

**EWERSON VILAR &
RENATHA CAVALCANTI**
ADVOCACIA

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: **JOSÉ RAFAEL DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o n.º 147.833.904-79 e RG: 4.693.011 SDS/PE, com endereço no Sítio Embedado nº 264 – zona rural – Vertente do Lério -PE.

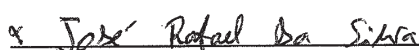
OUTORGADOS: **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 – sala 1510 – Paissandú – Recife – PE – Cep. 52010-075 – Fone: (81) 3445.0715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

SURUBIM-PE, 29 de JULHO de 2020.



JOSÉ RAFAEL DA SILVA - Outorgante/Declarante



**EWERSON VILAR &
RENATHA CAVALCANTI**
ADVOCACIA

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: **JOSÉ RAFAEL DA SILVA**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob o n.º 147.833.904-79 e RG: 4.693.011 SDS/PE, com endereço no Sítio Embededado nº 264 – zona rural – Vertente do Lério -PE.

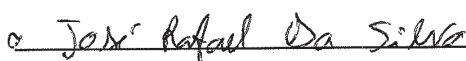
OUTORGADOS: **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 – sala 1510 – Paissandú – Recife – PE – Cep. 52010-075 – Fone: (81) 3445.0715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

SURUBIM-PE, 29 de JULHO de 2020.



JOSÉ RAFAEL DA SILVA - Outorgante/Declarante



SINISTRO 3190689935 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE RAFAEL DA SILVA

COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE SEGURADORA
S/A

BENEFICIÁRIO JOSE RAFAEL DA SILVA

CPF/CNPJ: 14783390479

Posição em 24-12-2019 10:34:36

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
27/12/2019	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

24/12/2019 10:34





BOLETIM DE Ocorrência nº 11/2019

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 CECILIA-PB.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSE RAFAEL DA SILVA, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG Nº 4.693.011 SSP-PB, CPF Nº 147.833.904-79, filho de SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA e de MARIA JADEILDA BARBOSA DA SILVA, residente no sítio ZÉ DE MOURA, zona rural de SANTA CECÍLIA-PB. TEL. 83 981035042.

ACUSADOS: A investigar.

TESTEMUNHAS: a arrolar posteriormente.

HISTÓRICO: Na data e endereço acima citado, o comunicante estava conduzindo 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, 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 contrario a colidir de frente com a referida moto; QUE o comunicante informa que veio a cair ao solo inclusive estava com uma pessoa na posição de carona, MARIA GORETE DA SILVA; QUE relata o comunicante que já caiu ao solo desacordado com o forte impacto das motos; QUE diz o comunicante que alguém ligou para o SAMU, quando o SAMU chegou o comunicante estava acordado mas bastante agoniado sofrendo muitas dores, fora feito os primeiros socorros no local, e levado para o HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE-PB, onde ficou hospitalizado oito dias

COMUNICANTE/VÍTIMA

Jose Rafael da Silva
JOSE RAFAEL DA SILVA

COMISSÁRIO DA CIVIL MOACIR ANTONIO DA SILVA

Moacir Antonio da Silva



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

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

VIA 1 RENAVAM 380138583 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2019

JOSE HELIO DE SALES

OLINDA-PE

CPF/CNPJ 251.824.228-73

PLACA REG9886

PLACA ANT/LP *****/PE

CHASSI 9C2JC4118CR301350

ESPECÍFICO 212 / MOTOCICLETA

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 PAN R3

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP / POT / OIL 12 / 124CL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 1 IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA 1*****

FAKALPVA. 1

PARCELAMENTO / COTAS 2*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 30.11

IOF (R\$) 0.32

PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58

DATA DE PAGAMENTO 19/03/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

OLINDA Helio de Sales

DATA 09/10/19

DETRAN - PE

OPERADOR

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

OLINDA-PE

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 09/10/19

VIA 2 RENAVAM 380138583 CPF/CNPJ 251.824.228-73

PLACA REG9886

CHASSI 9C2JC4118CR301350

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 PAN R3

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CHASSI 9C2JC4118CR301350

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) 35.05

DETRAN (R\$) 4.01

CUSTO DO SEGURO 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO 84.58

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 19/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.243.002/0001-04

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAÍSA		REGISTRO GERAL	4.693.011
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL		DATA DE EXPEDIÇÃO	15/02/2018
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA		NOME	JOSÉ RAFAEL DA SILVA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		FILIAÇÃO	SANTOZINHO CASSIMIRO DA SILVA MARIA JADEILDA BARBOSA DA SILVA
P-122		NATURALIDADE	SURUBIM-PE
		DOC ORIGEM	NASC.N.3160 FLS.40V LIV.A 4 CARTÓRIO SANTA CECILIA-PE
		DATA DE NASCIMENTO	07/03/2001
José Rafael da Silva		CPF	147.833.904-79
CARTEIRA DE IDENTIDADE		A +	





