



Número: **0038146-78.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.412,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70348988	30/10/2020 11:19	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200697

Vítima: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 20/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15832682

Pag. 00725/00726 - carta_01 - INVALIDEZ

00030363





00010950



Pag. 01899/01900 - carta_15P - INVALIDEZ
Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Vítima: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237 Agência: 000002169-5 Conta: 000001000661-9 Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) (1.00)s de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

1 - Nome completo (A3)

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo do representante

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

6 - Nome completo

5 - CPF

7 - Profissão

8 - Endereço

9 - Telefone

10 - Celular (opcional)

11 - Bairro

12 - Cidade

13 - Estado

14 - CEP

15 - E-mail

16 - Data de nascimento

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, que o endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA), é o endereço atual e verdadeiro.

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☐

RECUSO INFORMAR

☐

RS1.001,00 ATÉ RS1.400,00

☐

RS1.500,00 ATÉ RS3.000,00

☐

SEM RENDA

☐

RS1.001,00 ATÉ RS2.500,00

☐

ACIMA DE RS3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒

CONTA POUPANÇA

Contas de poupança são abertas apenas em nome de pessoa física.

☐

CONTA CORRENTE

Em todos os bancos

☒ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

Informe o dígito verificador

Informe o dígito verificador

Informe o dígito verificador

Informe o dígito verificador

Autorizo a transferência de dados cadastrais para o sistema de informações do Seguro DPVAT, bem como a utilização dos dados cadastrais para a emissão de documentos e a cobrança de prêmios e indenizações.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒

Declaro, sob as penas da lei, que a vítima não possui qualquer deficiência física ou mental que a torne incapaz para o trabalho habitual, conforme atestado por laudo médico emitido por médico do IML, para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, conforme art. 12, IV, da Lei nº 24.645/1979.

• Não há IML suscitando o pedido de indenização da vítima residente ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT ou

• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

de indenização. Caso contrário, a vítima não poderá receber a indenização do Seguro DPVAT. A vítima deve ser atendida pelo IML da região do acidente ou da minha residência, conforme art. 12, IV, da Lei nº 24.645/1979. A vítima deve ser atendida pelo IML da região do acidente ou da minha residência, conforme art. 12, IV, da Lei nº 24.645/1979. A vítima deve ser atendida pelo IML da região do acidente ou da minha residência, conforme art. 12, IV, da Lei nº 24.645/1979.

Declaro, sob as penas da lei, que a vítima não possui qualquer deficiência física ou mental que a torne incapaz para o trabalho habitual, conforme atestado por laudo médico emitido por médico do IML, para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, conforme art. 12, IV, da Lei nº 24.645/1979.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viuvo

☐

24 - Data do óbito da vítima

25 - Número da vítima

26 - Nome da vítima

27 - Nome da vítima (opcional)

28 - Nome da vítima (opcional)

29 - Nome da vítima (opcional)

30 - Nome da vítima (opcional)

31 - Nome da vítima (opcional)

32 - Nome da vítima (opcional)

33 - Nome da vítima (opcional)

34 - Nome da vítima (opcional)

35 - Nome da vítima (opcional)

36 - Nome da vítima (opcional)

37 - Nome da vítima (opcional)

38 - Nome da vítima (opcional)

39 - Nome da vítima (opcional)

40 - Nome da vítima (opcional)

41 - Nome da vítima (opcional)

42 - Nome da vítima (opcional)

43 - Nome da vítima (opcional)

44 - Nome da vítima (opcional)

45 - Nome da vítima (opcional)

46 - Nome da vítima (opcional)

47 - Nome da vítima (opcional)

48 - Nome da vítima (opcional)

49 - Nome da vítima (opcional)

50 - Nome da vítima (opcional)

51 - Nome da vítima (opcional)

52 - Nome da vítima (opcional)

53 - Nome da vítima (opcional)

54 - Nome da vítima (opcional)

55 - Nome da vítima (opcional)

56 - Nome da vítima (opcional)

57 - Nome da vítima (opcional)

58 - Nome da vítima (opcional)

59 - Nome da vítima (opcional)

60 - Nome da vítima (opcional)

61 - Nome da vítima (opcional)

62 - Nome da vítima (opcional)

63 - Nome da vítima (opcional)

64 - Nome da vítima (opcional)

65 - Nome da vítima (opcional)

66 - Nome da vítima (opcional)

67 - Nome da vítima (opcional)

68 - Nome da vítima (opcional)

69 - Nome da vítima (opcional)

70 - Nome da vítima (opcional)

71 - Nome da vítima (opcional)

72 - Nome da vítima (opcional)

73 - Nome da vítima (opcional)

74 - Nome da vítima (opcional)

75 - Nome da vítima (opcional)

76 - Nome da vítima (opcional)

77 - Nome da vítima (opcional)

78 - Nome da vítima (opcional)

79 - Nome da vítima (opcional)

80 - Nome da vítima (opcional)

81 - Nome da vítima (opcional)

82 - Nome da vítima (opcional)

83 - Nome da vítima (opcional)

84 - Nome da vítima (opcional)

85 - Nome da vítima (opcional)

86 - Nome da vítima (opcional)

87 - Nome da vítima (opcional)

88 - Nome da vítima (opcional)

89 - Nome da vítima (opcional)

90 - Nome da vítima (opcional)

91 - Nome da vítima (opcional)

92 - Nome da vítima (opcional)

93 - Nome da vítima (opcional)

94 - Nome da vítima (opcional)

95 - Nome da vítima (opcional)

96 - Nome da vítima (opcional)

97 - Nome da vítima (opcional)

98 - Nome da vítima (opcional)

99 - Nome da vítima (opcional)

100 - Nome da vítima (opcional)

101 - Nome da vítima (opcional)

102 - Nome da vítima (opcional)

103 - Nome da vítima (opcional)

104 - Nome da vítima (opcional)

105 - Nome da vítima (opcional)

106 - Nome da vítima (opcional)

107 - Nome da vítima (opcional)

108 - Nome da vítima (opcional)

109 - Nome da vítima (opcional)

110 - Nome da vítima (opcional)

111 - Nome da vítima (opcional)

112 - Nome da vítima (opcional)

113 - Nome da vítima (opcional)

114 - Nome da vítima (opcional)

115 - Nome da vítima (opcional)

116 - Nome da vítima (opcional)

117 - Nome da vítima (opcional)

118 - Nome da vítima (opcional)

119 - Nome da vítima (opcional)

120 - Nome da vítima (opcional)

121 - Nome da vítima (opcional)

122 - Nome da vítima (opcional)

123 - Nome da vítima (opcional)

124 - Nome da vítima (opcional)

125 - Nome da vítima (opcional)

126 - Nome da vítima (opcional)

127 - Nome da vítima (opcional)

128 - Nome da vítima (opcional)

129 - Nome da vítima (opcional)

130 - Nome da vítima (opcional)

131 - Nome da vítima (opcional)

132 - Nome da vítima (opcional)

133 - Nome da vítima (opcional)

134 - Nome da vítima (opcional)

135 - Nome da vítima (opcional)

136 - Nome da vítima (opcional)

137 - Nome da vítima (opcional)

138 - Nome da vítima (opcional)

139 - Nome da vítima (opcional)

140 - Nome da vítima (opcional)

141 - Nome da vítima (opcional)

142 - Nome da vítima (opcional)

143 - Nome da vítima (opcional)

144 - Nome da vítima (opcional)

145 - Nome da vítima (opcional)

146 - Nome da vítima (opcional)

147 - Nome da vítima (opcional)

148 - Nome da vítima (opcional)

149 - Nome da vítima (opcional)

150 - Nome da vítima (opcional)

151 - Nome da vítima (opcional)

152 - Nome da vítima (opcional)

153 - Nome da vítima (opcional)

154 - Nome da vítima (opcional)

155 - Nome da vítima (opcional)

156 - Nome da vítima (opcional)

157 - Nome da vítima (opcional)

158 - Nome da vítima (opcional)

159 - Nome da vítima (opcional)

160 - Nome da vítima (opcional)

161 - Nome da vítima (opcional)

162 - Nome da vítima (opcional)

163 - Nome da vítima (opcional)

164 - Nome da vítima (opcional)

165 - Nome da vítima (opcional)

166 - Nome da vítima (opcional)

167 - Nome da vítima (opcional)

168 - Nome da vítima (opcional)

169 - Nome da vítima (opcional)

170 - Nome da vítima (opcional)

171 - Nome da vítima (opcional)

172 - Nome da vítima (opcional)

173 - Nome da vítima (opcional)

174 - Nome da vítima (opcional)

175 - Nome da vítima (opcional)

176 - Nome da vítima (opcional)

177 - Nome da vítima (opcional)

178 - Nome da vítima (opcional)

179 - Nome da vítima (opcional)

180 - Nome da vítima (opcional)

181 - Nome da vítima (opcional)

182 - Nome da vítima (opcional)

183 - Nome da vítima (opcional)

184 - Nome da vítima (opcional)

185 - Nome da vítima (opcional)

186 - Nome da vítima (opcional)

187 - Nome da vítima (opcional)

188 - Nome da vítima (opcional)

189 - Nome da vítima (opcional)

190 - Nome da vítima (opcional)

191 - Nome da vítima (opcional)

192 - Nome da vítima (opcional)

193 - Nome da vítima (opcional)

194 - Nome da vítima (opcional)

195 - Nome da vítima (opcional)

196 - Nome da vítima (opcional)

197 - Nome da vítima (opcional)

198 - Nome da vítima (opcional)

199 - Nome da vítima (opcional)

200 - Nome da vítima (opcional)

201 - Nome da vítima (opcional)

202 - Nome da vítima (opcional)

203 - Nome da vítima (opcional)

204 - Nome da vítima (opcional)

205 - Nome da vítima (opcional)

206 - Nome da vítima (opcional)

207 - Nome da vítima (opcional)

208 - Nome da vítima (opcional)

209 - Nome da vítima (opcional)

210 - Nome da vítima (opcional)

211 - Nome da vítima (opcional)

212 - Nome da vítima (opcional)

213 - Nome da vítima (opcional)

214 - Nome da vítima (opcional)

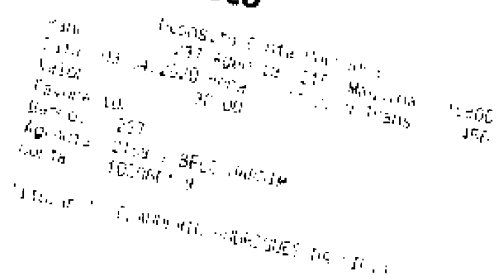
215 - Nome da vítima (opcional)

216 - Nome da vítima (opcional)

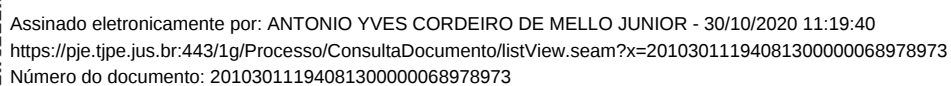
217 - Nome da vítima (opcional)

218 - Nome da vítima (opcional)

219 - Nome da vítima



SECRET





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



Maiores dúvidas acesse: www.pr.gov.br/prfmat



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.pr.gov.br/prfmat
e consulte. Informe o número do protocolo e o CPF do CNH de um
dos envolvidos no acidente. Clique em imprimir.

Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações acesse: www.dpvatseguro.com.br. Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Acesse o site
www.pr.gov.br

Este documento foi gerado eletronicamente por sistema automático, não possui validade jurídica e não substitui o documento original. Para maiores informações acesse: www.pr.gov.br/prfmat.
Este documento foi gerado eletronicamente por sistema automático, não possui validade jurídica e não substitui o documento original. Para maiores informações acesse: www.pr.gov.br/prfmat.
Este documento foi gerado eletronicamente por sistema automático, não possui validade jurídica e não substitui o documento original. Para maiores informações acesse: www.pr.gov.br/prfmat.

191





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

envolvidos que preencher o Termo de Declarações do Envolvido - TDE - e entregue ao condutor de V1 e o condutor de V2 o número do Protocolo da Boletim de Acidente de Trânsito - PRAT. O V1 foi liberado para seu condutor e o V2 foi recolhido ao depósito por estar com o licenciamento vencido.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE

AMARRAÇÃO - COORDENADA CARTESIANA

Traseira V1	0,00	1,00
Luva da marca de frenagem - "Dikes 988" - V1	0,60	1,00
Fim da marca de frenagem - "Dikes 988" - V1	1,70	1,20
Engate V1	0,40	1,00
Roda dianteira - KU15649 - V2	11,80	2,00
Roda traseira - KU15649 - V2	13,60	1,80
Material orgânico - sangue	10,70	3,40

EVENTOS SUCESSIVOS

Colisão frontal

MARCAS NO PAVIMENTO



உயர்த்து

4. *Wiederholung* (Repetition): Wiederholung ist ein zentraler Mechanismus, um Informationen im Gedächtnis zu verankern. Durch wiederholte Exposition gegenüber einem Reiz wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass dieser Reiz im Gedächtnis gespeichert wird. Dies ist ein grundlegender Prozess des Lernen und der Gedächtnisbildung.

191





MINISTERIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 - MREN7/A1FGO 2426 Placa: PDR6988 Nº BOAT: 20003823B01
Nome do Agente: SANDRO MARTINS Matrícula do Agente: 1971441 Data: 20/07/2020

1. Carro com avarias na estrutura lateral (colares) dianteira ou traseira (painel ornamental, soleira ou assento)	M	X
2. Carro com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga ou afetando os componentes de união da base da carroceria com o chassi	M	X
3. Para-choque traseiro danificado	M	X
4. Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão	M	X
5. Avaria em qualquer um dos eixos	M	X
6. Dano em qualquer componente do Sistema de Freios	M	X
7. Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina	M	X
8. Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M	X
9. Chassi com deformação lateral menor ou igual a distância interna entre as longarinas	M	X
10. Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina	G	X
11. Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina	G	X
12. Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G	X
13. Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi	M	X
14. Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M	X
15. Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi	G	X
16. Amagalhamento	M	X

Data de Montagem: Pesquisa



Assinado
eletronicamente

Documento assinado eletronicamente por SANDRO MARTINS, em data de 20/07/2020. Assinatura eletrônica registrada em 20/07/2020, com validade de 10 (dez) anos, conforme Lei nº 13.709, de 13/09/2018. O documento foi publicado em 20/07/2020, às 11:19:40, no sistema de registro de documentos. O documento foi publicado em 20/07/2020, às 11:19:40, no sistema de registro de documentos. O documento foi publicado em 20/07/2020, às 11:19:40, no sistema de registro de documentos.

191





MINISTERIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 20003823801

V1 - Proprietário

Nome: VERDAO DISTRIBUIDORA PORTIERUTI LTDA
Local:
Endereço: VITÓRIA DO SANTO ANTAÇÓ

CPF/CNPJ: 08.858.231/0001-22
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - RICARDO SOARES DE SOUZA

V1C - Informações

Nome: RICARDO SOARES DE SOUZA
CPF: 093.801.374-19
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim

Data de Nascimento: 17/03/1997
Estado civil: Casado(a)
Estado civil do cônjuge:

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
CNH: PE
Observações CNH: 14

Primeira habilitação: 25/03/2009
Vencimento da habilitação: 13/07/2022

Nº Registro: 045.880.374,
Motorista profissional: Sim

V1C - Alterações da Capacidade Motora

É possível realizar teste do etilometria: Sim
Visões vinhas do embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg

Condutor voluntário e realizou o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA COMERCIAL AUGUSTO LUIZ DO CARMO, 248, CASA PAIÁ VITÓRIA DO SANTO ANTAÇÓ,
PE

Telefone:

E-mail:

V1C - IMAGENS COMPLEMENTARES



Assinado
em 30/10/2022

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, em 30/10/2022 11:19:40
CPF: 093.801.374-19, em 30/10/2022 11:19:40, no sistema de Assinatura Eletrônica do Ministério da Justiça e
Segurança Pública, sob o protocolo 20103011194081300000068978973, em 30/10/2022 11:19:40.
O documento foi assinado em 30/10/2022 11:19:40, no sistema de Assinatura Eletrônica do Ministério da Justiça e
Segurança Pública, sob o protocolo 20103011194081300000068978973, em 30/10/2022 11:19:40.
O documento foi assinado em 30/10/2022 11:19:40, no sistema de Assinatura Eletrônica do Ministério da Justiça e
Segurança Pública, sob o protocolo 20103011194081300000068978973, em 30/10/2022 11:19:40.

191





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V2 - VEICULO 2 - KIU5649 - MOTOCICLETA

V2 - Informações

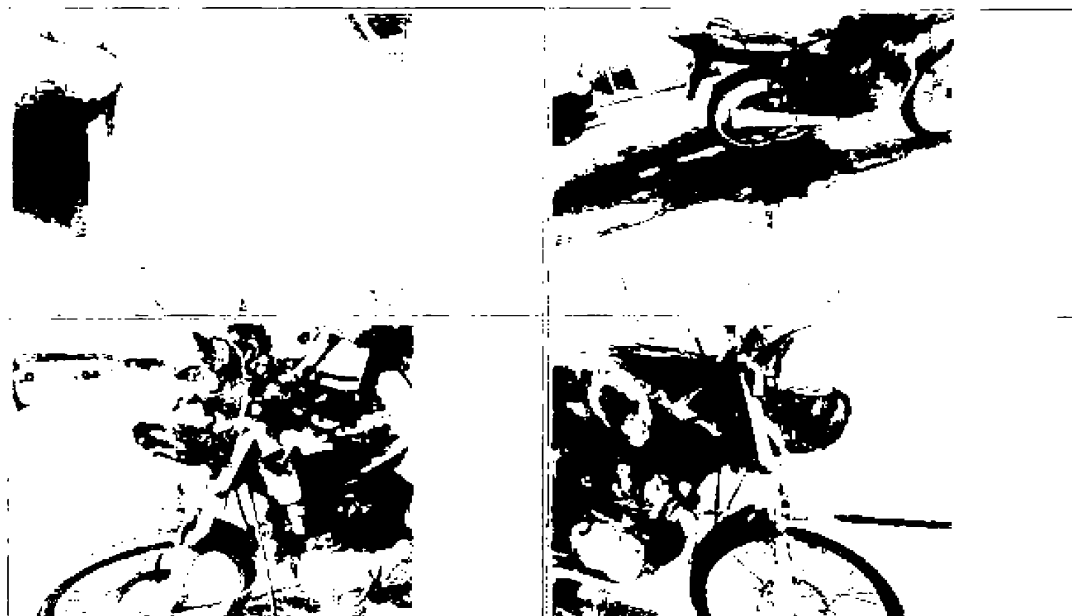
Matr. K 05649 Marca/Modelo: HONDA CG 125 FAN
 ano/fabricao: 2002 chassis: 90-210-0078R1-0018
 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
 Manobra no momento do acidente: Ultrapassando

Receivamos: 009/05/8967-BL
 Tipo de documento: Material Digital
 Data: 12/07/2012

V2 - Encaminhamento

Modelo: Trail	Tipos de Rodagem: Trail	Capacidade: 125 kg
Informações complementares: Motorcycle com o licenciamento version		

V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Q1: 2014.10.10

Information on the authors can be found at <http://www.elsevier.com/locate/jbiotec>.
 Corresponding author. Tel.: +34 938 843000; fax: +34 938 843001; e-mail: carlos.garcia@upel.es.
 © 2005 Elsevier B.V. All rights reserved.

191





BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

V4 Cule V2 / HONDA/CG 125 FAN

Plaza # 6115649

NR BOAT 20093873801

Nome do Agente: SANDRO MARTINS

MacLeod and Adams 1994

Ena 20.31.2626

- | | |
|---|---|
| 1. Garfo dianteiro | x |
| 2. Mesa superior da suspensão dianteira | x |
| 3. Mesa inferior da suspensão dianteira | x |
| 4. Caixa de direção | x |
| 5. Tampa | x |
| 6. Garfo traseiro | x |
| 7. Eixo traseiro (Mozdosi) | x |

Largo de Monte Media

V2 - Imagens Obrigatórias

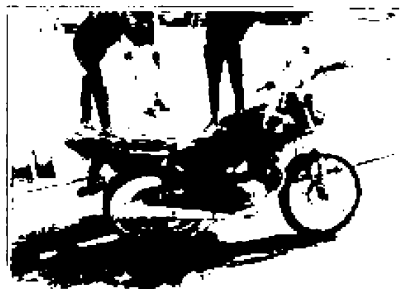


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Abstract

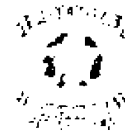
© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 239–246
 Received 12 November 2003; accepted 12 February 2004
 Correspondence: Dr M. J. Griffin, Department of Medicine, University of Cambridge, Addenbrookes Hospital, 100 Brookings Drive, Cambridge CB2 2RQ, UK.
 E-mail: m.j.griffin@cam.ac.uk
 © 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 239–246

191





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO
PROTOCOLO Nº 20003823B01

V2 - Proprietário

Nome: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CPF: 012.488.164-14

Endereço: BELLO JARDIM-PE

CPF-CNPJ: 012.488.164-14

Endereço:

V2C - CONDUTOR DE V2: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

V2C - Informações

Nome: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CPF: 012.488.164-14

Sexo: Masculino

Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 07/05/1987

Estado civil: Solteiro(a)

Estado civil: Outros Casado

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria:

PR

Primeira habilitação:

Renovimento da habilitação:

Válida para:

Motorista profissional: Não

Observações: UNH

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do dinamômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Sim

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: Rua Francisco Manoel Araújo, 22 - Jipe - Floresta - BELLO JARDIM-PE

Telefone:

E-mail:

V2C - Encaminhamento

Motivo: Acidente de trânsito

Episódio Reportado ao Boletim de Embriaguez:

