

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: Luciana Estelina da Silva
(Nome Completo)
Brasileira (o), solteira, recusa
(Nacionalidade) (Estado Civil) (Profissão)
portador(a) da Cédula de Identidade nº 4650558, Inscrito (a) no CPF/MF sob o nº 882.279.284-04
C/N. Santa Bárbara - PE residente domiciliado(a) 51 da Mercedes
CEP.: 65600-000
OUTORGADOS: **EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da
OAB-PE **28.570**, com endereço profissional na Avenida , endereço eletrônico:
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 ao **OUTORGADO** 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, , 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.

Outorgante/Declarante

Luciana Estelina da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIEL

146

Cicera Estelina da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4650558 DATA DE EMISSÃO 19-08-1991

NOME CICERA ESTELINA DA SILVA

FILIAÇÃO Manoel Monteiro da Silva
Estelina Severina da Silva.

NATURALIDADE BEZERROS PE DATA DE NASCIMENTO 28-08-1972

CPF 0. Nasc. 16.646, Fls. 216v, Liv. 15, do
Cart. de Bezerras PE

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 20/09/63

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BUIEL

882279284-04

Nº DE INSCRIÇÃO 882.279.284/04

NOME COMPLETO Cicera Estelina da Silva

DOCUMENTO 28.08.72

ASSINATURA Cicera Estelina da Silva

TERÁ VALIDADE JUNTAMENTE COM A APROPRIAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FISCAIS - CPF E DE USO OBRIGATORIO NOS TERMOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE LÍQUIDA DA SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

DIRETOR DO AGENTE ENREGISTRO

024/0112-6

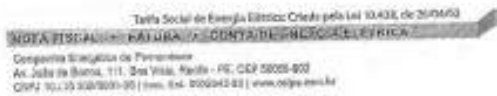
12/08/91

BANDEPE 0410200-2

ASSINATURA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO APROVADO POR INSCRIÇÃO ORIGINÁRIA DO CPF

Josefina de Almeida





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S/DOS REMÉDIOS

CENTRO SÍTIO DOS REMÉDIOS
BEZERRAS PE
35660-000

IDENTIFICACION	FECHA
2672934012	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE REGISTRO
02/09/2019	24/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	60,36

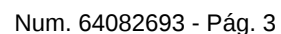
GRANT/ISSUE	AMOUNT (\$)	DATE (\$)
77,500,000	6,770,461.72	58.10
		5.78
		5.63
		5.10
		0.40
		1.30
		3.82
		3.34

112, 35

[illegible]

Logo de la Fundación para el Desarrollo de la Cultura y el Arte (FUDCA) en la ciudad de Bogotá, Colombia. El logo es un círculo con el texto "FUDCA" en el centro y "Fundación para el Desarrollo de la Cultura y el Arte" alrededor del borde.

1944] HEDBERG, DEBOLD AND VAN DER CALDENAS



VÍTIMA CICERA ESTELINA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO CICERA ESTELINA DA SILVA

CPF/CNPJ: 88227928404

Posição em 16-06-2020 15:57:58

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
27/05/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DPP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 20E4143000767

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/05/2020 às 16:01

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 7/10/2019 às 17:30

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ZONA RURAL DE BEZERROS, 01, ESTRADA CARROÇAVEL -**
Bairro: **ZONA RUAL DE BEZERROS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **GRUPO ESCOLAR**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

/// (AUTOR \ AGENTE)
JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO (OUTRO)
CICERA ESTELINA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO

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

CICERA ESTELINA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ESTELINA SEVERINA DA SILVA Pai: MANOEL MONTEIRO DA SILVA Data de Nascimento: 28/8/1972 Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 4650558/SSPIPE (RG), 88227928404 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **BAIRRO DE SÍTIO DOS REMÉDIOS, 01, S/N - CEP: 0 - Bairro: SÍTIO DOS REMÉDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CICERA ESTELINA DA SILVA Pai: EDNALDO LEANDRO MONTEIRO Data de Nascimento: 30/3/1997 Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 9791506/SDS/PE (RG), 12206788489 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **BAIRRO DE SÍTIO DOS REMÉDIOS, 01, S/N - CEP: 0 - Bairro: SÍTIO DOS REMÉDIOS - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

/// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**



Placa: **KIJ8550** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **550256784** Chassi: **9C2HB0210DR434951**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO DECLARA QUE NA DATA REFERENTE AOS FATOS ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA, TENDO COMO GARUPA SUA GENITORA A SENHORA CICERA ESTELINA DA SILVA, QUE AMBOS TRAFEGAVAM COM DESTINO A SUA RESIDENCIA NA VILA DO SITIO DOS REMEDIOS, ZONA RURAL; QUE, NAS PROXIMIDADES DO BAR DE DANIEL UMA MOTOCICLETA CONDUZIDA POR UM CONDUTOR DESCONHECIDO O QUAL TRAFEGAVA EM ALTA VELOCIDADE, VINDO EM DIREÇÃO CONTRÁRIA DO CONDUTOR JOSE MACIEL. O QUAL NÃO CONSGUIU EVITAR A COLISÃO, CAINDO EMSEGUIDA TODAS AO CHÃO, QUE OCNDUTOR DESCONHECIDO SE EVADIU DO LOCAL, QUE A SENHORA CICERA ESTELINA DA SILVA FICOU CAIDA AO CHÃO; EM SEGUIDA SOCORRIDA PELO DECLARANTE JOSE MACIEL O QUAL A LEVOU PARA SER ATENDIDA NA UNIDADE MISTA SÃO JOSE, LOCAL ESTE ONFE FOI ATENDIDA E NO DIA SEGUINTE A VITIMA FOI SUBMETIDA A EXAMES DE RX, ONDE FOI DIAGNOSTICADO UMA FRATURA DE TORNOZELO DIREITO; SENOD ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE E POSTERIORMENTE AO HOSPITAL JESUS PEQUENINO ONDE A VIITMA FOI SUBMETIDA AOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS COMO CONSTAM NAS DOCUMENTAÇÕES APRESENTADAS PELA PRÓPRIA VITIMA. NADA MAIS A DECLARAR.

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

Cicera Estelina da Silva
CICERA ESTELINA DA SILVA
(VITIMA)
Jose Maciel da Silva Monteiro
JOSE MACIEL DA SILVA MONTEIRO
(OUTRO)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matrícula: **1581678**





PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:	REGISTRO: 965.382
DATA: 02.10.19	HORA: 18:14	TELEFONE: 99830907	IDADE: 47 AN
NOME: Clema Estelita da Silva			
NOME DA MÃE: Estelina Durães da Silva			
DATA DE NASCIMENTO: 02.10.1972			

END: Rua das Palmeiras	BAIRRO: 2º Quadra (Kilômetro 15)
CIDADE: Bezerros	SINAIS VITAIS
PA: 130/80 mmHg	HGT: mg/dL
T: °C	PESO: kg
Téc. Enfermagem/COREN	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

Nunes Almeida Antunes

I - Sinais de Emergência imediata
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

COREN-FE: 916.647

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O FC <50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 lpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS <80 ou >200mmHg O PAD <40 ou >130mmHg HGT <40 ou >80 mg/dL O Convulsão no momento
4. O Ferimento profundo Glasgow <13 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoespasmo O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito das
de observação
CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS <90 ou >180mmHg O PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
3. O Tumor pustoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% O Vítilo de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor torácica intensa O Melena O Hematêmico O Estenose O Polipose
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo
CLASSIFICAR COMO VERDE

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Trauma contuso com alteração de nível de consciência O Dor de dor de cabeça com sintomas de vômito e náusea
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)
CLASSIFICAR COMO AZUL

1. O Queimaduras crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☒ Verde
☐ Azul

→ Acidente de trânsito de moto.
Dor de dor em ribs

Alergias: (X) NÃO () SIM, ()

ENCAMINHADO:

ORIENTAÇÕES:

Assinatura da Enfermeira e Caril

Assinatura da Assistente Social



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: () NÃO () SIM, à	REGISTRO:
----------------------	------------------------------	-----------

Queixas:

Coluna 5 de Dor em Lombar
Dorsal 5 de Dor em Lombar

Exame físico:

H.D.S:

Conduta:

☒ VOLTAREM 1 AMP. *IM*
☒ DEXAMETASONA 1 AMP. *IM*
☒ DORIDONA 1 AMP. *2 AMP 2 m. 10 min*

Ent Rg de 10 min

TIPO DE CONSULTA:		SOLICITAÇÃO DE EXAMES:		DATA:		ASSINATURA:	
☐ Consulta simples	☐ Melhora	☐ Solicitação	☐ Data: / /	☐ SIM ()	☐ NÃO ()		
☐ Consulta c/ Observação	☐ Transferência	☐ Indisciplina	☐ Hora: / /				
☐ Indicação (Internamento)	☐ Óbito			DIAS: / /			

