

**EWERSON VILAR &  
RENATHA CAVALCANTI**  
ADVOCACIA

**INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**OUTORGANTE:** MARIA GORETE DA SILVA , brasileira, solteira, agricultora, inscrito no CPF sob o n.º 393.317.558-56 e RG:52.323.431 SSP/PE, com endereço no Si Embebedado, nº 380 – Zona Rural, Vertente do Lério -PE.

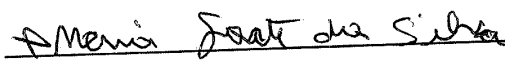
**OUTORGADOS:** RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na OAB/PE n. 22.362 e 28.570, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 – sala 1510 – Paissandú – Recife – PE – Cep. 52010-075 – Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 – 99797.7634. Endereço eletrônico: [renathaccs@hotmail.com](mailto:renathaccs@hotmail.com) e [evl.advogado@yahoo.com.br](mailto:evl.advogado@yahoo.com.br)

**PODERES:** Da cláusula “Ad Judicia” representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu **MARIA GORETE DA SILVA** , DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

VERTENTE DO LÉRIO-PE, 15 de ABRIL de 2020.



**MARIA GORETE DA SILVA - Outorgante/Declarante**



**EWERSON VILAR &  
RENATHA CAVALCANTI**  
ADVOCACIA

**INSTRUMENTO PROCURATÓRIO**

**OUTORGANTE:** MARIA GORETE DA SILVA, brasileira, solteira, agricultora, inscrito no CPF sob o n.º 393.317.558-56 e RG:52.323.431 SSP/PE, com endereço no Si Embebedado, nº 380 – Zona Rural, Vertente do Lério -PE.

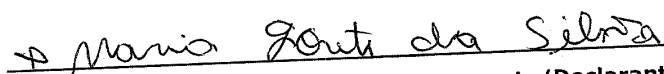
**OUTORGADOS:** RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na OAB/PE n. 22.362 e 28.570, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 – sala 1510 – Paissandú – Recife – PE – Cep. 52010-075 – Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 – 99797.7634. Endereço eletrônico: [renathaccs@hotmail.com](mailto:renathaccs@hotmail.com) e [evl.advogado@yahoo.com.br](mailto:evl.advogado@yahoo.com.br)

**PODERES:** Da cláusula “Ad Judicia” representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu **MARIA GORETE DA SILVA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

VERTENTE DO LÉRIO-PE, 15 de ABRIL de 2020.

  
\_\_\_\_\_  
**MARIA GORETE DA SILVA - Outorgante/Declarante**



**SINISTRO 3190696798 - Resultado de  
consulta por beneficiário****VÍTIMA** MARIA GORETE DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO  
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA  
S/A**BENEFICIÁRIO** MARIA GORETE DA SILVA**CPF/CNPJ:** 39331755856**Posição em 10-01-2020 08:06:47**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 13/01/2020        | R\$ 3.543,75         | R\$ 0,00         | R\$ 3.543,75 |



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA nº 12/2019**

**Versando sobre: ACIDENTE DE MOTO;**

Hora e data do fato: 17:30H do dia 15 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10hs30min do dia 29/11/2019.

Local do Ocorrido: PB 150, nas proximidades da cidade de SANTA CECÍLIA-PB.

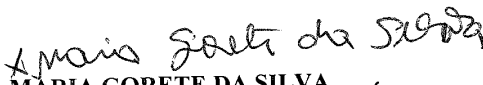
**COMUNICANTE/VÍTIMA:** MARIA GORETE DA SILVA, brasileira, união estável, agricultora, portadora do RG Nº 52.323.431 SSP-SP, CPF Nº 393.317.558-56, filha de SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA e de MARIA JADEILDA BARBOSA, residente no sítio ZÉ DE MOURA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB. TEL. 83981411674.

