

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; 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, 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 judicium* 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 CÍVEL 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 280, 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 20 20.

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, hominímia 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.

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAÇÃO

PE

NOME
SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5324000078 / MTE PE

CPE
055.529.294-03

DATA NASCIMENTO
08/08/1986

FILIAÇÃO
GILMAR GOMES DE OLIVEIRA
RA
LINDACT DIONELIA DA SILVA
LVA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

AOC
AOC

CAT. HAB.
A

Nº REGISTRO
06180229808

VALIDADE
26/02/2020

1ª HABILITAÇÃO
26/02/2019

OBSERVAÇÕES

Simone Gomes de Oliveira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA, PE

DATA EMISSÃO
27/02/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
Roberto Carlos Moreira Fontelles
Diretor Presidente

04073159555
PE089801768

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1759323354

PROIBIDO PLASTIFICAR
1759323354





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**

Digito 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



721234363716010000000416030020919

IGB



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 adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, 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. Converse e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e refleta 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.

Habitue-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

2ª VIA

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 Sônia da Silva
 Doc. Nº RG 6.378.174-5DS-PE Exp. 20-09-00

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
 Exp. em/...../..... Estado
 Obs.:
 Data Emissão 01/11/13 SRTE PE

Regina da Rodrigues Damasceno
 Matrícula nº 11288-8

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

9

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.



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 Especific.: R\$ 1.137,40 (UM MIL, CENTO E
 TRINTA E SETE REAIS, E QUARENTA CENTAVOS) MENSAIS

Raissa Brayner
 Departamento Pessoal
 StartLife Promo e Capital Humano

STARTLIFE

STARTLIFE PROMO E CAPITAL HUMANO LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída..... de 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 de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º

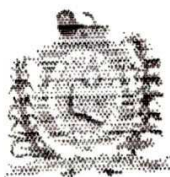
Com. Dispensa CD nº



10/12/2019

EXAMINAR E ASSINAR

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/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0117004030

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

Complementa o BO Número: **19E0117004027**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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** Mãe: **LINDACI DIONELIA DA SILVA** Pai: **GILMAR GOMES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **08/1986** Nacionalidade: **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** Nacionalidade: **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**



10/10/2019

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA

Categoria/Marca/Modelo: **BOLA / NÃO INFORMADO/ NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A SRª 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 IMBIRIBEIRA SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, DIANTE EXPOSTO REGISTRA ESTE B.O.

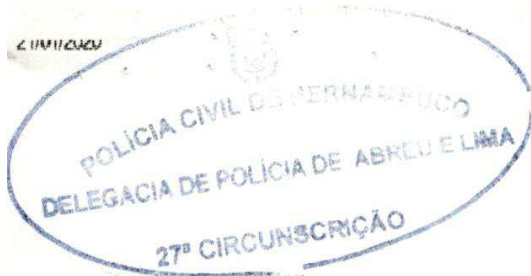
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Simone Gomes de Oliveira
SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

Aldeir *Amorim*

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO



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

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 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 - Culposos (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 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** Mãe: **UNDACI DIONELIA DA SILVA** Pai: **GILMAR GOMES DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **06/1986** Nacionalidade: **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** Nacionalidade: **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: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Raca: **PCP6058 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=117&idOc=8190724&nroBO=19E0117004027&tipo=simples&natPrincipal=ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA



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

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **BOLA / NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

DECLARA A SRª 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 IMBIRIBEIRA SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, DIANTE EXPOSTO REGISTRA ESTE B.O.

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

Simone Gomes de Oliveira
SIMONE GOIMES DE OLIVEIRA
(VITIMA)

Aldeir Amorim da Silva

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





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 Mígues Arraes.
Recife, 11 de dezembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

Sergio Parente Costa

Dr. Sergio 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

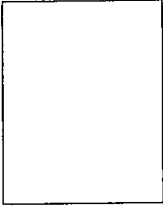



UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

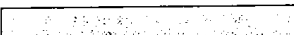
MANCHESTER_V2

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

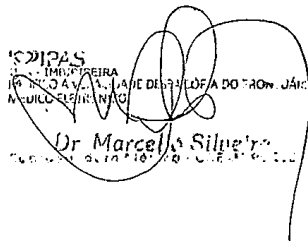
Queixa Principal: PCT TRAZIDO PELO SAMU, APRESENTANDO DOR EM MID APÓS QUEDA DE MOTO HA 01H

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


Dr. Marcela Silveira
Médica Especialista em Ortopedia e Traumatologia

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

Data Impressão: 08-01-2020 08:29



Paciente: 0000575187 SIMONE GOMES DE OLIVEIRA
Nascimento: 08/08/1986 33 Anos 3 Meses 27 Dias Sexo:
Atendimento: 01290680 Data Atendimento: 24/10/2019 20:33

