498644-000

.....

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

Data Impressão: 18/12/2019 10:36

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário		
SIMONE GOMES DE OLIVEIRA	130673		
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça Cor
700301903205540	08/08/1986	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input checked="" type="checkbox"/> Feminino
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato	10.1 - Etnia	
LINDACI DIONELIA DA SILVA	8198764476	0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato	12.1 - Telefone de Contato	
SIRLANE GOMES		8198764476	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	16 - Município		
1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA, 282 - ALTO DA BELA VISTA	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
18 - U E LIMA	260005	PE	53510431

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	IP. ATÉ EM POS OPERATORIO DE OSTEOSINTSE DE PLANALTO TIBIAL DIREITO (10/11) APRESENTANDO DOR, FEBRÉ E DEISCENCIA DE FERIDA FERIA EM REGIAO LATERAL DE JOELHO.		
--	---	--	--

21 - Condições que justificam a Internação	TARTAMENTO CIRÚRGICO		
--	----------------------	--	--

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RADIOGRAFIA		
---	-----------------------------------	--	--

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
OSTEOMIELITE NAO ESPECIFICADA	M869	Y815	W199

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO		
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	28 - Código do Procedimento		
29 - Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	98001529705256
30 - Documento do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	36 - Série
ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ	18/12/2019	AIH 27.749	19797

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
36 - ( ) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série	
37 - ( ) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR	
38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto				
45 - Vínculo com a Previdência				
( ) Empregado	( ) Empregador	( ) Autônomo	( ) Desempregado	( ) Aposentado

46 - Nome do Profissional Autorizado	AUTORIZAÇÃO		
	47 - Cód. Órgão Emissor	E260000001	

48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado	50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
( ) CNS ( ) CPF			

Código do Laudo: 509004

AIH

261910224530-9



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

Página.: 0001  
Data.....: 30/12/2019  
Hora.....: 10:38

Aviso de Cirurgia : 61923

Paciente : 130673

Convênio Atend. : 1

Leito : 57

Dt. Início : 30/12/2019 08:50

Cid Pré-Operatório : T814

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003 SALA 03

SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

SUS - INTERNACAO

ORTL-508-LEITO 001

Dt. Fim : 30/12/2019 09:55

Atendimento : 509224

Carteira :

Idade : 33 Anos

INFECCAO SUBSEQUENTE A PROCEDIMENTO NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

JRGIAO  
ANESTESISTA

13344 ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE  
10487 SYLVIA MARIA VILELA LEITE

*DR. ALEXANDRE ANDRADE*  
MAGDA  
FATURADA

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: INFECÇÃO POS OSTEOSSINTESE EM JOELHO DIREITO

INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + CULTURA DE PARTES MOLES

OPERADOR: DR. ALEXANDRE ANDRADE

1º AUXILIAR: DR. IAN

ANESTESISTA: DRA. SYLVIA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA DE MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. ABORDAGEM EM CICATRIZ PREVIA EM FACE MEDIAL DE JOELHO DIREITO
5. FISCULECTOMIA E DIVULSAO POR PLANOS E DESBRIDAMENTO DE TECIDOS FRIAVEIS
6. VISUALIZAÇÃO DE PLACA SEM PRESENÇA DE SOLTURA, SEM PRESENÇA DE SECRECÃO PURULENTAS OU SEROSAS
7. LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% 5.000 ML
8. SUTURA POR PLANOS COM NYLON 2-0
9. CURATIVO ESTERIL
10. BOA PERFUSÃO DISTAL

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

*Dr. Ian Faria* *CRM: 13344* *Dr. Ian Faria* *CRM: 13344*  
*Mario* *Mario*  
*CRM: 2559* *CRM: 2559*

DR(A) : ALEXANDRE SANTOS DE ANDRADE  
CRM : 13344

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



PERNAMBUCO  
GOVERNO DO ESTADO



HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



IMIP  
Instituto de Medicina Integral

Prof. Fernando Figueira

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

DATA NASC.: 08/08/86

NOME SOCIAL:[Data de Publicação]

REG:130673

IDADE:33 SEXO:F

DATA DA ADMISSÃO:19/12/19

DATA DA ALTA: 31/12/19

### DIAGNÓSTICO:

- DESCENCIA DE FO

### TRATAMENTO REALIZADO:

- LC+DC +SUTURA

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNOZELO DO MEMBRO OPERADO;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

### EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL :

FERIDA OPERATÓRIA:

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443315100000057022885>  
Número do documento: 20021410443315100000057022885

Num. 57976304 - Pág. 24



## FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: 509224

Usuário: ELISAMASP

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA	Prontuário: 130673		
Idade: 33a 4m 11d	Sexo: F	Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 08/08/1986
Profissão:	Escolaridade:		
R.G.:	C.P.F.:	Telefone:	
Endereço: 1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA	, 282	- ALTO DA BELA VISTA	CEP 53510431 - ABREU E LIMA - PE
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Dados da Internação		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 19/12/2019 10:40		
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-13	508-1
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA			

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	<i>FATURADO</i>
Telefone:	Estado civil :	<i>MAGDA FATURADA</i>
Cidade:		

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 31/12/19	Hora da Alta: 10:30
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: Entarei. EGB, Expe. a.	
Diagnóstico Principal.....: Doença ob. do fígado	
Diagnóstico Secundário01.: Fix Planal	
Diagnóstico Secundário02.: CIH-HMP	
Procedimento.....: Sutura	
CRM 20671, TEO: 15666 Traumatologista / Ortopedista Admto Tetha	
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG	

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

*Adson Jose Alves de Farias*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento.....: 509004      Prontuário: 130673      SAME: 117290      Hora Atend: 10:40      Data Atend: 18/12/2019  
Paciente.....: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA      Idade: 33 a  
Endereço.....: 1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA  
Bairro.....: ALTO DA BELA VISTA  
Cidade.....: ABREU E LIMA      UF.: PE      CEP: 53510431  
Convênio.....: SUS - EXTERNO / URGENCIA      Plano...: PLANO UNICO  
CID Principal.....: -  
CID's Secundários.: -  
Resultado.....: ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO  
Data Saída.....: 19/12/2019      Hora Saída : 10:39

Prestador da Evolução Médica  PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 509224

Dt. Atendimento: 19/12/2019 - 10:40

Dt. Alta: 31/12/2019 - 16:00

Paciente: 130673 SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Serviço: 15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 57 ORTL-508-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

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

Observação de Alta

EVAIR OLIVEIRA DIAS

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



**SINISTRO 3200044682 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE  
**SEGURADORA** S/A  
**BENEFICIÁRIO** SIMONE GOMES DE OLIVEIRA  
**CPF/CNPJ:** 05552929403

**Posição em 07-02-2020 10:14:56**

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.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
10/02/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443330000000057022888>  
Número do documento: 2002141044333000000057022888

Num. 57976307 - Pág. 1