**ACUSADOS:** A investigar.

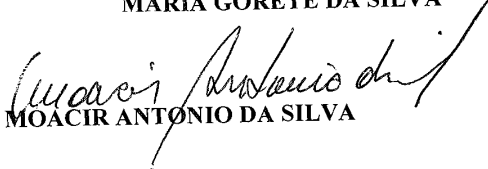
**TESTEMUNHAS:** a arrolar posteriormente.

**HISTÓRICO:** Na data e endereço acima citado, a comunicante estava na posição de carona em uma moto de marca HONDA/CG 125, COR PRETA, ANO MOD 2012, PLACA PEG 9886, CHASSI 9C2JC4110CR301350, LICENCIADA EM NOME DE JOSE HELIO DE SALES, conduzida por seu irmão de nome JOSE RAFAEL DA SILVA, sentido o sítio ZÉ DE MOURA, na PB 150, nas proximidades da residência do SR. Biu RODRIGUES, fora surpreendido por um indivíduo que estava conduzindo outra moto, visivelmente embriagado que veio na mão contrária a colidir frente com a referida moto; QUE a comunicante informa que veio a cair ao solo com o condutor ora seu irmão citado, devido o forte impacto das motos; QUE relata a comunicante que fora socorrida pelo SAMU, para o hospital de TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, onde ficou internada por quinze dias.

**COMUNICANTE/VÍTIMA**

  
MARIA GORETE DA SILVA

**COMISSÁRIO DA CIVIL;**

  
MOACIR ANTONIO DA SILVA



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015100742139  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 330130553 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2019

JOSE HELIO DE SALES

OLINDA-PE

CPF / CNPJ 251.824.328-73

PLACA REG3886

PLACA ANT / UE \*\*\*\*\* / PE

CHASSI 9C2JC4110CR301350

ESPECIE TIPO FLS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN RS

ANO FAB. 2011

ANO MOD. 2012

CAP / POT / OL 11/124CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 11/2019 QUITADO

VENC. / COTAS 1\*\*\*\*\*

PARA LEVA. 1

PARCELAMENTO / COTAS 2\*\*\*\*\*

3\*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) 60.11

IOF (R\$) 0.32

PREMIO TOTAL (R\$) 64.38

DATA DE PAGAMENTO 15/03/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

OLINDA *Roberto de Sales*

DATA 08/18/19

REPRESENTANTE RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA

EMPENHO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESAR DE TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 015100742139 BILHETE DE SEGURO

JOSE HELIO DE SALES

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSENTURA

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 027 1204

OLINDA-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/10/19

VIA 1 CPF / CNPJ 251.824.328-73

PLACA REG3886

RENAVAM 330130553

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN RS

ANO FAB. 2011

ANO MOD. 2012

CHASSI 9C2JC4110CR301350

PREMIO TARIFARIO

RIS (R\$) 35.05

DETRAN (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.18

IOF (R\$) 0.32

TOTAL SEM IMPOSTOS 44.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 19/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.242.552/0001-04

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESAR DE TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

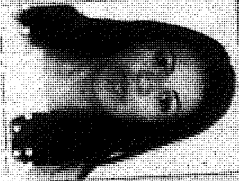
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8409-4

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

PROTEÇÃO BIOMÉTRICA



Maria Gorete da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 52.323.431-4 DATA DE EMISSÃO 18/NOV/2013

NOME MARIA GORETE DA SILVA

PRENOME SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA

E MARIA JADEILDA BARBOSA

NACIONALIDADE SURUBIM -PE DATA DE NASCIMENTO 01/SET/1983

LOCAL DE NASCIMENTO SANTA CECILIA-PB

SANTA CECILIA

CN:LV.A001/FLS.092V/N.000368

CPF 393317558/56

198 Delegado Divisorio

Rubens ASSUNÇÃO DE SOUZA HUGO SLES

LEI Nº 7.116 DE 24/06/83



Pedido de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430162382

## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

## COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



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

## DADOS DO CLIENTE!

FLORA JACIANE GUEDES DA SILVA

## DATA DE VENCIMENTO

13/04/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 143,70

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

03/04/2020

## DATA DA APRESENTAÇÃO

03/04/2020

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

102838540

CONTA CONTRATO  
7034374338

## CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

## ENDEREÇO

SI EMBEBEDADO 380 -ZONA RURAL  
VERTENTES DO LERIO/RURAL  
VERTENTES DO LERIO -55760-000  
VERTENTE DO LERIO PE -

## PERÍODO CONSUMO

04/03/2020 a 03/04/2020

## CONSUMO

161

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 32,08

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

## CONTA CONTRATO

7034374338

## MÊS/ANO

04/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 143,70

## VENCIMENTO

13/04/2020

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitura ótica.