CELPE

NOTA FISCAL - **FATURA** - **CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA**
Companhia Energética de Pernambuco
Av. Juracy Farias, 111 - Boa Vista - Recife - PE - CEP: 51033-904
CNPJ: 08.955.002/0001-08 - INSC. EST. ICMS: 15.9 - WWW.CELPE.PE

DADOS DO CLIENTE
ALIA FALTA ALMA GUEDES

CPE: 029 529 424-80

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
MONOFASICO

TIPO DE CONSUMO - **CONSUMO** - **DATA**
114697637 - UNICA - 03/07/2020

DATA DE EMISSÃO - **DATA DE VENCIMENTO**
03/07/2020 - 2001020756 - 3989912

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
S/EMEBEDADO 364

ZONA RURAL - **VERTENTES DO LERIO RUPA**
VERTENTE DO LERIO PE
56760-000

CONSUMIDÁRIO
1819392028 - 07/2020

DATA DE EMISSÃO
10/07/2020 - 05/08/2020

VALOR
88,04

DESCRIÇÃO DA UNIDADE FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)
107.0000000	0.42883260
107.0000000	0.35814182

Consumo Arrec(Comp)-TUSEC
Consumo Alameda/MT
Consumo Ilum. Publica Municipal
CNS Sub-energia-CELPE 10691762-06/05/20
Edmos ITAPU - 6121.06 LE 10.438/2002



Alcantali-PB



Alcantali-PB

1784772 150 + 19 1749

Edmado

Edmado molo x moto

For Repel de Silva 18
PB 150 St Cecilia

Elma Souza Willyan



**GOVERNO
DA PARAIBA**



**GOVERNO
DA PARAIBA**

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) **JOSE RAFAEL DA SILVA** portador(a) da Identidade RG: **4693011** portador(a) da patologia CID-10 **S623**. Esteve interno (a) neste Hospital no período de **15/07/2019 a 22/07/2019**, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades por um período de **45 dias**, a partir desta data.

CAMPINA GRANDE - PB 22/07/2019

Dr. Wagner Falcão

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM-PB 8643

Médico: **Wagner De Melo Falcao**

AUTORIZAÇÃO

Eu **JOSE RAFAEL DA SILVA**, autorizo o (a) **Dr.(a) Wagner De Melo Falcao**, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado legal.

Assinatura do Paciente ou Responsável Legal





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) N°.1944659 CLASS. DE RISCO V. RIMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Makrinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/07/2019
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 07 Atendente : acolhimento
PACIENTE: JOSE RAFAEL DA SILVA CEP: 58463000 Nascimento: 07/03/2001
Endereço: JOSE DE MOURA Sexo: M Telefone:

Cidade: Santa Cecilia

Nome da Mãe: MARIA JADELDA BARBOSA DA SILVA	Idade: 018	Bairro: CENTRO
RG: 4693011		Nº 0

CPF: 14783390479 Profissão: AGRICULTOR

CNS:70680371928232 Data de Estado Civil: União Estável
Atend:15/07/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO
Hora: 20:10:21
CONVENIO:SUJ

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESAÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Aturção
2. Amputação
3. Anusição
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Entesite subcutâneo
10. Enxameamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hernatoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão Vendimia
25. Luxação
26. Monedadura
27. Movimento torácico paradoxo
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Prestessia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = _____ % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

Politikwissenschaft

10.1.1.148/projehtcg/impreclassi.php?conta=1944659&dataend=2019-07-15&horatend=20:15:32

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Reivente volume de colisão mole-mole com capacidade, porém
muito grande de consequência e remota, trazida para a tiva
aos produtos de uma hil-jacção. Repre dor um moio e
pe abuttes, transactante moio.

A: nice general health & emotional stability B: personality in decline present
ALLERGIA: do + touch unrelated som sensitive nervous.

MEDICAMENTOS:
Fenobarbital
PATOLOGIAS:

EXAME FISICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 1.5 PA HGT: SatO2

C. grupos parciais ciudad, presente e universos maior e pe
E. destrucao em negocio de pronta, de em em
1991. destrucao discreta destrucao maior.

EXAMENES SOLICITADOS:

☐ Laboratoriais
☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia Computadorizada
☐ Ultrassonografia:
☐ Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Urologia / 07 : 1 / 1
Dia

Especialista: BME / A às 10:00 Dia //

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Ferrugem total 200 mg/ml - 1/2 ampola, EM, agitar	10h
2	Hidrocortisona 50mg/ml - 1/2 ampola, EM, agitar	10h
3	Famotidina 40mg/ml - 1/2 ampola, EM, agitar	10h
4	SED SI 1000 - 2. cu	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

ULTRASONOGRAPHIA

Realized on: 1/5

CCF

CD: O $\rightarrow$ selects TC de abstração sem contraste para avaliar (p.e., digas com contrastes)

③ Confine the observation per 10% em área urbana

Dr. Suzana Correia
Cirurgia Oncológica
CRM- 23927

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

Paciente Relata que tudo estava se Acordo
com o Casamento do casamento do Arredimento com
Ciente e Desistido