Queixa Principal / História

DOR E EDEMA NO JOELHO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO
COM VÔMITOS, PERDA DE CONSCIÊNCIA OU CERVICALGIA

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

Estado Geral: Bom	Consciência: Consciente	Orientação: Orientado e Conversando	Hidratação: Hidratado
Temperatura: Normal	Coração: Corado	Acianótico	Anictérico
Pulso: Normal	Respiração: Afebril	Sem Edemas	

CV: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

RA: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

LD: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

NI: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

GU: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

RL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Ne: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Pressões:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			20					

IPAS
J. IMBIRIBEIRA
RA IPAS - IMBIRIBEIRA - PE
MÉDICO ELEGANTE
Dr. Marcello Silva
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia



UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: MARCELLOJCS
Em: 05/12/2019 08:13

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 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

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
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE
MÉDICO ELETRICISTA
Dr. Marcello Silva

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: MARCELLOJCS
Em: 05/12/2019 08:13

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:
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
2 RX MÃO DIREITA A.P./ OBLIQUA ; Exame: 329569	1					[24/10] 20:36

UPA IMBIRIBEIRA
RA 161574 - A. ALVES DE FARIAS
Maurício F. Romão
Dr. Marcello Silva

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



UPA IMBIRIBEIRA
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1 / 1
Emitido por: MARCELLOJCS
Em: 05/12/2019 08:13

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

1ª VIA

Rubrica 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				

UPA IMBIRIBEIRA
Nº 1819317 - ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA - CRM 21731
MÉDICO RESPONSÁVEL
Dr. Marcello JCS
05/12/2019 08:13

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Página: 1 / 1
Emitido por:MARCELLOJCS
Em: 05/12/2019 08:13

Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável	
------------------------	--



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				

TÓPIAS
J. A. IMBASSAIRES
RA 19, 300 - AV. DA SERRA DO PÃO DE AZÚCAR
MEDICINA INTERNA
[Signature]
Dr. Marcello Simões

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojc



Número do documento: 20021410443315100000057022885

Num. 57976304 - Pág. 6

TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Observação: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO

Recife, 24 de Outubro de 2019

Médico: ANDERSON ARY DIAS DE OLIVEIRA SILVA

CRM: 21731

100145
 J. J. IMPIREIRA
 RA 101 JAY. ALADEDES - CUFIA DO PRON. JANE
 MEDICO ELEITO
 Dr. Margelino Silveira
 100146



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:

CD 21245
U. - IMBIRIBEIRA
RA 15/10/2019 20:57:11
MARCELLO SILVEIRA
Dr. Marcello Silveira

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

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

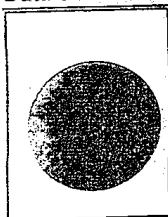
UPA_IMBIRIBEIRAmarcello



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

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

Veixa Principal:

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

Observação:

NEGA ALÉRGIAS MEDICAMENTOSAS/ HAS/ DM

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SEM PERDA DA FUNÇÃO
- SEM PERDA DE CONSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS, CRISE CONVULSIVA OU FERMENTO PERFURANTE

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

HMA - Hospital Miguel Arraes
Local: Simão de Melo
Data: 24/10/2019
Hora: 22:40
Assinado eletronicamente por: ADSON JOSE ALVES DE FARIAS - 14/02/2020 10:44:33

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

Data Impressão: 24/10/2019 22:40

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



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:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: 1 TRAVESSA ALTO DA BELA \ --

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
trauma em joelho (D)

Exame Físico

Doi e edema no joelho (D).
nenhuma lesão visível no joelho

Hipótese Diagnóstica

Fratura do fêmur (D)

Prescrição Médica

Internar paciente

Em 24/10/2019

Plano curativo

Dr. [Assinatura]

Dr. [Assinatura]

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____



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



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	SIMONE GOMES DE OLIVEIRA			6 - N° Prontuário	130673
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
	08/08/1986	Masculino <input type="checkbox"/> 1 Feminino <input checked="" type="checkbox"/> 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	LINDACI DIONELIA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198764476
13 - Nome Responsável	SIRLANE			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	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	Paciente vítima de queda ces neta com trauma em joelho @ evoluindo com Febre de 38,5°C		
21 - Condições que justificam a internação	Tratamento Uniproto		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	Anamnese + exame físico		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
Exatidão do Rto. T. de Joelho @	S82.1	V24.9	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - Código do Procedimento
Internar Paciente			04.08.05.055
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
		(X) CNS () CPF	
me do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)
PLANTONISTA ORTOPEDIA		24/10/2019	12346