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838000000017 437000110072 034374338102 146670104030



via boate

15/04/2020 15:01



500 ml + 500 ml de Tiliati Pórego + 500 ml de  
dipirona

Dra. Ana Maria ~~S. Anselmo~~  
MR. Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 78459/2000

Pac. acurrido e ondulado, soldado  
de um membro inferior esquerdo,  
apresentando visível fratura fechada  
de fêmur, m.c.p.m. e deslocado  
transporte p/ hosp. de Trauma.

Alcantara - PB

Glennat Souza

70 981







15/07/2019

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCG-Painel Administrativo

15/07/19 #Cirurgia geral #  
22/20

Paciente estável hemodinamicamente.

Abd. In-dolor AR: MUC em ATT SI RL.

FAST ⊕ Rx tórax: SI Alterado.

cs: Nota de cirurgia geral  
41 Dito pos. in.

Dr. Jaques Fonseca  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 10802 / CRM-PE 23721

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

( ) Centro cirúrgico ( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia  
( ) Internação (setor) ( ) Decisão Médica  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL ( ) Óbito

Renatha Catarina Cavalcanti e Silva  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

IDADE

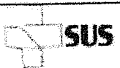
CBO

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

15/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00

|                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                              |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>Sistema Único de Saúde</b><br><b>Ministério da Saúde</b>                    |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>                                                        |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b><br>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b> |  | 2 - CNES<br><b>2362856</b>                                                                                                   |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>                                                      |  | 4 - CNES<br><b>2362856</b>                                                                                                   |  |
| <b>Identificação do Paciente</b><br>5 - NOME DO PACIENTE<br><b>MARIA GORETE DA SILVA</b>                                                                         |  | 6 - N° DO PRONTUÁRIO<br><b>1944767</b>                                                                                       |  |
| 7 - CARTÃO DO SUS<br><b>700607902385262</b>                                                                                                                      |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>01/09/1983</b>                                                                                  |  |
| 9 - SEXO<br>Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                |  | 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><b>MARIA JAELDA BARBOSA</b>                                                               |  |
| 11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)<br><b>JOSE MOURA, 0, CENTRO</b>                                                                                                  |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>DD <b>83</b> N° DE TELEFONE                                                                      |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br><b>Santa Cecília</b>                                                                                                             |  | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO<br><b>251315</b>                                                                                    |  |
| 15 - UF<br><b>PB</b>                                                                                                                                             |  | 16 - CEP<br><b>58463000</b>                                                                                                  |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                                               |  |                                                                                                                              |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Paciente vítima de acidente de moto com dor, edema e deformidade em coxa E, além de limitação funcional.</i>    |  |                                                                                                                              |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Necessidade de cirurgia</i>                                                                                     |  |                                                                                                                              |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><i>Exame clínico + radiológico</i>                                        |  |                                                                                                                              |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Fratura diafise femur E</i>                                                                                                       |  |                                                                                                                              |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL<br>22 - CID 10 SECUNDÁRIO<br>23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                                 |  |                                                                                                                              |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                                                   |  |                                                                                                                              |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Internação hospitalar / Trat. cirúrgico</i>                                                                      |  | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                                                  |  |
| 26 - CLÍNICA<br><i>Ortopedia</i>                                                                                                                                 |  | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO<br><b>03</b>                                                                                      |  |
| 28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF<br><b>980016002867673</b>                                                                                                         |  | 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                           |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br><b>ANA MARIA DA SILVA ANSELMO</b>                                                                            |  | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br><b>15/07/2019</b>                                                                                |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                                           |  |                                                                                                                              |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                                                                            |  |                                                                                                                              |  |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                                                    |  | 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                                                            |  |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                                                                               |  | 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                                                      |  |
| 37 - N° DO BILHETE                                                                                                                                               |  | 38 - SÉRIE                                                                                                                   |  |
| 39 - CNPJ EMPRESA                                                                                                                                                |  | 40 - CNAE DA EMPRESA                                                                                                         |  |
| 41 - CBOR                                                                                                                                                        |  | 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                               |  |                                                                                                                              |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                            |  | 44 - Cód. ORGÃO EMISSOR                                                                                                      |  |
| 45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF                                                                                                                                   |  | 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                      |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                                                         |  | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                       |  |
| 49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                                                                  |  |                                                                                                                              |  |