Data: / /

Hora: / /

Médico - CREMEPE





PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ



708 0038 64 50 8428

DATA: 08.10.19	HORA: 10:38	TELEFONE:
NOME: <i>Luciana Estelle de Souza</i>	IDADE: 42 anos	
NOME DA MÃE: <i>Edilene de Souza</i>	DATA DE NASCIMENTO: 28/10/77	
END.: <i>Serra do Amendoim</i>	BAIRRO: <i>Zona Rural</i>	Nº: <i>501</i>
PA: 130,80 mmHg	HGT: / mg/dL	T: / °C
PESO: 67 kg	Téc. Enfermagem/COREN	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ADULTO

I - Sinais de Emergência Imediata

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O FC <50 ou >140bpm O FR <10 ou >32 lpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS <80 ou >200mmHg O PAD <40 ou >130mmHg HGT <40 ou >41 mg/dl O Convulsão no momento
4. O Politraumatismo/Glasgow <12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAE O PAR O Sangramento intenso
6. O Hipoventilação O Análise associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS <90 ou >180mmHg O PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
2. O Tumor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
3. O Queimaduras de 1º e 3º áreas não críticas SCQ < 10% O Vítilo de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor torácica intensa O Melena O Hemitêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau com menos de 10% de área afetada
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Amarelo
☐ Verde
☒ Azul

Márcia R.
Jaqueline em HU

Alergias: () NÃO (X) SIM, a

ENCAMINHADO:

[Assinatura]
Assinatura da Enfermeira e Carimbo

ORIENTAÇÕES:

[Assinatura]
Assinatura do Acadêmico e Carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO	Alergias: () NÃO () SIM, à	REGISTRO:								
Queixas:										
HEMOGLOBINA POR MATE OMBRO FRATURA + UNÇÃO DE TORNOZELO										
Exame físico:										
O22: MARCADO MEDIAL E LATERAL C DESVIO.										
H.D.:										
CONDUTA / REAVALIAÇÃO / CONDUTA MEDICAÇÃO										
1) Internamento 2) ENCAO MRA										
TIPO DE CONSULTA	MOTIVO DA ALTA	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">☒ Consulta simples</td> <td style="width: 50%;">☒ Melhora</td> </tr> <tr> <td>☐ Consulta de observação</td> <td>☐ Solicitação</td> </tr> <tr> <td>☐ Indicação (internamento)</td> <td>☐ Indisciplina</td> </tr> <tr> <td></td> <td>☐ Óbito</td> </tr> </table>	☒ Consulta simples	☒ Melhora	☐ Consulta de observação	☐ Solicitação	☐ Indicação (internamento)	☐ Indisciplina		☐ Óbito
☒ Consulta simples	☒ Melhora									
☐ Consulta de observação	☐ Solicitação									
☐ Indicação (internamento)	☐ Indisciplina									
	☐ Óbito									
		Data: / / Hora: : :								
		ATESTADO SIM () NÃO () DIAS:								
Data: 08/14/19		 Dr. Ewerson Vilar de Lima CRM PE 25871 Médico - CREMEPE								





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

Oribpedit
IARA

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domílicio () Local de Trabalho ()

SENHA 5788691

Nome do Paciente: Cícero Estelino da Silva

IDENTIFICAÇÃO

Idade: 47 anos

Sexo: M () F (X) Profissão: _____

Forma: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____

Cidade: Bezerros

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Autorrôvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
Semi-Afogamento/submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Atropelamento por moto, apresentando
fratura de metacarpo médio direito.

Hipótese Diagnóstica: Fratura de metacarpo médio (D)

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: 120 x 80
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercoastais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
Sibilos Expiratórios: S() N() BAN: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gemido/ Estridor: S() N()
Distúrbio Fala/Choro: S() N()
Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo doloroso () Inesponsível ()

Escalas de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 3
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retraí-se ao Estímulo Doloroso 4
Desorientação 3
Descoordenação 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela SOG
ECG 1-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()
Lesões Intra-Torácicas: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Oso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS

Uso de álcool: S () N () Informante: Víctima () Outros ()
Hálito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração de Humor ()
Uso de outras drogas: S () N () Informante: Víctima () Outros ()
Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfuma () Anfetaminas () Extase ()