Informações complementares: Transferido a JPA em Bello Jardim-PE

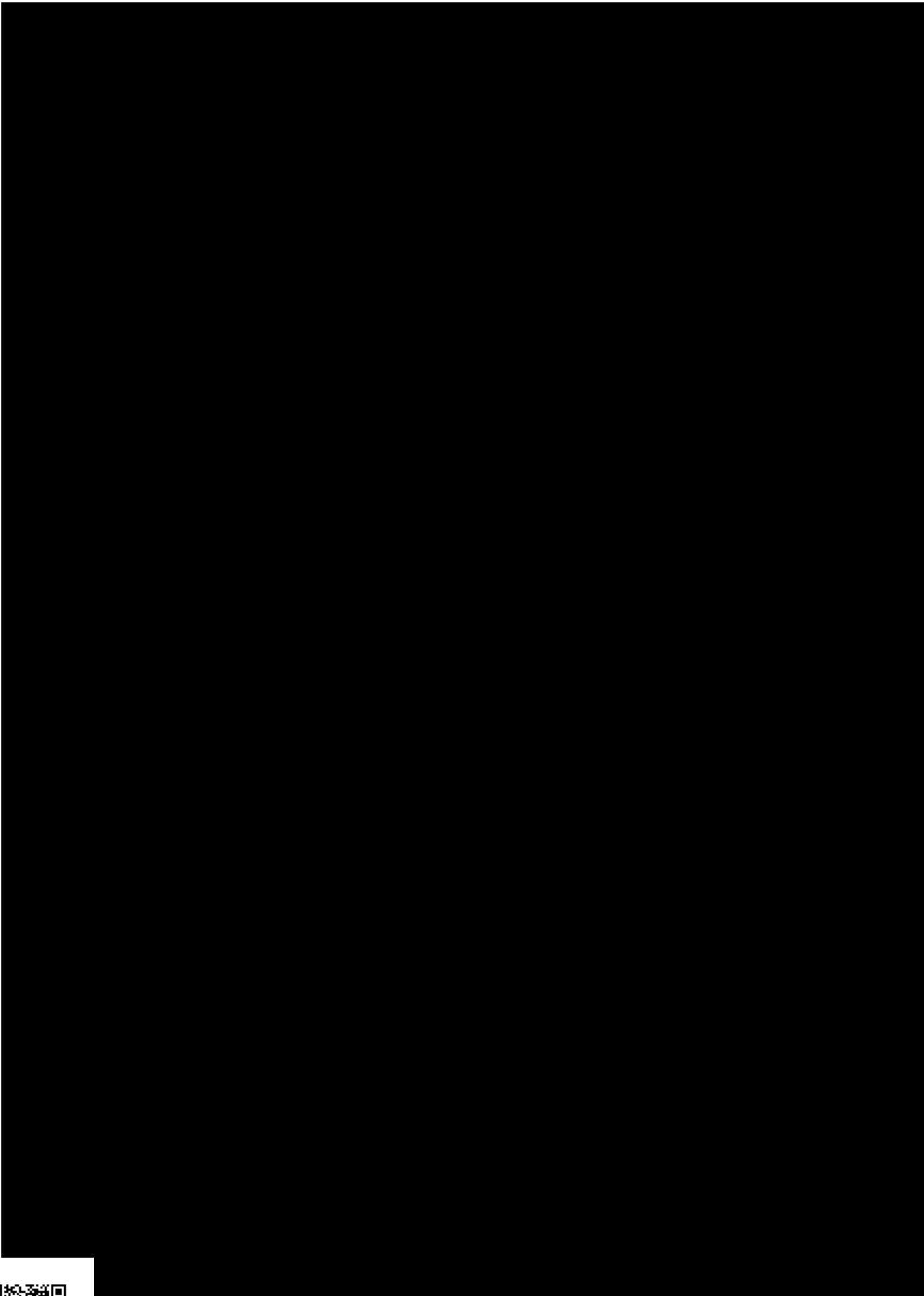


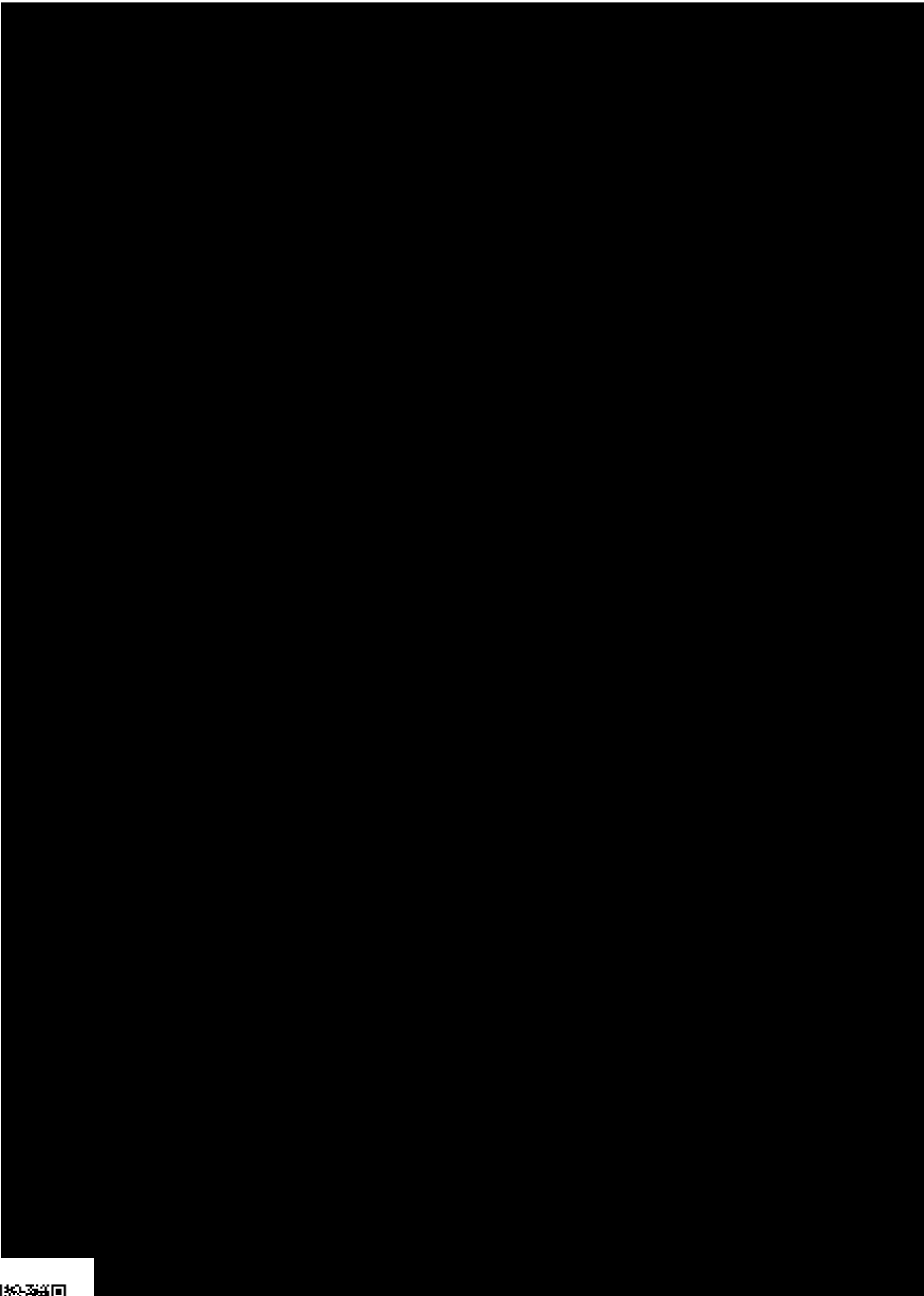
Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:19:40

Este documento é uma cópia autêntica do documento original, assinado eletronicamente por ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR, em 30/10/2020 11:19:40. O documento original encontra-se no sistema de arquivamento eletrônico do Ministério da Justiça e Segurança Pública, sob o número 20103011194081300000068978973. O documento original pode ser consultado no endereço eletrônico: <https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011194081300000068978973>. A autenticidade do documento pode ser verificada no endereço eletrônico: <https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011194081300000068978973>.

191









PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) (1.00)s de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

1 - Nome completo (A-Z)

3 - CPF da vítima

4 - Nome completo do representante

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

6 - Nome completo

5 - CPF

7 - Profissão

8 - Endereço

9 - Telefone

10 - Celular (opcional)

11 - Bairro

12 - Cidade

13 - Estado

14 - CEP

15 - E-mail

16 - Data de nascimento

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR)

17 - Nome completo do Representante Legal

18 - CPF do Representante Legal

19 - Profissão do Representante Legal

Declaro, para todos os fins de direito, que o endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA), é o endereço atualizado e correto.

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA

☐

RECUSO INFORMAR

☐

RS1.001,00 ATÉ RS1.400,00

☐

RS1.500,00 ATÉ R\$3.000,00

☐

SEM RENDA

☐

RS1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$3.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒

CONTA POUPANÇA

Contas de poupança são aquelas destinadas ao longo prazo.

☒ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐

CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(informe o dígito verificador)

(informe o dígito verificador)

(informe o dígito verificador)

(informe o dígito verificador)

Autorizo a transferência de dados para fins de análise de risco e emissão de relatório de crédito, bem como a utilização de dados pessoais para fins de marketing e outras atividades comerciais, desde que não haja oposição expressa por escrito.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, conforme artigo 12 da Lei nº 12.129/2009.

• Não houve ML suscitando a necessidade de laudo da minha residência ou

• O ML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT ou

• O ML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias para fins do Seguro DPVAT com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, conforme artigo 12 da Lei nº 12.129/2009.

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT, conforme artigo 12 da Lei nº 12.129/2009.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorçado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viuvo

☐

24 - Data do óbito da vítima

25 - Estado da vítima

26 - Vítima possui algum tipo de deficiência?

☐

Sim

☐

Não

☐

27 - Se a vítima deixou algum tipo de herança, informe o nome completo

28 - Nome da vítima

☐

Sim

☐

Não

29 - Se for filho, informe o nome da vítima

☐

Sim

☐

Não

30 - Vítima deixou herança?

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima deixou herança?

☐

Sim

☐

Não

32 - Se for filho, informe o nome da vítima

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou herança?

☐

Sim

☐

Não

Estou ciente de que a Seguradora não pagará o valor devido se a vítima não for a única beneficiária do Seguro DPVAT, conforme artigo 12 da Lei nº 12.129/2009.