10.1.1.148/projetohtcg/impreinternamento.php?contar=1944767

1/1



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 20/04/2020 11:43:22  
<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042011432234600000059793007>  
 Número do documento: 20042011432234600000059793007

Num. 60851059 - Pág. 11

15/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

Data da internação: 15/07/2019 Hora: 22:55:00



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

### LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

#### Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

#### Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA GORETE DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1944767

7 - CARTÃO DO SUS

700607902385262

8 - DATA DE NASCIMENTO

01/09/1983

9 - SEXO

Masc ☐ Fem ☒

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

MARIA JAELDA BARBOSA

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

83

Nº DE TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

JOSE MOURA, 0, CENTRO

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cecília

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

251315

15 - UF

PB

16 - CEP

58463000

#### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente com dor, edema e deformidade em costela @; além de hemorragia generalizada.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Alta idade de cirurgia

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

Exame clínico + radiológico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura simples fechada @

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

#### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção cirúrgica de fratura de costela

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

03

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016002867673

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/07/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dra. Ana Maria da Silva Anselmo  
R. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 1825

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

#### AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

10.1.1.148/projetohtcg/impreinternamento.php?contar=1944767

1/1



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 20/04/2020 11:43:22  
 https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042011432234600000059793007  
 Número do documento: 20042011432234600000059793007