CONDUITA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Taliz Gestada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()
Entubação Orotraqueal: S () N ()
Ventilação Mecânica: Modalidade: _____
FIO2: _____
Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
RX: S () N () Analgesia: S () N ()
Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____
Volume de Fluidos Infundido: _____
Outras Condutas: _____
Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Avulsão do Os Lépido

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: _____ Hora: _____
Médico Regulador: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

08 OUT 2019

Lócal e data

Médico Assinante

[Assinatura]
Ined K. M. Nogueira
Médico
CRM-SP 12114





Prefeitura Municipal de Bezerros
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Unidade Mista São José



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o(a) paciente Ciana

Estelina da Silva, REG n°
deu entrada nesta

Unidade de Saúde, no dia 08 / 10 / 19, às 10:18 hrs, sendo
liberado às 18 hrs. do dia 09/10/19, onde
foi transferida para o H. R. A.

Bezerros, 15 de 10 de 19.

Stéphanie Francisca V. Souza
COREG 436.330
Gerente de Enfermagem

CARIMBO E ASSINATURA





RECEITUÁRIO

Loucas Fisioterapeuta

Declaro para os devidos fins que,
Cícera Estelina da Silva, vítima
de trauma, submetida a procedi-
mento cirúrgico para tratamento da
fratura do tornozelo D, encontra-se
em tratamento fisioterapêutico neste
serviço.

A mesma opõe-se a limitação funcional,
mas estando capacitada para desenvolver
seus atividades laborais.

07/02/2020

Roberto Antonio
Fisioterapeuta
CENTRO - Bezerro
Profissional

Rua Vitoriano Pereira de Lima nº84 - Centro - CEP 55660.000- Bezerro
Fone/Fax: (81) 3728.6716/6717/6725





550457



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuário da Internação
ROSANGELASSB



550457

SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 08/10/2019 19:44 Atendimento: 550457 N° AIH:

Nome: CICERA ESTELINA DA SILVA Prontuário: 346682

Data Nasc.: 28/08/1972 Idade: 47 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:

CPF: RG: 4650558 CNS: 708003864508428

Endereço: SÍTIO DOS REMÉDIOS N°: 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: BEZERROS Estado: PE

CEP: 55660000 Fone: Profissão: APOSENTADO

Nome da Mãe: ESTELINA SEVERINA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone:

2 - Internar Para

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: ORTOPEDIA

Leito: ORTOPEDIA 14

Diagnostico Inicial

(Constante do Laudo Médico):

CID:

Procedimento Solicitado:

CÓD.:

Procedimento Realizado:

CÓD.:

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- ☐ DIÁRIA DE UTI
- ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- ☐ VACINA ANTI RH
- ☐ USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- ☐ USO DE PRÓTESE, ORTESE
- ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- ☐ USO DE OXIGENADORES
- ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL

5 - Historia Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
08/10/2019 19:44		



Solicitação de Diária de Acompanhante

Laudo Médico / Serviço Social

Nome do Paciente: Picara Estelita da Silva

Data de Nascimento: 28/08/1972 Registro: _____

Setor: Área Verde / atop. Leito: _____

Nome do Acompanhante: Serevina de Lima Monteiro
Sítio Remédios Bezenos R. (81) 9880-4005 Marcelo Sobrinho

Justificativa Médica: _____

Maria Eulália Leite Macedo
Enfermeira
CRENS 151508

Data: 09 / 10 / 19

Assinatura e Carimbo do Médico

☐ Acompanhante para pacientes assegurados por Lei: Menor de Idade, Idoso ou Deficiente

Justificativa Social: _____

Vilani de Jesus Santos Silva
Assistente Social

CRESS Nº 14288-4º Região
Assinatura e Carimbo da Assistente Social

Data: 09 / 10 / 19

Alma Lucia Moraes Silva
Assistente Social
CRESS 8170 - 4ª Região



EVOLUÇÃO CLÍNICA

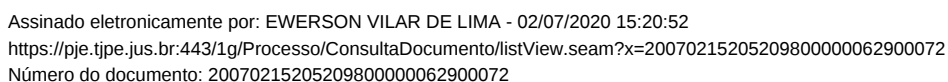
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

CLASSE EXTENSIVA DA SILVA Registro Nº:

Физическая

Leito Nº:

[Handwritten signature]