34

35 - Nome legível do que assinou a declaração

36 - CPF legível de quem assinou a declaração

37 - Assinatura de quem assinou a declaração

38 - 1ª Nome

CPF

39 - 2ª Nome

CPF

Assinatura do testemunha

Assinatura do testemunha

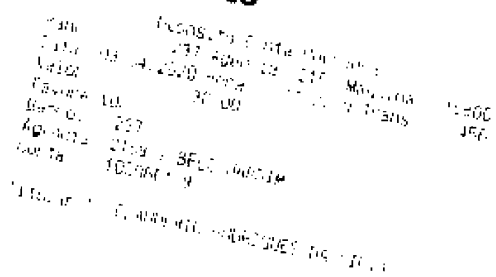
TESTEMUNHAS

38 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

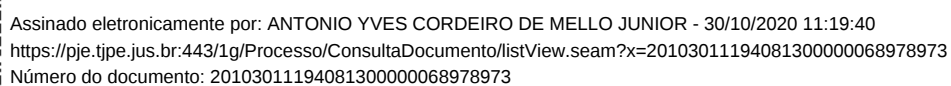
40 - Assinatura do representante legal (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

SEU Nº: 1.002.0000



SECRET



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200200697

Cidade: Belo Jardim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Data do acidente: 20/01/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PARASSÍNFISE DA MANDÍBULA À ESQUERDA. P3
FRATURA BARTON VOLAR DO RÁDIO ESQUERDO. P4
FRATURA EXPOSTA DISTAL DO FÊMUR DIREITO. P4
FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA. P4

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE. P13/18/20/22
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS, DO PUNHO ESQUERDO, DO JOELHO DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRANIOFACIAIS, MODERADO DO PUNHO ESQUERDO E DO JOELHO DIREITO E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas cranio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02169-5

CONTA: 000001000661-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1006202005000000000023702169000001000661708750 PAGO



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111 - BOA VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CER 50053-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 8055840-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao cliente audiotivo ou de fax: 0800 261 0142

Ouvidoria 0800 262 5559

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-3167 | Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
JOSEFA MARIA DA SILVA		16/04/2020	08/04/2020	001676306036
CPI: 036 426 344 47		TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
		99,73	08/04/2020	2001224941
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA		NUMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO	
RUA FRANCISCO MOURA ARRAS 22		103626567	000259401	
FLORESTA BELA VISTA 55156-110 BELA VISTA/PE		CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL	
			Monofásico	
RESERVAÇÃO AO FISCO		A4B2SE2570CF6.F23A.FE6589FC.20ED00FE		

Atenção: A conta de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram disponibilizados para consulta em nosso site (www.celpe.com.br).

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (WH) T-501	111,00	0,4329956	48,06
Consumo Ativo (WH) T-5	111,00	0,36417065	40,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,55
ICMS Subvenção COE NF 091906136-10/01/20			0,64
ICMS Subvenção COE NF 091717213-07/02/20			0,47
Multa por atraso NF 095717213-07/02/20			1,12
Juros por atraso NF 095717213-07/02/20			0,67
PROTEÇÃO (MANTENÇÃO) 1412/09/01/0001/031/REU			1,20
TOTAL DA FATURA			99,73

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	
ICMS	COTINS
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPÓSTO
PAIS 25,00	22,50
VALOR DO IMPÓSTO	BASE DE CÁLCULO
88,48	1,10
VALOR DO IMPÓSTO	BASE DE CÁLCULO
0,97	88,48
VALOR DO IMPÓSTO	BASE DE CÁLCULO
0,47	0,47

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NUMERO DA MEDIÇÃO	PERÍODO DE CONTAGEM	ANTERIOR	POSTERIOR	VARIAÇÃO	CONSTANTE	ALÍQUOTA	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO	VALOR DO CONSUMO
0000000001/000001	04/2020	03/2020	04/2020	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001

DATA PREVISTA PARA A PROXIMA FATURA: 05/05/20

FILTRAGEM E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONDIÇÃO	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM
01 - Abandono sem Energia	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001
02 - Abandono sem Energia	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001
03 - Abandono sem Energia	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001
04 - Abandono sem Energia	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001
05 - Abandono sem Energia	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001	0000000001/000001

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais próximo de você (loja, av. credenciado para o sistema de coleta) - www.celpe.com.br

Na data da leitura a bandeira em vigor é a verde. Mais informações em: www.aneel.gov.br

Unidade de Medição (U.M.) sob supervisão COE, conforme Decreto Estadual 20.454/11

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento

Pago em atraso para multa 2% (Resolução ANEEL 1412/09/01/0001/031/REU) e atualização monetária no próximo mês

O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido na Lei 10.438/02 e atualização monetária no próximo mês

Em caso de suspensão de fornecimento, o cancelamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cancelado o contrato de fornecimento por não pagamento de qualquer parcela de faturamento

O consumidor pode cancelar o contrato de fornecimento de qualquer forma na fatura a qualquer tempo - Art. 1º, inciso III, Lei 10.438/02

Consumidor: Saiba como proteger você e sua família. Acesso: saude.gov.br/consumidor

NÍVEL DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	230
230	240

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001676306036	04/2020	99,73	16/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111 - BOA VISTA
RECIFE - PERNAMBUCO
CER 50053-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 8055840-93



CELPE

www.celpe.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao cliente audiotivo ou de fax: 0800 261 0142

Ouvidoria 0800 262 5559

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado

de Pernambuco-ARPE: 0800-727-3167 | Ligação Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
JOSEFA MARIA DA SILVA	16/04/2020	08/04/2020	001676306036
CPI: 036 426 344 47	TOTAL A PAGAR R\$:	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
	99,73	08/04/2020	2001224941
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	CLASSIFICAÇÃO	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO
RUA FRANCISCO MOURA ARRAS 22	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL	103626567	000259401
FLORESTA BELA LARDEM 55156-110 BELA LARDEM PE	RESERVAÇÃO AO FISCO		
	A4B2SE2570CF6.F23A.FE6589FC.20ED00FE		

Ao consumidor gerada de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram a disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR R\$
Consumo Ativo (WH) T-501	111,00	0 43299956	48,06
Consumo Ativo (WH) T-TE	111,00	0 36417065	40,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal			5,55
ICMS Subvenção COE NF 091906136-10/01/20			0,64
ICMS Subvenção COE NF 091717213-07/02/20			0,47
Multa por atraso NF 095717213-07/02/20			1,12
Juros por atraso NF 095717213-07/02/20			0,67
PROTEÇÃO (MANTENÇÃO) 1412 0901 0000 031 0000			1,20
TOTAL DA FATURA			99,73
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
ICMS	TAXA PIS	TAXA COFINS	
BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPOSTO
99,73	23,72	88,48	1,70
		0,97	0,97
		88,48	4,39
			4,47

Este documento NÃO constitui recibo, nem documento de depósito em garantia, nem documento de entrega de bens ou serviços. O fornecedor não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido deste documento. O fornecedor não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido deste documento. O fornecedor não se responsabiliza por danos ou prejuízos decorrentes do uso indevido deste documento.

Tarifas Aplicadas	PERÍODO DO CONSUMO	VALOR
Consumo Ativo (WH) T-501	08/04/2020	48,06
Consumo Ativo (WH) T-TE	08/04/2020	40,42
Contrib. Ilum. Pública Municipal	08/04/2020	5,55
ICMS Subvenção COE NF 091906136-10/01/20	08/04/2020	0,64
ICMS Subvenção COE NF 091717213-07/02/20	08/04/2020	0,47
Multa por atraso NF 095717213-07/02/20	08/04/2020	1,12
Juros por atraso NF 095717213-07/02/20	08/04/2020	0,67
PROTEÇÃO (MANTENÇÃO) 1412 0901 0000 031 0000	08/04/2020	1,20

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	PERÍODO DE CONSUMO	ANTERIOR	POSTERIOR	VARIAÇÃO	CONSTANTE	ALÍQUOTA	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO	VALOR DO IMPOSTO
00000000000000000000	04/2020	03/2020	04/2020	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA FATURA: 05/05/20

FILTRAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	CA (HRS)	MTA (HRS)	MTA (HRS)	MTA (HRS)
01 - Abandono sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
02 - Abandono com Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
03 - Abandono sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
04 - Abandono com Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
05 - Abandono sem Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
06 - Abandono com Energia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais próximo de você encontrar o vendedor para a compra de 01 unidade - vendendo um e levando um - para mais 32 contatos. Lista completa em www.celpe.com.br.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Unidade de MS sobre subvenção COE, conforme Decreto Estadual 20.454/11.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagos em atraso para multa 2% (Resolução ANEEL 414/2010) e atualização monetária no próximo mês.
O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido na prática de atendimento ao cliente.
Em caso de suspensão de fornecimento, o cancelamento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento, podendo também ser cancelado o contrato de fornecimento por não em que a suspensão é suspensa.
O consumidor pode cancelar o contrato de fornecimento de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art. 1º, REN 581/15.
Consumidor: Saiba como proteger você e sua família. Acesso: saude.gov.br/consumidor.

NÍVEL DE TENSÃO	
TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	203 - 237

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR R\$	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
001676306036	04/2020	99,73	16/04/2020	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.





Estrada do Encanamento, 51 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-6554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 062643

2ª Via Cliente

Hospital: UFPA Convênio: 12 Cidade: Belém

Nome do Paciente: Dr. Raimundo Data da Cirurgia: 14/04/20

Médico: Dr. Raimundo Membro Operado: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
<u>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.</u>		<u>10</u>	
<u>1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.</u>			

Dr. Raimundo Gonçalves
Membro Operado
Ortopedia / Traumatologia
CRM 10.760

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

20 ABR 2020
PROTÓCOLO

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

Nº 062643



CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
07/05/1981
ID 353004
Male
38 Years

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Mandíbula - 3 vistas
Ac. Nb. 324886
Acq. 27/01/2020
Acq.: 14:47:41

10 cm



AP DIR

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 14.94%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (3020x2400)

Series Nb: 5
AP Axial



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Wesleyson Rodrigues de Almeida

Prontuário: 30.5219

Data: 2 / 10 / 2020

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Exatoma da mandíbula esquerda mandibular (E)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Atende no Ambulatório de Egressos da HRA

em 11/10/2020 às 11:00 horas em atendimento

TRATAMENTO REALIZADO:

Exatoma da mandíbula esquerda mandibular

Alta Hospitalar: Data: ____/____/____

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM



HRA

L35

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

PRONTUÁRIO: 353004

DATA DE ENTRADA: 20/01/2020

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE BARTON NO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO + FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS COORDENADORES DO SERVIÇO. ORIENTADO ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE MÃO COM DR. FELIPE LESSA, COM RETORNO EM 30 DIAS. ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADAS AO PACIENTE E ACOMPANHANTE. MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ RETORNO AMBULATORIAL.