Num. 60851059 - Pág. 12

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

|                                                                                                                                                                                                                 |                          |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------|----------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE: <u>Maria Gorete da Silva</u> <u>01.09.83</u>                                                                                                                                                          |                          |           |                                  |            |  <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b><br>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE<br><br>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes |
| QI                                                                                                                                                                                                              | LEITE                    | CONVÊNIO  | IDADE                            | REGISTRO   |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 |                          |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
| CIRURGIA                                                                                                                                                                                                        |                          | CIRURGIÃO |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
| ANESTESIA                                                                                                                                                                                                       |                          | ANESTESIA |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
| INSTRUMENTADORA                                                                                                                                                                                                 |                          | DATA      | INÍCIO                           | FIM        |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 |                          |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
| Qtd.                                                                                                                                                                                                            | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS |           | Bolsa Colostoma                  | Qtd.       | FIOS                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                 | Adrenalina amp.          |           | Calel. p/ Oxy.                   |            | Catgut cromado Sertix                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                 | Atropina amp.            |           | Catet. De Urinar Sist. Fech.     |            | Catgut cromado Sertix                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                 | Diazepam amp.            |           | Compressa Grande                 |            | Catgut cromado Sertix                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                 | Dimore amp.              |           | Compressa Pequena                |            | Catgut Simples                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                 | Dolantina amp.           |           | Cotonoide                        |            | Catgut Simples Sertix                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                 | Efrane ml                |           | Dreno                            |            | Catgut Simples Sertix                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                 | Fenegan amp.             |           | Dreno Kerr nº                    |            | Catgut Simples Sertix                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                 | Fentanil ml              |           | Dreno Penrose nº                 |            | Cera p/ osso                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                 | Inova ml                 |           | Dreno Pezzer nº                  |            | Ethibond                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                 | Ketalar ml               |           | Equipo de Macrogotas             |            | Ethibond                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                 | Mercaina % ml            |           | Equipo de Macrogotas             |            | Ethibond                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                 | Nubahin amp.             |           | Equipo de Sangue                 |            | Fio de Algodrão Sertix                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                 | Pavulon amp.             |           | Equipo de PVC                    |            | Fio de Algodrão Sertix                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                 | Protigmine amp.          |           | Esparradrapo Larco cm            |            | Fio de Algodrão Sutapak                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                 | Protóxido I/m            |           | Furacim ml                       |            | Fio de Algodrão Sutapak                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                 | Quelicin ml              |           | Gase Pacote c/ 10 unidades       |            | Fila cardíaca                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                 | Rapifen amp.             |           | H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml |            | Mononylon                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                 | Thionembatal ml          |           | Intracath Adulto                 |            | Mononylon                                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                 | Tracrium amp.            |           | Intracath Infantil               |            | Prolene Sertix                                                                                                                                                                                                   |
| Qtd.                                                                                                                                                                                                            | MEDICAÇÕES               |           | Lâmina de Bisturi nº 23          |            | Prolene Sertix                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                 | Água Destilada amp.      |           | Lâmina de Bisturi nº 11          |            | Prolene Sertix                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                 | Decadron amp.            |           | Lâmina de Bisturi nº 15          |            | Prolene Sertix                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                 | Dipirona amp.            |           | Luvax 7.0                        |            | Vicryl Sertix                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                 | Flaxidol amp.            |           | Luvax 7.5                        |            | Vicryl Sertix                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                 | Flebocortid amp.         |           | Luvax 8.0                        |            | Vicryl Sertix                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                 | Geramicina amp.          |           | Luvax 8.5                        |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Glicose amp.             |           | Oxigênio I/m                     |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Glucon de Cálcio amp.    |           | Poliflix                         |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Haemacet ml              |           | PVPI Degemante ml                |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Heparema ml              |           | PVPI Tópico ml                   | Qtd.       | SOROS                                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                 | Kanakion amp.            |           | Sabão Antisséptico               |            | SG Normotérmico fr 500 ml                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                 | Lasix amp.               |           | Saco coletor                     |            | SG Gelado fr 500 ml                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                 | Medrothinazol.           |           | Seringa desc. 10 ml              |            | SG Hipertérmico fr 500 ml                                                                                                                                                                                        |
|                                                                                                                                                                                                                 | Plasil amp.              |           | Seringa desc. 20 ml              |            | SG Ringr fr 500 ml                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                 | Prolamina                |           | Seringa desc. 05 ml              |            | SG fr 500 ml                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                 | Revivan amp.             |           | Sonda                            |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Stuplanon amp.           |           | Sonda folley                     | Qtd. (142) | ORTESE E PRÓTESE                                                                                                                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                 | Cefalotina 1g            |           | Sonda Nasogátrica                |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 |                          |           | Sonda Uretral nº                 |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 |                          |           | Sterydrem ml                     |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 |                          |           | Torneirinha                      |            |                                                                                                                                                                                                                  |
| Qtd.                                                                                                                                                                                                            | MATERIAIS / SOLUÇÕES     |           | Vaselina ml                      |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Agulha desc. 25 x 7      |           | Gelcon 18                        |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Agulha desc. 28 x 28     |           | Latese                           |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Agulha desc. 3 x 4,5     |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Agulha p/ raque nº       |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Álcool de Enfermagem     |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Álcool Iodado ml         |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Ataduras de Crepon       |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Ataduras de Gessada      |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Azul metileno amp.       |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                 | Benzina ml               |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |
| EQUIPAMENTOS<br>( ) Oxímetro de Pulso ( ) Foco Auxiliar<br>( ) Serra ( ) Eletrocautério<br>( ) Desfibrilador ( ) Oxícapígrafo<br>( ) Foco Frontal ( ) Cardiomonitor<br>( ) Fonte de Luz ( ) Perfurador Elétrico |                          |           |                                  |            |                                                                                                                                                                                                                  |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
 Francielle Catharina Cândido  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN-PB 001227.391