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO NUTRIÇÃO

NOME DO PACIENTE: Cícera Estelina DATA: 09/10/2019

SETOR: Unid LEITO: — REGISTRO: 346682

HD: FMID

DIETA PRESCRITA: _____

DIETA ADMINISTRADA: _____

VIA: ORAL

CONSISTÊNCIA	CARACTERÍSTICA	SUPLEMENTOS	ACEITAÇÃO
☒ LIVRE	☐ HIPOSSÓDICA	☐ HIPER/HIPER	☒ BOA
☐ BRANDA	☐ HIPOGLICÊMICA	☐ HIPERCALÓRICO	☐ REGULAR
☐ PASTOSA	☐ HIPOLIPÍDICA	☐ HIPERPROTEICO	☐ RUIM
☐ LIQ. PASTOSA	☐ NEFROPATA CONSERVADOR	☐ MÓDULO DE CH	☐ INAPETENTE
☐ LIQ. TOTAL	☐ NEFROPATA EM HD	☐ MÓDULO DE PTN	
☐ LIQ. CLAROS	☐ HIPERPROTEICA	☐ MÓDULO DE LIP	
☐ LIQ. DE PROVA	☐ HIPERCALÓRICA	☐ REGULADOR	
☐ ZERO	☐ ALTA ABSORÇÃO	INTESTINAL	
	☐ CONSTIPANTE		
	☐ LAXANTE		
	☐ SIG		
	☐ SEM GLÚTEN		
	☐ SEM LACTOSE		

VIA: ☐ SNE ☐ SNG ☐ SOG ☐ GTT

VAZÃO	FÓRMULA	INF. NUTRICIONAIS
☐ 20ML/H	☐ POLIMÉRICA ☐ SEM LACTOSE	KCAL: _____
☐ 30ML/H	☐ OLIGOMÉRICA ☐ SEM GLÚTEN	PTN: _____
☐ 40ML/H	☐ AA. LIVRE ☐ SIG	OBS: _____
☐ 50ML/H	☐ HIPERPROTEICA ☐ COM FIBRAS	
☐ 60ML/H	☐ HIPERCALÓRICA ☐ C. GLICÊMICO	
☐ 70ML/H	☐ NORMOCALÓRICA	
☐ 80ML/H	☐ NORMOPROTEICA	
☐ 90 ML/H	☐ IMUNOMODULADORA	

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS:

EVACUAÇÕES	VÔMITOS	DIURESE	SINTOMAS
☒ PRESENTE	☐ PRESENTE	☒ PRESENTE	☐ DISFAGIA
☐ AUSENTE	☒ AUSENTE	☐ AUSENTE	☐ DISTENÇÃO ABD.
☐ DIARREIA	☐ SNG ABERTA:		☐ DOR EPIGÁSTRICA
☐ CONSTIPAÇÃO	DÉBITO _____		☐ ENJÔO
OBS: _____			☐ PIROSE

OBSERVAÇÕES: _____

Segue aos cuidados do serviço de nutrição e dietética.

[Assinatura]
Nutricionista
CRN5- 17994



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital Regional do Agreste

Prescrição Médica e Relatório de Enfermagem

OK

Unidade de Saúde: Cereza Estelina da Silva Obs: Alargue a Dipirona

Nome do Paciente: Cícera Estelina da Silva Enfermagem: Leitor: Registro Nº: 346682

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORA DE APLICAÇÃO DA MEDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO				
				06:00	12:00	18:00	24:00	
08/10/2019		① Difen 750mg 4x24h 12h						
18/11/19		② 800mg 4x24h 12h						
		③ 800mg 4x24h 12h						
		④ Difen 750mg 4x24h 12h						
		⑤ 800mg 4x24h 12h						
		⑥ 800mg 4x24h 12h						
		⑦ 800mg 4x24h 12h						
		⑧ 800mg 4x24h 12h						
		⑨ 800mg 4x24h 12h						
		⑩ 800mg 4x24h 12h						
		⑪ 800mg 4x24h 12h						
		⑫ 800mg 4x24h 12h						
		⑬ 800mg 4x24h 12h						
		⑭ 800mg 4x24h 12h						
		⑮ 800mg 4x24h 12h						
		⑯ 800mg 4x24h 12h						
		⑰ 800mg 4x24h 12h						
		⑱ 800mg 4x24h 12h						
		⑲ 800mg 4x24h 12h						
		⑳ 800mg 4x24h 12h						
		㉑ 800mg 4x24h 12h						
		㉒ 800mg 4x24h 12h						
		㉓ 800mg 4x24h 12h						
		㉔ 800mg 4x24h 12h						
		㉕ 800mg 4x24h 12h						
		㉖ 800mg 4x24h 12h						
		㉗ 800mg 4x24h 12h						
		㉘ 800mg 4x24h 12h						
		㉙ 800mg 4x24h 12h						
		㉚ 800mg 4x24h 12h						
		㉛ 800mg 4x24h 12h						
		㉜ 800mg 4x24h 12h						
		㉝ 800mg 4x24h 12h						
		㉞ 800mg 4x24h 12h						
		㉟ 800mg 4x24h 12h						
		㊱ 800mg 4x24h 12h						
		㊲ 800mg 4x24h 12h						
		㊳ 800mg 4x24h 12h						
		㊴ 800mg 4x24h 12h						
		㊵ 800mg 4x24h 12h						
		㊶ 800mg 4x24h 12h						
		㊷ 800mg 4x24h 12h						
		㊸ 800mg 4x24h 12h						
		㊹ 800mg 4x24h 12h						
		㊺ 800mg 4x24h 12h						
		㊻ 800mg 4x24h 12h						
		㊼ 800mg 4x24h 12h						
		㊽ 800mg 4x24h 12h						
		㊾ 800mg 4x24h 12h						
		㊿ 800mg 4x24h 12h						