TRATAMENTO REALIZADO:

- 1- RAFI DA FRATURA DE BARTON COM PLACA VOLAR EM RÁDIO ESQUERDO
- 2- RAFI DA FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO COM PLACA LISS
- 3- OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR

ALTA HOSPITALAR: 28/03/2020

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

[Assinatura manuscrita]
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
20/03/2020

ASS: DO MÉDICO RESIDENTE



SUS
União de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)** **Folha 1/2**

Identificação do Estabelecimento de Saúde
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

ACESSO DE EMERGÊNCIA (MENSAGEM) NÃO

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

DATA DE NASCIMENTO DO PACIENTE

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

DATA DE ADMISSÃO

NOME DA MÃE

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

TELEFONE DE CONTATO

TELEFONE DE CONTATO

CIÓDIGO DE BARRAS

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

20.1 - JUSTIFICATIVA DA MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

20.2 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20.3 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO DE MUDANÇA

20.4 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO DE MUDANÇA

20.5 - DATA DE MUDANÇA

20.6 - DATA DE MUDANÇA

20.7 - DATA DE MUDANÇA

20.8 - DATA DE MUDANÇA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

40.1 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.2 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.3 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.4 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.5 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.6 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.7 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.8 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.9 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.10 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.11 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.12 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.13 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.14 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.16 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42.1 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42.2 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42.3 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42.4 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42.5 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42.6 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

43.1 - CÓDIGO DE SEÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

43.2 - CÓDIGO DE SEÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

43.3 - CÓDIGO DE SEÇÃO DE AUTORIZAÇÃO





Ortomédica
COMERCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

REC-333004

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 062830

2ª Via Cliente

Hospital: _____ Convênio: _____ Cidade: _____

Nome do Paciente: _____ Data da Cirurgia: _____

Médico: _____ Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT	LOTE
1. Parafuso de haste 1/2" x 12"		02	
2. Parafuso de haste 1/2" x 12"			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

Cx - 180

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____





Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3269-8554 / 3441-6968 Fax: (81) 3269-6781

RG: 353004

CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA
(RQ-06)

Nº 063429

2ª Via Cliente

Hospital: HRA Convênio: TAC Cidade: CAMARU
Nome do Paciente: CLAUDE MIR RODRIGUES DA SILVA Data da Cirurgia: 02 03 20
Médico: LUIZ ANTONIO Membro Operado: FÊMUR DO

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
PLACA BLOQUEADA NYPLATE		01	
EF: 2511149-0			
PARAFUSO BLOQUEADO		09	
EF: 141511-6			
CONECTOR OSSEO		01	
EF: 167808-6			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	AP-91		
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS CANULADOS	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

RODRIGUES RODRIGUES DA SILVA
03204631114996070582
José Maria da Silva

353004

947355136

Francisco Gomes Junior, n.º 22 - Floresta
PE 55153220

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença de mão e pé com lesões nos
dedos e pés, com dor intensa,
devido a lesão da artéria

Condições que justifiquem a internação

Tr. Limburgo

Exatidão dos resultados de exames diagnósticos

Exatidão dos resultados de exames diagnósticos
Exatidão dos resultados de exames diagnósticos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tr. Limburgo

Exatidão dos resultados de exames diagnósticos
Exatidão dos resultados de exames diagnósticos

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 1. ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 2. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 3. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 4. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 5. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 6. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 7. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 8. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 9. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 10. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 11. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 12. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 13. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 14. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 15. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 16. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 17. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 18. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 19. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 20. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 21. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 22. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 23. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 24. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 25. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 26. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 27. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 28. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 29. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 30. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 31. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 32. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 33. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 34. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 35. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 36. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 37. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 38. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 39. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 40. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 41. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 42. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 43. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 44. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 45. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 46. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 47. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 48. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 49. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 50. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 51. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 52. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 53. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 54. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 55. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 56. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 57. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 58. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 59. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 60. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 61. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 62. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 63. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 64. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 65. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 66. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 67. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 68. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 69. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 70. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 71. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 72. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 73. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 74. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 75. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 76. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 77. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 78. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 79. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 80. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 81. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 82. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 83. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 84. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 85. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 86. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 87. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 88. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 89. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 90. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 91. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 92. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 93. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 94. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 95. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 96. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 97. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 98. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 99. ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO
- 100. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

AUTORIZAÇÃO

Exatidão dos resultados de exames diagnósticos
Exatidão dos resultados de exames diagnósticos

262010390690-4

SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Waldemir Rodrigues da Silva

203204651119996070581

João Carlos da Silva

353004

937332186

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Lesão Fratura de fêmur direito n.º 32 - Fechada

Belo prelo

DE 55258410

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Instabilidade óssea em mandíbula

Exatidão

Exatidão - Exatidão

Fratura de mandíbula

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção cirúrgica de fratura de mandíbula

040402500

018431804

ALVARO BRUNO 27 01 2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

ACIDENTE TRABALHO TRAVEJO

AUTORIZAÇÃO

262010390694.8





Sistema
Unico de
Saúde

Ministerio
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Cláudio Antonio de Silva

DATA DO NASCIMENTO

7 0 3 2 0 4 6 5 1 1 3 9 9 0

SEXO

masculino

ENDEREÇO DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Ex comorbidade com doença crônica e
doença aguda*

ENDEREÇO DO PACIENTE

Novo Horizonte

ENDEREÇO DO PACIENTE

Av. ...

ENDEREÇO DO PACIENTE

Ex ...

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ex ...

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

Ex ...

Ex ...

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

CAUSAS EXTERNAS

CAUSAS EXTERNAS

36 - ACIDENTE DE TRANSITO

37 - ACIDENTE TRABALHISTICO

38 - ACIDENTE TRABALHISTICO

39 - ACIDENTE TRABALHISTICO

40 - ACIDENTE TRABALHISTICO

41 - ACIDENTE TRABALHISTICO

42 - ACIDENTE TRABALHISTICO

43 - ACIDENTE TRABALHISTICO

44 - ACIDENTE TRABALHISTICO

45 - ACIDENTE TRABALHISTICO

AUTORIZAÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO

DATA DA AUTORIZAÇÃO



**SUS**Sistema
Unico de
Saude
Ministerio
da
Saude**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - DADOS

2 4 2 7 4 1 9

4 - DADOS

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Alfredo Rodrigues Silva

6 - ENDEREÇO DO PACIENTE

21013-204-6511-191906

7 - NOME DO PAI

João Maria de Sá

8 - NOME DO RESPONSÁVEL

João Maria de Sá

9 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

João Maria de Sá

10 - NOME DO ESTABELECIMENTO

João Maria de Sá**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

11 - EXATOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Infecção da corrente sanguínea

12 - EXATOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

13 - EXATOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

14 - EXATOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Infecção da corrente sanguínea**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

15 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Infecção da corrente sanguínea

16 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

Infecção da corrente sanguínea

17 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Infecção da corrente sanguínea**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

18 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	19 - ACIDENTE DE TRABALHO	20 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	21 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	22 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	23 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	24 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	25 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	26 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	27 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	28 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	29 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	30 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	31 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	32 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	40 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	41 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	42 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	43 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	44 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	45 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	46 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	47 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	48 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	49 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	50 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	51 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	52 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	53 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	54 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	55 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	56 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	57 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	58 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	59 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	60 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	61 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	62 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	63 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	64 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	65 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	66 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	67 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	68 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	69 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	70 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	71 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	72 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	73 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	74 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	75 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	76 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	77 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	78 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	79 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	80 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	81 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	82 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	83 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	84 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	85 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	86 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	87 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	88 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	89 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	90 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	91 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	92 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	93 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	94 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	95 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	96 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	97 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	98 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	99 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	100 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------

AUTORIZAÇÃO

1 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Alfredo Lourenço

2 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Alfredo Lourenço

3 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Alfredo Lourenço



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Exame físico realizado em 30/10/2020 às 17h30min. Paciente em boas condições gerais, sem alterações significativas. Exame de urina: normal. Exame de sangue: normal. Exame de fezes: normal. Exame de imagem: normal.

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: *Dr. Alexandre* RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: *Dr. Alexandre* RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: *Exame de urina*

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: _____ Hora: _____ Medico: _____ CRM: _____

30/10/2020 17:52:09

2 de 2

Usuario do Atendimento
REJANESS



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro:

Clinica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. MAURICIO PAES

1º Assistente: DR. MARCOS GONÇALVES R1

2º Assistente

Instrumentador: SUELLEN + JAILSON

Anestesista:

Anestesia: GERAL

Duração:

Data da Operação: 21/01/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIAFISARIA

Diagnóstico Pós-operatório: A MESMA

Operação Proposta: CONTROLE DE DANOS

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISUALIZADO LESÃO EM JOELHO DIREITO
4. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO EM MID
6. VISUALIZADO LESÃO EM TIBIA ESQUERDA
7. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
8. INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO EM FORMATO LINEAR EM TIBIA E
9. LAVAGEM COM SF 0,9%
10. SUTURA DE FERIMENTO PARA APROXIMAÇÃO DAS BORDAS
11. CURATIVO
12. VISUALIZADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM AMBOS OS MEMBROS APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
13. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Assinado eletronicamente por:
Mauricio Paes
Data: 21/01/2020
Hora: 11:19



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro:

Clínica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. LUIZ ANTONIO

1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R1

2º Assistente:

Instrumentador: GUSTAVO

Anestesista:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

Duração:

Data da Operação: 10/02/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TIBIA E

agnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: OSTEOSINTESE DE FRATURA DE TIBIA E

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS
3. INCISÃO ANTEROMEDIAL AO JOELHO E + INTRODUZIDO INICIADOR SOB FLUOROSCOPIA
4. PASSAGEM DE FIO GUIA + FRESAGEM DO CANAL MEDULAR + INSTALAÇÃO DE HASTE COM BLOQUEIOS PROXIMAIS E DISTAIS
5. LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9%
6. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0
7. CURATIVO
8. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA



HRA

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - STS

EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE COMPLETO

Antonio Frederico do Silva

NOME DA MÃE

Dona Yvelina da Silva

NÚMERO DO CARTÃO SUS

40320465 1139990

ENDEREÇO

R. Francisco de Assis, 2 - Alto

DATA DE NASC.

07/05/1981

IDADE SEXO

34 M

PESO R G

60,6 1,70

MUNICÍPIO

Belo Jardim

CONVÊNIO

MATRÍCULA SENHA VALIDADE CARTEIRA

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL

HRA

MUNICÍPIO

FONE/RAMAL

LEITO

Nº REGISTRO

3 - DIAGNÓSTICO**4 - HISTÓRICO TRANSFUSIONAL**

PRÉ-EXISTENTE TRANSFUSIONAL NÃO SIM NÃO OUTROS

RELAÇÃO TRANSFUSIONAL NÃO SIM NÃO

DATA

TRANSFUSÃO PREVIAMENTE NÃO SIM (QUAIS REAÇÕES?)

5 - HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS EM UNIDADE OU VOLUME

02 (dois) Componentes Hemolíticos

6 - TIPO DE TRANSFUSÃO

PROGRAMADA - DA 25/10/18

NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24h

DATA DA CIRURGIA

RESERVA VALIDADE 072 HORAS

FONE PARA CONTATO 81-3719-9425

ASSINATURA DO MÉDICO

CRM

25265

DATA

25/10/2018 HORA

RECEBIDO NA AGENCIA TRANSFUSIONAL

DATA: 25/10/2018 HORA

FUNCIONÁRIO/MATRÍCULA

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPOAGEM PACIENTE

O+ Pos

PESQ. ANTICORROS IRREGULARES:

Negativo

TÉCNICO RESPONSÁVEL:

[Assinatura]

LIBERAÇÃO

Nº TUBO COLETOR

Nº DA BOLSA

PRODUTO

ABO/RH

VALIDADE

TESTE DE COMPAT.