MOD 066



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

|                                                                     |                                                                      |                                                               |             |             |                                                     |               |  |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------------------------------------------------|---------------|--|
| <b>HUECG</b>                                                        |                                                                      | HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA<br>DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES |             | ENFERMARIA  | LEITO                                               | Nº PRONTUÁRIO |  |
| <b>FOLHA DE ANESTESIA</b>                                           |                                                                      | NOME <i>Renata Catharina Cavalcanti e Silva</i>               |             | IDADE       | SEXO                                                | COR           |  |
| DATA <i>27/07</i>                                                   | PRESSÃO ARTERIAL                                                     | PULSO                                                         | RESPIRAÇÃO  | TEMPERATURA | PESO                                                | ALTURA        |  |
| TIPO SANGÜÍNEO                                                      | HEMÁCIAS                                                             | HEMOGLOBINA                                                   | HEMATÓCRITO | GLICEMIA    | URÉIA                                               | OUTROS        |  |
|                                                                     | URINA                                                                |                                                               |             |             |                                                     |               |  |
| AP. RESPIRATÓRIO                                                    |                                                                      |                                                               |             |             | ASMA                                                | BRONQUITE     |  |
| AP. CIRCULATÓRIO                                                    |                                                                      |                                                               |             |             | ELETROCARDIOGRAMA                                   |               |  |
| AP. DIGESTIVO                                                       |                                                                      |                                                               | DENTES      | PESCOÇO     | AP. URINÁRIO                                        |               |  |
| ESTADO MENTAL                                                       |                                                                      |                                                               | ATARÁXICOS  | CORTICÓIDES | ALERGIA                                             | HIPOTENSORES  |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO                                          |                                                                      |                                                               |             |             | ESTADO FÍSICO                                       | RISCO         |  |
| ANESTESIAS ANTERIORES <i>nenhuma</i>                                |                                                                      |                                                               |             |             |                                                     |               |  |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA                                            |                                                                      |                                                               |             | APLICADA    | AS                                                  | EFEITO        |  |
| AGENTES ANESTÉSICOS                                                 | O <sub>2</sub>                                                       | <i>100% O<sub>2</sub></i>                                     |             |             | INDUÇÃO                                             |               |  |
| LIQUIDOS                                                            |                                                                      |                                                               |             |             | Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____           |               |  |
| CÓDIGOS                                                             | VP. ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO: O - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO | <i>120/80</i>                                                 |             |             | Laringo espasmo: _____ Lenta: _____                 |               |  |
|                                                                     |                                                                      |                                                               |             |             | Náuseas: _____ Vômitos: _____                       |               |  |
|                                                                     |                                                                      | <i>120/80</i>                                                 |             |             | Outros: _____                                       |               |  |
|                                                                     |                                                                      |                                                               |             |             | MANUTENÇÃO                                          |               |  |
|                                                                     |                                                                      | <i>120/80</i>                                                 |             |             | ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____              |               |  |
|                                                                     |                                                                      |                                                               |             |             | Não, por quê? _____                                 |               |  |
|                                                                     |                                                                      | <i>120/80</i>                                                 |             |             | DESPERTAR                                           |               |  |
|                                                                     |                                                                      |                                                               |             |             | Reflexos na SC: _____                               |               |  |
|                                                                     |                                                                      | <i>120/80</i>                                                 |             |             | Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit.: _____ |               |  |
|                                                                     |                                                                      |                                                               |             |             | Náuseas: _____ Vômitos: _____                       |               |  |
|                                                                     |                                                                      | <i>120/80</i>                                                 |             |             | Outros: _____                                       |               |  |
|                                                                     |                                                                      |                                                               |             |             | Com cântula: _____                                  |               |  |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES                                                |                                                                      | <i>120/80</i>                                                 |             |             | Paro o Leito Sim _____ Não _____                    |               |  |
|                                                                     |                                                                      |                                                               |             |             | CONDIÇÕES: _____                                    |               |  |
| POSIÇÃO                                                             |                                                                      |                                                               |             |             |                                                     |               |  |
| AGENTES                                                             |                                                                      |                                                               |             |             |                                                     |               |  |
| TÉCNICA                                                             |                                                                      |                                                               |             |             |                                                     |               |  |
| OPERAÇÃO                                                            |                                                                      |                                                               |             |             |                                                     |               |  |
| CIRURGIÕES                                                          |                                                                      | <i>Dr. Yury + Dr. A. Lima + Dr. H. H. H.</i>                  |             |             |                                                     |               |  |
| ANESTESISTAS                                                        |                                                                      |                                                               |             |             |                                                     |               |  |
| OBSERVAÇÕES                                                         |                                                                      | <i>100% O<sub>2</sub> - 120/80</i>                            |             |             |                                                     |               |  |
| ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS. |                                                                      |                                                               |             |             | PERDA SANGÜÍNEA                                     |               |  |