Todas as anotações feitas devem ser rubricadas pelo responsável

Data e hora retirada da senha: 08/10/2019 18:31

Nome Paciente:	CICERA ESTELINA DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	28/08/1972
Sexo:	Feminino
Idade:	47
Senha:	U0035
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 08/10/2019 18:32 - 08/10/2019 18:33

MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: ATROPELAMENTO POR MOTO, APRESENTANDO SINAIS DE FRATURA EM MID

Medicamento(s): HAS- DM-

Observação: ALERGICA A DIPIRONA

Fluxograma sintoma: FERIDAS

Discriminador(es): - INFLAMAÇÃO LOCAL?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARILIA CRUZ GOUVEIA CAMARA GUERRA - COREN: 168393 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/10/2019 18:33

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

DECLARAÇÃO

Bezerros - PE, 12 de OUTUBRO de 2019.

Declaro para os devidos fins, que **CICERA ESTELINA DA SILVA**, portadora do RG: **4.650.558** esteve nesta unidade hospitalar, do dia **10/10/2019** até o dia **12/10/2019**, para submeter-se a procedimento cirúrgico ortopédico (fratura de tornozelo direito). Ficando impossibilitada de comparecer às suas atividades laborais


Vanessa Andrade Lima
Enfermeira
COREN - PE 509.692

Vanessa Andrade
Enfermeira
COREN/PE: 509.692





NOME: Alora Estelina da Silva

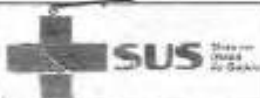
LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: fratura do braço direito CID-10: S82, foi submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia 11, 10, 19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Bezerros, 06, 02, 20.

O médico
Dr. Ewerson Vilar de Lima
06/02/2020





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente CICERA ESTELINA DA SILVA		6 - Número, do Prontuário 33472		
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 708003864508428	8 - Data Nascimento 28/08/1972	9 - Sexo FEMININO 3	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe ESTELINA SEVERINA DA SILVA		12 - Telefone de Contato		
13 - Nome Responsável		14 - Telefone de Contato		
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SÍTIO DOS REMÉDIOS, SN () - ZONA RURAL				
16 - Município de residência BEZERROS		17 - Cod. IBGE município 2601904	18 - UF PE	19 - CEP 55660-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
etc c/ fraturas múltiplas doentes após trauma

21 - Condições que justificam a internação
Q64 EF

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
RX

23 - Diagnóstico inicial <i>FRATURA MALEÓLO D</i>	24 - CID 10 Principais <i>5828</i>	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas <i>04.08.05.049.7</i> <i>04.15.04.003.5</i> <i>04.08.08.007.7</i> <i>04.08.06.044.1</i> <i>04.08.05.012.4</i>
--	---------------------------------------	------------------	--

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado <i>Internamento</i>		28 - Código do procedimento <i>04.08.05.012.4</i>	
29 - Clínica <i>ORT</i>	30 - Caracter de Internação <i>Unifamit</i>	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
33 - Nome do Profissional Solicitante <i>Iron Alves</i>	34 - Data da solicitação <i>10/10/19</i>	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bônus	41 - Série
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa	44 - CBOR
38 - () Acidente de Trabalho trajeto	45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Orgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador		Prefeitura Municipal de Bezerros Secretaria de Saúde NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL 261910547013-5
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)		



HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_05 - LEITO-04
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 562812 Data: 10/10/2019 Hora: 15:43
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recep.: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matricula: 708003864508428
Identidade:
Cartão SUS: 708003864508428

Paciente: 33472 CICERA ESTELINA DA SILVA
Nascimento: 28/08/1972 - 47 Anos e 1 Mês
Endereço: SÍTIO DOS REMEDIOS, SN
Bairro: ZONA RURAL
IBGE/Cidade: 2801904 BEZERROS
Pai: MANOEL MONTEIRO DA SILVA
Mãe: ESTELINA SEVERINA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 88227928404
Identidade: 4650558 SSP PE
Telefone:
G. Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: BEZERROS

CEP: 55660-000
UF: PE

Obs.: SENHA ORT. 830745

Queixa do Paciente:

Iron Alves

fratura Málula direita, após

H.D.A.:

trauma

Exame Físico:

RX

H.D.:

FRATURA MÁLULO D

Tratamento:

Iron Alves

Conferido Com Documento

Original Betinho de

Hospital Jesus Pequeno

24/08/08

Assinatura Social

CRM/PE Nº 4.471

Bezerros, 10 de outubro de 2019

Paciente Necessita de Acompanhante

Nº

Valéria Luciana M. Silva

Assinatura

Assinatura e Carimbo do Médico Iron Alves
CRM-PE 3601



HOSPITAL JESUS PEQUENINO**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)**

Acomodação: ENFER_05 - LEITO-04

Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 562812 Data: 10/10/2019 Hora: 15:43
Convênio: SES - ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepç: SIMONE VITORIA DE SANTANA
Matrícula: 708003864508428
Identidade:
Cartão SUS: 708003864508428

Paciente: 33472 CICERA ESTELINA DA SILVA
Nascimento: 28/08/1972 - 47 Anos e 1 Mês
Endereço: SÍTIO DOS REMÉDIOS, SN
Bairro: ZONA RURAL
IBGE/Cidade: 2601904 BEZERROS
Pai: MANOEL MONTEIRO DA SILVA
Mãe: ESTELINA SEVERINA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

CEP: 55660-000
UF: PE

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 88227928404
Identidade: 4650558 SSP PE
Telefone:
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade: BEZERROS

Recepcionista: _____

Motivo Alta: () Curado (x) Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 12/10/19

Médico: _____

Dr. Iron Alves Silva
Angiologia - Cir. Vascular
TM 2064 CPF: 004379484-04

Assinatura / CRM

Observação**Transferência Hospitalar**

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo:

FRATURA DO MÊDULO HUMERO.

Diagnóstico Secundário: _____

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE
Hospital Jesus Pequeno
Ata Mortuária
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471

Óbito

Data: ____/____/____

Médico: _____

Assinatura / CRM



RELATÓRIO CIRÚRGICO	
NOME DO PACIENTE CICERA ESTELINA DA SILVA	NÚMERO DO REGISTRO 33472
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOSÉ FELIPE GUEDES	
ANESTESIA RAQUIANESTESIA	ANESTESISTA DRA PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 11/10/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO + FLICTENAS EM TORNOZELO DIREITO	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO + FLICTENAS EM TORNOZELO DIREITO	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO + DEBRIDAMENTO DE FLICTENAS EM TORNOZELO DIREITO + NEUROLISE DO SURAL + TENOLISE DOS FIBULARES + REPARO DE LESÃO LIGAMENTAR MEDIAL	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO	
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS 3. DEBRIDAMENTO DE FLICTENAS EM TORNOZELO 4. INCISÃO LATERAL 5. DIVULSAO POR PLANOS 6. NEUROLISE DO SURAL 7. TENOLISE DOS FIBULARES 8. REDUÇÃO DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL 9. FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS 10. INCISÃO MEDIAL 11. REDUÇÃO DE FRATURA DO MALEOLO MEDIAL 12. FIXAÇÃO COM PARAFUSOS 13. REPARO DE LESÃO LIGAMENTAR MEDIAL 14. LAVAGEM COM SF0,9% 15. SUTURA POR PLANOS 16. CURATIVO	

Conferido Com Documento
 Original Betarrios PE
 Hospital Jesus Pequeno
 Ana Amorim
 Assistente Social
 CRESS/PE Nº 4471


Dr. Felipe Guedes
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PE 7491 CREA-PE 21025