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° 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			
46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor		
	E260000001		
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
() CNS () CPF			
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)		

Código do Laudo: 500974

AIH
261910222810-5

AIH
261910222811-4

11-11-2020
Assinado eletronicamente por:
ADSON JOSE ALVES DE FARIAS



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

Página.: 0001
Data.....: 25/10/2019
Hora.....: 10:12

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 60456 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 130673 SIMONE GOMES DE OLIVEIRA Atendimento : 500975
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 690 VÉRD2-14 Idade : 33 Anos
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 :

Procedimentos

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

Equipe Médica

JRGIAO 16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
ANESTESISTA 3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANANTO 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

Órtese e Prótese:

FIXADOR EXTERNO TUBO-A-TUBO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

FATURADO
25/11/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

Manoel Oliveira Ferreira
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 24535

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 60804 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 130673 SIMONE GOMES DE OLIVEIRA Atendimento : 500975
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 60 ORTL-508-LEITO 004 Idade : 33 Anos
Dt. Início : 10/11/2019 11:40 Dt. Fim : 10/11/2019 14:30
Cid Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

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

Equipe Médica

URGIAO 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. ASEPSIA + ANTISSEPSIA DE MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO PELA VIA POSTERIOR, COM DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ FOCO DA FRATURA
5. REDUÇÃO DA FRATURA E APOSIÇÃO DE PLACA EM T DE SUPORTE 3X4FUROS DA CAIXA 3,5MM COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS
6. BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
7. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
8. ASEPSIA + ANTISSEPSIA DE MID
9. APOSIÇÃO DE CAMPO ESTERIL
10. INCISÃO PÓSTERO-MEDIAL, DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTÉRIO; ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA E REDUÇÃO.
11. APOSIÇÃO DE PLACA EM T 6X2 FÚROS, DA CAIXA 4,5MM COM 3 PARAFUSOS DISTAIS
12. BOA REDUÇÃO SOB FLUOROSCOPIA
13. INCISÃO EM FACE LATERAL DE PERNA DIREITA, DIVULSÃO POR PLANOS COM HEMOSTASIA
14. REDUÇÃO DA FRATURA COM APOSIÇÃO DE PLACA BLOQUEADA EM L 8 FÚROS COM COLOCAÇÃO DE 3 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS E 4 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAIS E 1 PARAFUSO 3,5 LONGO DA CAIXA ACETABULAR EM REGÃO LATERAL DA TIBIA PROXIMAL, FIXANDO FRAGMENTO DA FRATURA DE SEGUNDO
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

Dr. Miguel Arraes
CRM: 22.559

FATURADO
25/11/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





MIGUEL ARRAES



Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

IDADE: 59

SEXO: F

DATA DA ADMISSÃO: 24/10/19

REG: 120573

DATA DA ALTA: 13/11/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA PLATÔ TIBIAL DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- RFI COM PLACAS E PARAFUSOS DE PLATÔ TIBIAL DIREITO

ORIENTAÇÕES:

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

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CDM

Entrada da Farandinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 55.400-000, Paulista - PE





FICHA DE INTERNAÇÃO

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

Cód. Atendimento: **500975**

Usuário: PAULAFSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **SIMONE GOMES DE OLIVEIRA** Prontuário: 130673
Idade: 33a 2m 16d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 08/08/1986
Profissão: Escolaridade: R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP 53510431
Endereço: 1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA, 282 - ALTO DA BELA VISTA - ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 24/10/2019 22:48
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: 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.: 25/11/19
Endereço: - Número: CLAUDIAN ROCHA
Telefone: Cidade: Estado civil: Dns.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 12/11/19 Hora da Alta: 01:00

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Anestesia

Diagnóstico Principal..... FA PEXOT NERVO (D)

Diagnóstico Secundário01.: REVISADO

Diagnóstico Secundário02.: CEM-HMA

Medicamento..... 0,55 Placa fixa (D) c/ parafusos

Dr. Ayrton Farias
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 500975
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, anestésias, 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 24 de 10 de 2019

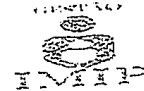
Simone Gomes
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





R E T O

HOSPITAL
MIGUEL ARRAS



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Simão Gomes Registro: _____
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
24/11/19	Okum em 10/11/19
	Turno 12 horas T3 e T4
	Pré e pós T3 e T4
	sem mais com o
	med. pós T3
	At 12 horas em 10/11/19
	Simão
	foi 1 hora após, com
	uma vez mais
	com.
	Outro
	filho 10/11/19
	OK