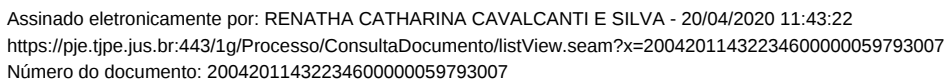
D. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





# EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                      |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|-----------------------------|
| <b>HOSPITAL EMERGENCIA TRAUMA DE CAMPINA GRANDE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |                      |                             |
| Nome do Paciente: MARIA GORETE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                      | Data da Cirurgia 27/07/2019 |
| CNS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Enfermaria 7 | Leito 3              | Prontuário                  |
| Cirurgião: Dr. ANDRE RIBEIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              | 1º Auxiliar: DR YWRY |                             |
| 2º Auxiliar DR ELDIMAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              | Instrumentador TIAGO |                             |
| Anestesista: DR SOCORRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              | Anestesia : BLOQUEIO |                             |
| Diagnóstico Pré-operatório : FX S MTC E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                      |                             |
| Tipo de Cirurgia : REDUÇÃO + FIXAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                      |                             |
| Diagnóstico Pós-operatório : O MESMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              |                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                      |                             |
| Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                      |                             |
| Exame Radiológico no Ato: NAO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              |                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                      |                             |
| Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                      |                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                      |                             |
| <b>DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |              |                      |                             |
| <p>01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA<br/> 02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE<br/> 03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS<br/> 04- REDUÇÃO CRUENTA<br/> 05- FIXAÇÃO COM 1 FIO k<br/> 06- LAVAGEM SF0.9% + SUTURA + CURATIVO<br/> 07- TALA LUVA TIPO GARRAFA;</p> <p style="text-align: right;"> CRM-PB. 6960 / 1502<br/> ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA<br/> Eldiman Soares de Araújo </p> |              |                      |                             |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              |                      |                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|-----------------------------|--|
| Nome do Paciente: MARIA GORETE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                      | Data da Cirurgia 27/07/2019 |  |
| CNS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Enfermaria 1 | Leito 4              | Prontuário                  |  |
| Cirurgião: Dr. ANDRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              | 1º Auxiliar: DR YWRY |                             |  |
| 2º Auxiliar DR ELDIMAN + DRa ANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |              | Instrumentador TIAGO |                             |  |
| Anestesista: DR SOCORRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              | Anestesia:           |                             |  |
| Diagnóstico Pré-operatório: FX FEMUR E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |                      |                             |  |
| Tipo de Cirurgia: OSTEOSINTESE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                      |                             |  |
| Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |                      |                             |  |
| Relatório Imediato do Patologista NÃO HOUVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              |                      |                             |  |
| Exame Radiológico no Ato: SIM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |                      |                             |  |
| Acidentes Durante a Cirurgia: NÃO HOUVE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                      |                             |  |
| <b>DESCRIÇÃO DA CIRURGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |              |                      |                             |  |
| 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA<br>02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE<br>03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS<br>04- INCISAO FACE LATERAL DE FEMUR ESQ + DIVULSAO POR PLANOS<br>05- LIMPEZA + DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS<br>06- REDUÇÃO CRUENTA + FIXACAO COM PLACA 4.5MM DCP LARGA 12 FUROS;<br>07- SECÃO + LIMPEZA + DESBRIDAMENTO<br>08- DRENO HEMOVAC 3.2 + FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS<br>09- CURATIVOS |              |                      |                             |  |