FICHA DE ANESTESIA

Nº _____
Data: 11/10/19

NB

Anestesia: Raguardian
Nome: Clema Estelina da Silva Nº do Registro: 39472 Nº. na Clínica: _____
Clínica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 47 Sexo: F Cor: P
Operador: Dr. Felipe Assist.: _____ Anestesista: Dr. F. Vilar
Diag. Preop.: Fratura de humero D Diag. Posop.: mesmo
Op. Proposta: Proteção Op. Realizada: mesmo
Premedicação: MDZ 2 Hora: 13:50 Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
Per 100%

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	
AGENTES	N2O															
	O2															
Líquidos venozos																
PA	120															
V	38															
PULSO	36															
ANES	34															
	32															
OP	30															
O	120															
TEMP	100															
A	80															
ASPIR	60															
A	40															
RESP	20															
O																
Export																
Anest																
Contro																
ECO																
SÍMBOLOS																

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A. Neopaina	125	De pontada, 400 as	<u>Pain 3300</u> <u>Contido Com Drogas</u> <u>Hospital Bezerros PE</u> <u>Hospital Jesus Pequeno</u> <u>Dr. F. Vilar</u> <u>Assistente Social</u> <u>CRESP/PE Nº 4.471</u>
B. Oxiuro	20	De pontada, 400 as	
C. Propofol	1	De pontada, 400 as	
D. Raguardian	10	De pontada, 400 as	
E. Naloxona	4	De pontada, 400 as	
F. Diprivan	2	De pontada, 400 as	
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASOORO FARÍNGEA NASOOROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOL - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
TOTAL		50	
OPERAÇÃO:		Tempo de Anestesia	
ANESTESISTA:		CIRURGIÃO:	PERDA SANGÜÍNEA:





HOSPITAL JESUS PEQUENINHO

COMANDA 527 644

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: P. Pina Estelina da Silva Registro Nº: 33472
Apt.: _____ Enfermaria.: _____ Data: 11/10/19
Cirurgia: Infusão de Malesco Cirurgião: Dr. Felipe
Anestesia: Raquel Anestesista: Dr. Priscila
Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Especificação	Quant.
MEDICAMENTOS		Narcan	
Adrenalina		Neomicina Pomada	
Água Destilada	01 amp	Nipride	
Atropina		Omeprazol	
Bicarbonato de Sódio		Plasil <u>Naupachon</u>	01 amp
Cediladina		Propofol	
Cisatracure		Prostigmine	
Cloreto de Sódio		Quelicin	
Cloreto de Potássio		Rapifen	
Clindamicina		Ranitidina	
Dramin		Revivan	
Dexametazona Pomada		Ringer c/ Lactato	
Decadron	01 amp	Rocefin 1g	
Diazepam		Servofurano	
Dipirona		Sintocinon	
Dimorf 0,1	01 amp	Soro Fisiológico 500 ml	03 amp
Dolantina		Soro Glicosado	
Dormonid		Sylvanor	
Efortil		Sulfato de Magnésio	
Enxoparina 40mg		Tansamin	
Fenergan		Tenoxican	
Fentanil Espinal		Thionembatal	
Fentanil 5ml		Tramal	
Flumazenil		Vitamina K	
Glicose		Voluvem	
Gluconato Cálcio		Xylocaina 2% s/a	
Hidrocortizona 100mg		Xylocaina 1% s/a	
Hidrocortizona 500mg		Xylocaina Geléia	
Ipsilon		Xylocaina Spray	
Keflin	01 unid	Xylocaina Pesada	03 amp
Ketalar		MEDICAMENTOS	
Lasix		Agulha desc. 25x7/40x12/0,45x18	03 unid
Manitol		Agulha de Plaxo	
Marcalina c/a		Agulha Raque 25	01 unid
Marcalina s/a		Algodão Hidrófilo	
Methergin		Algodão Ortopédico	01 pacote
Metronidazol 500mg		Atadura Crepe 10 cm x 15 cm	02 unid

Conferido Com Documento Original
Original Debitado em 11/10/2019
Hospital Jesus Pequenininho
Assinado por: Dr. Priscila
Assistente Social
CRESS/PE Nº 4.471





HOSPITAL
JESUS PEQUENINNO

NOME: Cecilia Estelina de Silva

LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de: Tum. do bímelo (1) CID-10: S92, foi

11, 10, 19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Duvida por disputes de suas atividades
por um período de 90 (noventa) dias.

Bezerros, 11, 10, 19.

Dr. F. S. ...
...
...