1901236-500 233202-2

2

O+

O+

01

Livre para transfusão

2001236-500 233202-3

3

O+

O+

01

Livre para transfusão

ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL

DATA

HORA

TÉCNICO RESPONSÁVEL





SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - STS

EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE COMPLETO

NOME DA MÃE

NÚMERO DO CARTÃO SUS ENDEREÇO

DATA DE NASC

IDADE SEXO

PESO R G

MUNICÍPIO

CONVÊNIO

MATRÍCULA SENHA VALIDADE CARTEIRA

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL

MUNICÍPIO

FONE RAMAL

LEITO

Nº REGISTRO

3 - DIAGNÓSTICO

4 - HISTÓRICO TRANSFUSIONAL

ANTECEDENTE TRANSFUSIONAL NÃO SIM NÃO (OPCIONAL) DATA

INDICAÇÃO TRANSFUSIONAL NÃO SIM NÃO (OPCIONAL)

TIPO SANGUE E FENOTIPADO NÃO SIM NÃO (OPCIONAL)

5 - HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS EM UNIDADE OU VOLUME

6 - TIPO DE TRANSFUSÃO

PROGRAMADA - DIA HORA

NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H

DATA DA CIRURGIA

RESERVA VÁLIDA POR 72 HORAS

LIG. PARA CONTATO: 313719-3425

ASS. CARIMBO MÉDICO

CRM

DATA

HORA

RECEBIDO NA AGENCIA TRANSFUSIONAL

DATA HORA

FUNCIONÁRIO MATRICULAR

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPO SANGUE

PESO ANT. IRREGULARES

TÉCNICO RESPONSÁVEL

LIBERAÇÃO

Nº TUBO COLETOR

Nº DA BOLSA

PRODUTO

ABORRH

VALIDADE

TESTE DE COMPAT

ASS. PACIENTE RESPONSÁVEL

HORA

PACIENTE RESPONSÁVEL



hora retirada da senha: 20/01/2020 17:07

Nome Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente: 353004
Data de Nascimento: 07/05/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 000021
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 580396
SAME: 353004

Período: 20/01/2020 17:12 - 20/01/2020 17:19

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

MUITO URGENTE

Local:

CLÍNICA DE TRAUMATOLOGIA - ARANHA

Queixa Principal:

PACIENTE ORIUNDO DE BELO JARDIM VITIMA DE COLISAP MOTO/ CAMINHAO, APRESENTANDO FRATURA EM FEMUR E PATELA DIREITA (EXPOSTA) + MIE + PUNHO ESQUERDO. APRENDA DOR E EDEMA + TRAUMA EM FACE. DM + HAS

Observação:

ALCOOLIZADO COM MACA E SENHA 5864739

Fluxograma sintoma:

QUEDAS

Discriminações:

- MECANISMO DE LESÃO?
GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLAVEL?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

20/01/2020 17:44 - IRAM BARBOSA DA SILVA - mudança de especialidade

Mudança de Especialidade

CIRURGIA GERAL

Acolhido(a) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/01/2020 17:44

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Waldemir Pedreira da Silva

70320465111999604358

NOME DA MÃE

Joana Maria da Silva

NOME DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rua Francisco

NÚMERO DO ENDEREÇO

70320465111999604358

Belo Jardim

CEP

55558110

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Intubação orotraqueal em mandíbula

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Acidente de trânsito

PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES PARA O CUIDADO DO PACIENTE

Refluxo de conteúdo

Fratura de mandíbula

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intubação orotraqueal em mandíbula

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

- 36-1 ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 37 ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 38-1 ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

EMPRESA

AUTORIZAÇÃO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

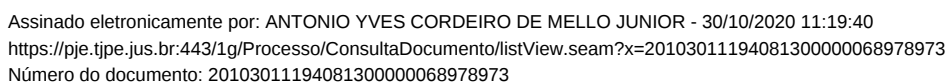


HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

TOTAL

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente

Lopes da Silva

Nº do Registro

Clínica

ORTOP.

Nº do Leito

Operador

Dr. Alfredo

Dr. Assistente

Dr. Assistente

Instrumentação

Anestesiologista

Anestesia

Surgido

Data da Operação

27/3/2020

Início

Fim

Diagnóstico Pré-Operatório

Hérnia T-5 com CD

Diagnóstico Pós-Operatório

CD removido

Operação Proposta

Disco de T-5 removido

Operação Realizada

CD removido

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. Reforço da SCS posterior com
artroscopia + campo

2. Acesso direto sobre CD com
osteotomia + remoção de CD - 1.2.3.4.5.

3. Suturas + drenagem

Dr. Alfredo Lourenço
Ortopedia - Dor
CRM-PE 21900



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Atend.
580.408
 PACIENTE: *Edmarcio Rodrigues da Silva* REGISTRO Nº *353.064*
 SALA CIRURGICA Nº *03* DATA *16/03/2011*
 CIRURGIA: *Inc. Bumbô e* CIRURGIÃO: *Dr. Felipe Lemos*
 ANESTESIA: *Blq. Rxy + Sedação* ANESTESIOLOGISTA: *Dr. Cau Supreme*

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>9x</i>	Oxigênio			<i>14</i>	Água Descartável		
<i>06</i>	Água Destilada			<i>05</i>	Água para Pendura <i>Pacotes 335ml</i>		
<i>02</i>	Atropina				Água para Raqui		
<i>03</i>	Bupivacaína <i>0.1%</i>				Atadura Gossada		
	<i>cefazolina 1g Rboxim</i>			<i>08</i>	Atadura Crepom		
	Clonidina			<i>02</i>	Cateter para Oxigênio		
<i>01</i>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<i>02</i>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
<i>01</i>	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<i>05</i>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
	Melniclopramida			<i>04</i>	Equipo para Soro		
	Nesstgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer em Lactato				Fio de Agulha		
<i>05</i>	Soro Fisiológico			<i>02</i>	Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Subcinato de Estril			<i>04</i>	Gase 7.5x7.5		
	Tenoxicam			<i>03</i>	Lâmina de Bisturi		
<i>01</i>	<i>Fenitoina</i>			<i>06</i>	Luvas Estéreis 7.0		
<i>01</i>	<i>Metazocina</i>			<i>06</i>	Luvas Estéreis 7.5		
<i>9x</i>	<i>Alco 70%</i>			<i>03</i>	Luvas Estéreis 8.0		
<i>02</i>	<i>Oximetilazina 0.1%</i>			<i>08</i>	Seringa 5ml		
<i>1x</i>	<i>Oximetilazina 0.1%</i>			<i>08</i>	Seringa 10ml		
<i>1x</i>	<i>Soro Ringer</i>			<i>02</i>	Seringa 20ml		
<i>20</i>	<i>Compressa</i>				Sonda de Foley		
<i>03</i>	<i>Escurva</i>				Sonda Endotraqueal		
<i>01</i>	<i>Agulha intratecal</i>				Sonda Nasogástrica		
<i>02</i>	<i>Soroch</i>				Sonda Uretal		
<i>01</i>	<i>Escurva</i>			<i>01</i>	Tubo para Aspiração		
<i>06</i>	<i>Tubo</i>						
<i>06</i>	<i>Tubo</i>						
<i>06</i>	<i>Tubo</i>						
<i>06</i>	<i>Tubo</i>						
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especifica-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro:

Clinica: ORTOPEdia

Nº do leito:

Operador: DR. FELIPE LESSA

1º Assistente: DR. MARCOS IRAN H2

2º Assistente:

Instrumentador:

Anestesista

Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Duração:

Data da Operação: 24/03/2020

Início:

Termino:

Diagnóstico Pre-operatório: FRATURA DE RADIO DISTAL E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: RAFI + CAPSULORRAFIA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTÉSIA
2. GARROTE EM MSE
3. ANTISSEPSIA + ASSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS
4. INCISÃO AO RADIODISTAL POR VIA VOLAR + VISUALIZAÇÃO DO FOCO FRATURÁRIO + REDUÇÃO DE FRATURA + ESTABILIZAÇÃO COM PLACA PARA RADIO DISTAL 3.5MM BLOQUEADA + 03 PARAFUSOS BLOQUEADOS
5. VISUALIZADA LESÃO DA CAPSULA ARTICULAR DO PUNHO + REALIZA CAPSULORRAFIA
6. LAVAGEM EXAUSTIVA DA FERIDA COM SF0,9%
7. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0
8. CURATIVO
9. RETIRADO GARROTE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO TECIDUAL PERIFERICA
10. ENCAMINHO A SRPA



**SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA
DA COOPAGRESTE**

42585

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME		FRONTALÃO	
SEXO M ☐ F ☐		IDADE	NASCIMENTO
PROCEDIMENTO REALIZADO:			

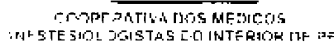
Índice de atividade	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ Muscular	Condição	Horário	FC	PA	FR	TAx	Volume injetado	Dureza	Próxima
						5:00							
						15 min							
						30 min							
						60 min							
						2h							
						3h							

RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO	
APNEIA SUPERFICIAL OU PROFUNDAMENTE É TOSSIR DEPRESSÃO OU INFLAÇÃO LINFÁTICA ROXO DE LÍNGUA		PA < 20% TALOR PRE OPERATÓRIO PA < 25% CU > 35% MAIOR PRE OPERATÓRIO PA < 50% TALOR PRE OPERATÓRIO	
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO	ATIVIDADE MUSCULAR	CONSCIÊNCIA	
1. OXIGENIÇÃO POR MEMBRO RECEBENDO O TRATAMENTO ELÉTRICO PARA 80% > 90% 2. OXIGENIÇÃO POR MEMBRO RECEBENDO O AMBIENTE	2. APTO MOVIMENTO EXT 3. APTO MOVIMENTO EXT 4. APTO MOVIMENTO EXT	1. DESPERTO TOTALMENTE 2. DESPERTO ALUMINADO 3. NÃO RESPONDE ESTIMULO ALGUM	

[illegible]

NOTES ON CONTRIBUTORS





No 18802

11.27





SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 02555

AVALIAÇÃO POS-ANESTESICA

Paciente: <u>Antonio Carlos de Mello Junior</u>		Data: <u>30/10/20</u>	
Procedimento: <u>Exatoma</u>		Local: <u>303</u>	
Médico: <u>Antonio Carlos de Mello Junior</u>		Anestesiologista: <u>Antonio Carlos de Mello Junior</u>	
Respiração		Circulação	
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO		ATIVIDADE MUSCULAR	
CONSCIÊNCIA			

OBSERVAÇÕES - COMPLICAÇÕES

Exatoma

Antonio Carlos de Mello Junior



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Q# 580448

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Wladimir Rodrigues da Silva REGISTRO Nº 353004
 SALA CIRÚRGICA Nº 07 DATA 13/02/2020
 CIRURGIÃO: Dr. Felipe Carneiro
 ANESTESIA: Prae-Luís ANESTESIOLOGISTA: Stênio