  
RENATHA CATHARINA CAVALCANTI  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-PR 3960 TEOT: 11802



29/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 29/07/2019

NOME: Ana Maria Da Silva Anselmo



GOVERNO  
DA PARAIBA



GOVERNO  
DA PARAIBA

## LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: MARIA GORETE DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019

Data da Alta: 29/07/2019

Registro: 1944767

Tempo de Permanência: -18093

Diagnóstico Inicial: 0408050233

Diagnóstico Final:

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: TRATAMENTO CIRURGICO FX DIAFISE FEMUR + FX MTC E

Data: 27/07/2019

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: ELDIMAN SOARES DE ARAUJO

Aux 2: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 3: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 4:

Anestesista: MARIA DO SOCORRO ABRANTES DE OLIVEIRA

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: - PRESCREVO CIPROFLOXACINO + ARFLEX RETARD + DEOCIL SL + XARELTO. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES GERAIS + RETORNO IMEDIATO SE INTERCORRENCIAS. - ALTA HOSPITALAR.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO HOSPITAL!

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo  
MR. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825

Data: 29/07/2019

Assinatura/Carimbo  
Ana Maria Da Silva Anselmo

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo





● Rua Capitão José da Luz, 25 - Empresarial Joaquim Cardoso  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79

0885

**Paciente:**

**Hospital:**

**Médico:**

**Data da Cirurgia:**

**Procedimento:**

### Prontuário:

**Convênio:**

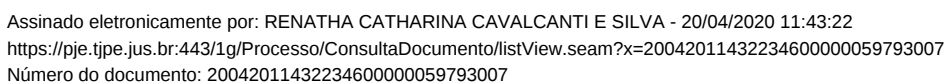
Instrumentadora(O):

**Circulante:**

Recife, de de 20

**Circulante**

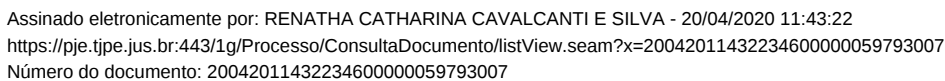
Yury de Jesus Charrá  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CEMIPB 10997  
Médico Responsável





# EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

| Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Prontuário | Ala   | Unidade | Leito | Enfermaria |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|---------|-------|------------|
| Data                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Hora       | Data  | Hora    |       |            |
| 20.07                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | T          | 20.07 | T       | 4     | 3          |
| <p>Pac. encontrado com postura de decúbito de pernas, no MTE, napou um acidente de motor e acordou com traqueotomia, seqüelas, apresenta ADM. demenciada, no MTD, presença de edema no MTE, conduta: mobilização ativo - livre de MTD, mobilização passiva de tornozelo no MTE, mobilização ativo - livre de MTS. alongamentos de adutor e abdutor de quadril no MTD, exercícios terapêuticos neurológicos.</p> <p>Realizado Por: graduado de fisioterapia Jorge Figueiredo</p> |            |       |         |       |            |
| <p>Saskia Firshtenberg Thiam<br/>FISIOTERAPEUTA<br/>CREFITO 46400-F</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |       |         |       |            |





**GOVERNO  
DA PARAÍBA** SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

**ATESTADO**

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Maria Gorete da Silva  
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: S 12.3 + S 62.3 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 15 / 07 / 19 A 29 / 07 / 19 NECESSITANDO DE  
120 (cento e vinte) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Dr. Ana Maria da S. Anselmo  
M.R. Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 7825

Ass. do Médico - Nº. do CRM

Campina Grande 29 / 07 / 19

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