* EF: GERMENUTO COSTO-CORRUTOS em Região
ferrões, escorregão em Região dasas, lacera-
ção Unificadas Uma de Abito Unificoe. U
Passação de Unific de Genua O554.
* CO: Genua, Ocuatões, USTA DNE
Dia Relação
Classe e 17

Dra. Rebeca Soares
Cirurgia e Traumatologia
Bucodentofacial
RESIDENTE - CRO/FB 6618

SERVIÇOS REALIZADOS:

IDADE



2019

**GOVERNO
DA PARAIBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/07/2019

Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA Idade: 018 Nº ATEND: 1944659

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 15/07/2019 HORA : 20:15:32

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBLOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
sem dor			média dor				pior dor			

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU ALÇANTIL

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

ENFERMEIRO/COREN
2019-07-15 20:15:32



SECRETARIA DE SAUDE DOS FISIAU
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

RECEBIMOS DE

NOME:

João Roberto de Sá

PRONTUÁRIO:

341453

DATA DE NASCIMENTO: 07/03/2001

IDADE:

SEXO:

COR:

PESO:

ALTURA:

CLÍNICA:

ENF:

LEITO:

DADOS CLÍNICOS:

Lesão abdominal
Lentado para avaliação de lesão com seguimento
em UH e UG.

MATERIAL A EXAMINAR:

ULTRASSONOGRAFIA
Realizada em:
19/04/19

EXAME SOLICITADO:

Ulc. abd. total

URGÊNCIA:



ROTINA:



DATA:

19/07/19

HORA DA SOLICITAÇÃO:

Jankei Thiago da S. Peixoto
MÉDICO RESIDENTE

CIRURGIÁ
CRM 9568/PB

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQ E PÉ ESQ

Diagnostico Pós-Operatório: FRATURA EXPOSTA GRAVE DA MÃO ESQ E PÉ ESQ

Cirurgia: TTO CIRURGICO DA FRATURA EXPOSTA DA MÃO E PÉ ESQ

Data da Cirurgia: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: DR BRENO TORRES

Aux 1: DRA. ANA MARIA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesista: DR ALISSON

Tipo de anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL ESQ + PENTABLOQUEIO DO PÉ ESQ

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

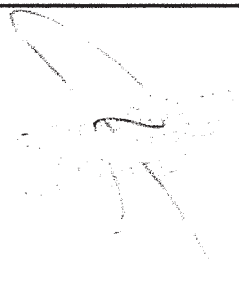
Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação:

- 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- 3- CAMPOS ESTÉREIS
- 4- TTO CIRURGICO DA FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQ (LIMPEZA MECANICO CIRURGICA, DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO PROVISÓRIA COM FIOS DE KIRSCHNER).
- 5- SUTURA E TALA GARRAFA
- 6- AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO DO PÉ, DESBRIDAMENTO E LIMPEZE MECANICO CIRURGICA COM SF 0,9% ABUNDANTE)
- 7- SUTURA
- 8- CURATIVO
- 9- AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL – CONDUZIR LESÃO HEPATICA.

DATA: 06/07/2019



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Jose Rafael da Silva</u> <u>20/04/103/2001</u>						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
	<u>Sala 03</u>	<u>Sus</u>	<u>18 anos</u>	<u>1944659</u>		
CIRURGIA <u>Tto. en. Fratura exposta da mão</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Bruno</u>			
ANESTESIA <u>Blindagem de Rleto</u>			ANESTESIA <u>Dr. Alisson</u>			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM		
		<u>16/04/19</u>	<u>2h40</u>	<u>03:44</u>		

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catel. p/ Oxy.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catel. 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	
	Mercaína % 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.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml		Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel 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	
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Suptanon amp.	Sonda foilley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica			
		Sonda Uretral nº			
		Sterydrem ml			
		Tomeirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Agulha desc. 25x7	Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latase			
	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

☒ Oxímetro de Pulso	☐ Foco Auxiliar
☐ Serra	☐ Eletrocautério
☐ Desfibrilador	☐ Oxiciópiógrafo
☒ Foco Frontal	☒ Cardiomonitor
☐ Fonte de Luz	☒ Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

[Assinatura]

MOD 066

22/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 22/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 03 NOME : Wagner De Melo Falcao



GOVERNO
DA PARAÍBA



LIBERAÇÃO DE LEITO

Nome do Paciente: JOSE RAFAEL DA SILVA

Data da Internação: 15/07/2019

Data da Alta: 22/07/2019

Registro: 1944753

Tempo de Permanência: -18093

Diagnóstico Inicial: RFFP

Diagnóstico Final:

Cirurgia: RFFP

Data: 16/07/2019

Equipe:

Cirurgião: BRENO COUTINHO TORRES

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Orientações: ATB + AINE + RETORNO AMBULATORIAL

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: Alta Administrativa

Data: 22/07/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner De Melo Falcao

OBS: LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! RESPONSÁVEL : Wagner De Melo Falcao