Fátima Marfisi
Oncopediatria
CRM: 14.368



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
IV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Emitido por: ALYNEKLB
Em: 12/11/2019 14:37

Atendimento: 500975

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

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

Paciente: 130673 SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA 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 KARMEM 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



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES
MV2000 - Sistema de Gerenciamento Ambulatorial
Relatório de Diagnóstico de Atendimento

Página: 1 / 1
Emitido por: PAULAFSC
Em: 24/10/2019 22:26

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

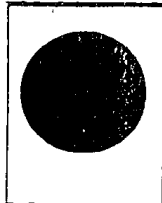


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 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:

Handwritten signature/initials.

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

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

Prioridade:

URGÊNCIA 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

RECEBADO
HMA - HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Fernanda Maria Rocha Botelho
COREN-PE 498644

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	SIMONE GOMES DE OLIVEIRA			6 - Nº Prontuário	130673
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RacaCor	10.1 - Etnia	
700301903205540	08/08/1985	<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	LINDACI DIONELIA DA SILVA			12 - Telefone de Contato	8198764476
13 - Nome Responsável	SIRLANE GOMES			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	1 TRAVESSA ALTO DA BELA VISTA, 282 - ALTO DA BELA VISTA				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
U E LIMA	260005	PE	53510431		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
Paciente em POS OPERATORIO DE OSTEOSINTESE DE PLANALTO TIBIAL DIREITO (10/11) APRESENTANDO DOR, FEBRE E DEISCENCIA DE FERIDA TORIA EM REGIAO LATERAL DE JOELHO.

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRURGICO

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

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
OSTEOMIELITE NAO ESPECIFICADA	M86.9 Y819	W199 Y838	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS	0415040035		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	980016297005256
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
ANTONIO JOSE OLIVEIRA DE A. QUEIROZ	18/12/2019	19797	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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 () Aposar		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

AIH
261910224530-9

Código do Laudo: 509004



Aviso de Cirurgia : 61923

Sala : 0003 SALA 03

Paciente : 130673

SIMONE GOMES DE OLIVEIRA

Atendimento :509224

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 57

ORTL-508-LEITO 001

Idade :33 Anos

Dt. Início : 30/12/2019 08:50

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

Cid Pré-Operatório : T814

INFECCAO SUBSEQUENTE A PROCEDIMENTO NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE

Cid Pós-Operatório :

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

FATURADO
10/10/2020
MAGDA

MAGDA

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: INFECÇÃO POS OSTEOSSINTESE EM JOELHO DIREITO
INTERVENÇÃO: LIMPEZA CÍRURGICA

INTERVENÇÃO: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRURGICO + CULTURA DE PARTES MOLES
OPERADOR: DR. ALEXANDRE ANDRADE

OPERADOR: DR. ALEXANDRE ANDRADE

1º AUXILIAR: DR. JAN

ANESTESISTA: DRA. SYLVIA

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO 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 SECREÇÃO PURULENTA OU SEROSA
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 F. Joffe: Dr. Ian F. Joffe
M.D. M.D.
CRMA-# 25559 CRMA-# 25559

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

<https://pje.tipe.jus.br:443/1q/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021410443315100000057022885>

Número do documento: 20021410443315100000057022885

Num. 57976304 - Pág. 23



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

NOME SOCIAL:[Data de Publicação]

IDADE:33 SEXO:F

DATA DA ADMISSÃO:19/12/19

DATA NASC.: 08/08/86

REG:130673

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 PURULENTO, 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





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:		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:	19/12/2019 10:40		
Convênio:	SUS - INTERNACAO			Plano:	GERAL		
Unidade Internação:	VERDE 2 ORTOPEDIA			Acomodação:	ENFERMARIA DE OBSERVACA		
Médico Internação:	PLANTONISTA ORTOPEDIA			Leito:	VERDE-13 508-1		

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:		R.G.:		C.P.F.:	
Endereço:		- Número:			
Telefone:		Cidade:		Estado civil:	

FATURADO
MAGDA
FATURISTA

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:	Estável. EGB, Eupneica.				
Diagnóstico Principal.....:	Dorância ou PO de pele				
Diagnóstico Secundário01.:	FX Plasmal				
Diagnóstico Secundário02.:					
Medicamento.....:	Sufenta				
Assinatura e RG	Assinatura e CRM:				
Responsável pela retirada do paciente	Médico e CRM:				

CRM 20671 TEOT: 15666
Traumatologia / Ortopedia
Adauto Telles

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a Internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, 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 _____

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: 130573 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: ALYNEKEB

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.

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