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
03	Supravacaina 0.1%				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg			03	Cateter para Venopunção nº 38		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo pt Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			03	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cremado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer do Lactato				Fio de Agodão		
☐	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estrôl			10	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			1	Lâmina de Bisturi nº 24		
1	Clorox desinfetante				Luvas Estéreis 7.0		
IX	Clorox 2.5%			17	Luvas Estéreis 7.5		
IX	Clorox 2.5%				Luvas Estéreis 8.0		
IX	Clorox 2.5%				Seringa 5ml		
☐	Aspirador elétrico			1	Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foley		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretral		
					Tubo para Aspiração		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificados

38.50

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS 580448
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE AT-80448

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Cláudio de Fátima REGISTRO Nº _____
 SALA CIRÚRGICA Nº 04 DATA 10/12/20
 CIRURGIÃO: Luiz Antônio
 ANESTESIA: Raqui + Sedação ANESTESIOLOGISTA: Flávia Tavares

QUANT.		ESPECIFICAÇÃO		PREÇO		QUANT.		ESPECIFICAÇÃO		PREÇO	
				UNIT.	TOTAL					UNIT.	TOTAL
☒	1	Oxigênio				☒	1	Agulha Descartável			
☒	1	Água Destilada				☒	1	Agulha para Puntura			
		Atropina				☒	1	Agulha para Raqui			
		Bupivacaína				☒	1	Atadura Gessada			
		Cefazolin 1g				☒	1	Atadura Crepom			
		Cloridrina				☒	1	Cateter para Oxigênio			
		Dezametasona 4mg				☒	1	Cateter para Venopunção			
		Diclofenaco				☒	1	Coletor de Urina Aberto			
☒	1	Dipirona				☒	1	Coletor de Urina Fechado			
		Etilafrina				☒	1	Dreno			
		Glicose 50%				☒	05	Eletrodo p/ Monitorização			
		Lidocaina				☒	1	Equip. para Sangue			
		Metoclopramida				☒	1	Equip. para Soro			
		Neostigmina				☒	1	Fio Cat Gut Cromado			
		Prometazina				☒	1	Fio Cat Gut Simples			
		Ranitidina				☒	1	Fio de Aço <u>Ligatura</u>			
☒	1	Ringer de Lactato				☒	1	Fio de Algodão			
☒	1	Soro Fisiológico				☒	1	Fio de Nylon <u>Nº 20</u>			
☒	1	Soro Glicosado				☒	1	Fio de Polipropileno			
		Succinato de Estrôl				☒	1	Gaze 7,5x7,5			
		Tenoxicam				☒	1	Lâmina de Bisturi <u>Nº 24</u>			
☒	1	<u>Ligatura</u>				☒	1	Luvas Esteréis 7,0			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	Luvas Esteréis 7,5			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	Luvas Esteréis 8,0			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	Seringa 5ml			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	Seringa 10ml			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	Seringa 20ml			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	Sonda de Foley			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	Sonda Endotraqueal			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	Sonda Nasogastrica			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	Sonda Uretral			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	Tubo para Aspiração			
☒	1	<u>Luvas</u>				☒	1	<u>Luvas</u>			

SUBTOTAL

SUBTOTAL

TOTAL

Dr. Luiz Antônio de Carvalho

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especifica-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRURGICO AT 380448

PACIENTE CLAUDIA MARIA FERREIRA DA SILVA REGISTRO Nº 353.04
 SALA CIRURGICA Nº 04 DATA 30/10/2020
 CIRURGIA CONEXÃO DE MANGUEIRA CIRURGIÃO DR. PAULO RIBEIRO
 ANESTESIA GERAL ANESTESIOLOGISTA DR. PAULO

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT	TOTAL			UNIT	TOTAL
01	Oxigênio			01	Agulha Descartável	8,00	
	Água Destilada				Agulha para Puntura		
01	Atropina	1			Agulha para Raqui		
01	Bupivacaína	1			Atadura Gessada		
	Cefazol na 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio	1	
01	Dezametasona 4mg	1			Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
01	Dipirona	1			Coletor de Urina Fechado		
	Etihefina				Uretero		
	Glucose 50%			01	Eletrodo p/ Monitorização	1	
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro	1	
01	Neostigmina	1			Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			01	Fio de Aço	1	
	Ringer do Lactato	1			Fio de Algodão		
01	Soro Fisiológico	1		01	Fio de Nylon	1	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno	1	
	Succinato de Estrô.			01	Gase 7.5x7.5	1	
01	Tenoxicam	1		01	Lâmina de Bisturi	1	
01	PRIMIDON	1		01	Luvas Estéreis 7.0	1	
01	CLORALDRINA	1			Luvas Estéreis 7.5		
01	CLORALDRINA	1		01	Luvas Estéreis 8.0	1	
01	CLORALDRINA	1		01	Seringa 5ml	1	
01	CLORALDRINA	1		01	Seringa 10ml	1	
01	CLORALDRINA	1		01	Seringa 20ml	1	
01	CLORALDRINA	1			Sonda de Foley		
01	CLORALDRINA	1			Sonda Endotraqueal		
01	CLORALDRINA	1			Sonda Nasogástrica		
01	CLORALDRINA	1			Sonda Uretal		
01	CLORALDRINA	1			Tubo para Aspiração		
				01	CONTORES CALÇADO	1	
				01	LATES	1	

SUBTOTAL

SUBTOTAL

TOTAL

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 30/10/2020 11:19:40
 https://pje.tje.pe.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011194081300000068978973

Assinatura do Cirurgião

Juclaria Diniz
 COREN-PE 1467840-TE

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 30/10/2020 HORA DE ADMISSÃO: 11:06 HORA DA LIBERAÇÃO: 11:30
REGISTRO: 123456 CIRURGIÃO: Dr. João da Silva ANESTESISTA: Dr. Carlos da Silva
NOME DO PACIENTE: João da Silva

PROCEDIMENTO REALIZADO: Laparoscopia de Tumor Ovariano PONTUAÇÃO FINAL:

ÍTEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:					
• Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	2			
• Esforço respiratório limitado	1				
• Nenhuma ou insuficiente	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica					
• > 20% do nível pré-anestésico	2	2			
• 50 a 20% do nível pré-anestésico	1				
• < 30% do nível pré-anestésico	0				
Nível de Consciência					
• Responde verbalmente as questões	2	2			
• Orientado no espaço	1	1			
• Resposta quando chamado pelo nome	0				
• Não responde ao comando					
Coloração:					
• Coloração e aparência normais da pele	2	2			
• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica	1				
• Curvatura evidente	0				
Atividade Muscular:					
• Movimenta-se espontaneamente ou sob comando	2	2			
• Capacidade de movimentar todas as extremidades	1	1			
• Incapacidade de movimentar duas extremidades	0				
Total:					

Nota: 1 ponto para quem recebe Atividade da Sala de Recuperação: 140 pontos

Observações:

Letícia Oliveira Torres
COREN-PE 692172-PVE

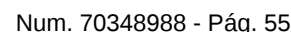


ANESTESIOLOGISTA. Dr. Miguel Ángel
Pérez

ANESTHESIOLOGIST

John A. Hargrove
JAMES L. HARGROVE

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro: 353004

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 55

EVOLUÇÃO MÉDICA

ID: SEXO MASCULINO, 38 ANOS.

DIH: 20/01/20

HD: FX COMPLEXA DE MANDÍBULA

FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE DIAFISÁRIA DE TIBIA

SITUAÇÃO: FIXADOR EXTERNO 21/01/20

EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE BEM CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ACEITA DIETA VIA ORAL, SEM RESTRIÇÕES. QUEIXA-SE DE INSÔNIA. PCT RELATA DESALINHAMENTO DE FIXADOR

LXAME FÍSICO:

COTE: PULSIFICO, ACIANÓTICO, ANISTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO.

CD:

1. VPM

DATA: 06/02/20

CARIMBO – CREMEPE

[Handwritten signature and stamp]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Reg. str.: 353004

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 55

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FX COMPLEXA DE MANDÍBULA + FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE DIAFISÁRIA DE TIBIA

Acidente de moto

EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE BEM CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. ACEITA DIETA VIA ORAL, SEM RESTRIÇÕES. QUEIXA-SE DE INSÔNIA, MAS SEM OUTRAS QUEIXAS.

CD:

1. VPM

DATA: 10/02/2020

CARIMBO: F. CRIMEPE

[Assinatura manuscrita]
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 10.123.456-7
R. 10/02/2020



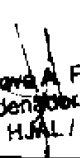
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Desidoro Pedraza
da Silva residente Rua Francisco de
Jesus nº 22 - Bairro: Bonfim esteve internado
neste Hospital no período de 20-10-20 à
_____ com diagnóstico de CID:
_____ prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 20/10/20


Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
H.RAL / UPA

Responsável



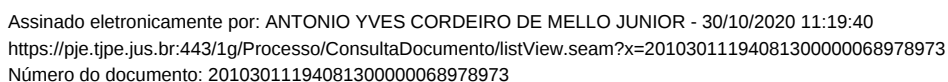
Selection of Soil

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JOÃO ALVES DE LIMA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Doc: 14-00000

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

PACIENTE	NOME DO PACIENTE _____		Nº DA CARTILHA DE C.P.F. _____	
	Nome <u>Antonio Rodrigo da Silva</u>		Idade <u>38</u>	
FAMILIAR	Data de Nascimento <u>07.05.81</u> Sexo <u>M</u>		Estado Civil <u>Casado</u>	
	Naturalidade <u>Belo Horizonte</u>		Profissão _____	
	Endereço _____		Telefone _____	
	Procedência <u>Belo Horizonte</u>			
	Responsável _____		Parentesco _____	
	Outro(s) _____		Outro(s) _____	
OCORRÊNCIA	Local do acidente _____ Data _____ Hora _____			
	NATURALIZA-DO	☐ Casual	☐ Acid. do Transporte	☐ Tentativa de Suicídio
	ACIDENTE	☐ Queda	☐ Intoxicação	☐ Outras Causas
		☐ Acid. do Trabalho	☐ Agresão	
ATENÇÃO MÉDICA	Atendimento ☐ Clínico ☐ Cirúrgico			
	História da Doença atual <u>Paciente com Queimadura no membro superior direito - 1ª e 2ª graus - 10% da superfície corporal. Lesões profundas com necrose em partes distais. Tratamento com curativos úmidos e analgésicos.</u>			
	EXAME FÍSICO			
	Exame Geral <u>Boa</u> Pulso _____ Temperatura _____ Pressão _____ <u>Sinais de queimadura no membro superior direito - vermelhidão, edema e formação de bolhas.</u> <u>Resto do exame físico normal.</u>			
Diagnóstico Provisório <u>Queimadura térmica - 1º e 2º graus - 10% S.S.T.D.</u>				
Assinatura _____		Assinatura _____		



ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE

MÉDICO

DADOS CLÍNICOS

EXAMES COMPLEMENTARES PRESENTADO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDIÇÃO ADOPTADA

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO PARA

UNIDADE ESPECIALISTA

EXAMES CLÍNICOS

EXAMES COMPLEMENTARES

PARCEIRO DO ESPECIALISTA

TRATAMENTO PROPOSTO

LOCAL DE ORIGEM ☐

DE REFERÊNCIA ☐

Serviço ☐

NOME

CRM

DATA

Jeovane
Coutinho
R. L. LIRA





Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-6554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 062643

2ª Via Cliente

Hospital: UNIV. A Convênio: 12 Cidade: Recife

Nome do Paciente: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Data da Cirurgia: 30/04/2020

Médico: Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior Membro Operado: Art. 1. E + D

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
1. Parafuso de bloqueio para haste		10	
2. Parafuso de bloqueio para haste			

Dr. Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM: 11.045.173-5

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

20 ABR 2020
PROTÓCOLO

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____

Nº 062643



CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
07/05/1981
ID 353004
Male
38 Years

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Mandíbula - 3 vistas
Ac. Nb. 324886
Acq. 27/01/2020
Acq.: 14:47:41

10 cm



R

AP DIR

Frame: [1] 1 / 1
Zoom: 14.94%
Window/Level: 4.096/2.048
Pixel:
CR (3020x2400)

Series Nb: 5
AP Axial



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Wesleyson Rodrigues de Almeida

Prontuário: 30.5219

Data: 2 / 10 / 2020

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Exatoma da mandíbula esquerda mandibular (E)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Atende no Ambulatório de Atendimento Primário

atendimento realizado em 11/05/2020 com atendimento

TRATAMENTO REALIZADO:

Exatoma da mandíbula esquerda mandibular

Alta Hospitalar: Data: ____/____/____

Hora: _____

Ass. do Médico e CRM



HRA

L35

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE
PERNAMBUCO**

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE – HRA

RESUMO DE ALTA

NOME: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

PRONTUÁRIO: 353004

DATA DE ENTRADA: 20/01/2020

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE BARTON NO RÁDIO ESQUERDO + FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO + FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA

AMBULATÓRIO DE EGRESSO – INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PACIENTE DE ALTA DA ORTOPEDIA, SOB ORIENTAÇÕES DOS COORDENADORES DO SERVIÇO. ORIENTADO ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE MÃO COM DR. FELIPE LESSA, COM RETORNO EM 30 DIAS. ORIENTAÇÕES ADICIONAIS DADAS AO PACIENTE E ACOMPANHANTE. MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ RETORNO AMBULATORIAL.

TRATAMENTO REALIZADO:

- 1- RAFI DA FRATURA DE BARTON COM PLACA VOLAR EM RÁDIO ESQUERDO
- 2- RAFI DA FRATURA DE FÊMUR DISTAL DIREITO COM PLACA LISS
- 3- OSTEOSÍNTESE DA FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA COM HASTE INTRAMEDULAR

ALTA HOSPITALAR: 28/03/2020

TELEFONE P/ CONTATO: (81) 3719-9389

[Assinatura manuscrita]
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
MÉDICO RESIDENTE
HRA - 20/01/2020

ASS: DO MÉDICO RESIDENTE



SUS
União de
Saúde
Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)** **Folha 1/2**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

ACESSO DE EMERGÊNCIA

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

DATA DE NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

DATA DE ADMISSÃO

NOME DA MÃE

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

TELEFONE

TELEFONE

TELEFONE

TELEFONE

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

20.1 - JUSTIFICATIVA DA MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

20.2 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ANTERIOR

20.3 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ATUAL

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

40.1 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.2 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.3 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.4 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.5 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.6 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.7 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.8 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.9 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.10 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.11 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.12 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.13 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.14 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40.16 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42.1 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42.2 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42.3 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42.4 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

43.1 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43.2 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43.3 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE





Ortomédica
COMERCIO ORTOPÉDICO LTDA.

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim
CEP: 52.060-210 - Recife - PE
CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5
Fones: (81) 3268-8554 / 3441-6966 Fax: (81) 3269-6781

REC-333004

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**

(RQ-06)

Nº 062830

2ª Via Cliente

Hospital: _____ Convênio: _____ Cidade: _____

Nome do Paciente: _____ Data da Cirurgia: _____

Médico: _____ Membro Operado: _____

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT	LOTE
1. Parafuso de 4/13mm		02	
2. 333004			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS CANULADOS	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº					
	QUANT.					
	LOTE					

Cx - 180

VENDEDOR/INSTRUMENTADOR: _____





Ortomédica
COMÉRCIO ORTOPÉDICO LTDA

Estrada do Encanamento, 61 - Parnamirim

CEP: 52.060-210 - Recife - PE

CNPJ: 24.061.657/0001-27 Insc. Est. 18.1.001.0140069-5

Fones: (81) 3269-8554 / 3441-6968 Fax: (81) 3269-6781

RG: 353004

**CONTROLE DE MATERIAIS
UTILIZADOS EM CIRURGIA**
(RQ-06)

Nº: 063429

2ª Via Cliente

Hospital: HRA Convênio: TAC Cidade: CAMARU
Nome do Paciente: CLAUDE MIR RODRIGUES DA SILVA Data da Cirurgia: 02 03 20
Médico: LUIZ ANTONIO Membro Operado: FÊMUR DO

MATERIAL	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	LOTE
PLACA BLOQUEADA NYPLATE		01	
EF: 2511149-0			
PARAFUSO BLOQUEADO		09	
EF: 141511-6			
CONEXÃO OSSEO		01	
EF: 167808-6			

PARAFUSOS CORTICAIS	Nº	AP-91		
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS DE BLOQUEIO	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS PARA HASTE BLOQUEADA	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS CANULADOS	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			
PARAFUSOS DE INTERFERÊNCIA	Nº			
	QUANT.			
	LOTE			



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

RODRIGUES RODRIGUES DA SILVA
03204631114996070582
Rosa Maria da Silva

353004

947355136

Francisco Gomes Junior, n.º 22 - Floresta
PE 55153220

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Doença de mão e/ou pé
dor e inchaço
dor no pé da mão

CONDICIONES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tr. Limungico

CONDICIONES E RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS PES. TAL. E DE EXATIDÃO

Ex. + Exatidão
Exatidão de Exatidão

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tr. Limungico

Exatidão de Exatidão

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 1. ACIDENTE DE TRÁNSITO
- 2. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 3. ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

AUTORIZAÇÃO

262010390690-4



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Wanderson Rodrigues da Silva

203204651119996070581

João Carlos da Silva

353004

937332186

PLANO DE SAÚDE

Plan. Fronteiras - Unimed - 22 - Foz de Iguaçu

Belo Jardim

55258110

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Atividade atípica em mandíbula

Exatidão

Exatidão - Exatidão

Atividade atípica

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Atividade atípica em mandíbula

040402500

018431804

ARVALDO BRITO 27 01 2020

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

ACIDENTE DE TRÂNSITO

ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

AUTORIZAÇÃO

262010390694.8





Sistema
Unico de
Saúde

Ministerio
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 4 2 7 4 1 9

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

Cláudio Antonio de Silva

DATA DO NASCIM. (DD/MM/AAAA)

7 0 3 2 0 4 6 5 1 1 3 7 9 9 0

CPF (NNNN.NNN.NNN)

Jonio Mario de Silva

ENDEREÇO DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Ex Comissário Com Pousos 08/02/20
por causa de...*

ENDEREÇO DO PACIENTE

Novo Horizonte W. L...

ENDEREÇO DO PACIENTE

Av. ... 488 ...

ENDEREÇO DO PACIENTE

Ex ... 5723

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TIPO DE PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ex ...

04/03/2020

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

CAUSAS EXTERNAS

CAUSAS EXTERNAS

CAUSAS EXTERNAS

36 - ACIDENTE DE TRANSITO

37 - ACIDENTE TRABALHISTICO

38 - ACIDENTE TRABALHISTICO

39 - ACIDENTE TRABALHISTICO

40 - ACIDENTE TRABALHISTICO

41 - ACIDENTE TRABALHISTICO

42 - ACIDENTE TRABALHISTICO

43 - ACIDENTE TRABALHISTICO

44 - ACIDENTE TRABALHISTICO

AUTORIZAÇÃO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO

DATA DO PROCEDIMENTO



**SUS****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 REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - DADOS

2 4 2 7 4 1 9

4 - DADOS

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Alfredo Rodrigues Silva

6 - ENDEREÇO DO PACIENTE

21013-204 651-1 19190-6

7 - NOME DO PAI(M)

João Maria de Sá

8 - NOME DO RESPONSÁVEL

9 - ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

10 - NOME DO ESTABELECIMENTO

11 - NOME DO ESTABELECIMENTO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

12 - HISTÓRICO DAS DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

Infecção da corrente sanguínea

13 - HISTÓRICO DAS DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

14 - HISTÓRICO DAS DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

15 - HISTÓRICO DAS DOENÇAS E SINTOMAS CLÍNICOS

Infecção da corrente sanguínea**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

16 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Infecção da corrente sanguínea

17 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

18 - DOCUMENTO

19 - DOCUMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Infecção da corrente sanguínea**27/07/2020****Dr. Alfredo Lourenço****Graciele da Silva****PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES COMVIDEÓGRAFAS)**

21 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	22 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	23 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	24 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	25 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	26 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	27 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	28 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	29 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	30 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
31 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	32 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	40 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
41 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	42 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	43 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	44 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	45 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	46 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	47 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	48 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	49 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	50 - ACIDENTE DE TRÂNSITO
51 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	52 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	53 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	54 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	55 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	56 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	57 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	58 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	59 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	60 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

AUTORIZAÇÃO

61 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

62 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

63 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

64 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

65 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR

66 - NOME DO RESPONSÁVEL AUTORIZADOR





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

Exame físico realizado em 30/10/2020 às 17h30min. Paciente em boas condições clínicas, sem alterações significativas. Exame de urina: sem alterações. Exame de sangue: sem alterações. Exame de fezes: sem alterações. Exame de imagem: sem alterações.

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: *Dr. Alexandre* RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: _____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: *Dr. Alexandre* RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: *Exame de urina*

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: _____ () Internamento _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: _____ Hora: _____ Medico: _____ CRM: _____

30/10/2020 17:52:09

2 de 2

Usuario do Atendimento
REJANESS



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro:

Clinica: ORTOPEDIA

Nº do leito:

Operador: DR. MAURICIO PAES

1º Assistente: DR. MARCOS GONÇALVES R1

2º Assistente

Instrumentador: SUELLEN + JAILSON

Anestesista:

Anestesia: GERAL

Duração:

Data da Operação: 21/01/2020

Início:

Término:

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIAFISARIA

Diagnóstico Pós-operatório: A MESMA

Operação Proposta: CONTROLE DE DANOS

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. VISUALIZADO LESÃO EM JOELHO DIREITO
4. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
5. INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO EM MID
6. VISUALIZADO LESÃO EM TIBIA ESQUERDA
7. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
8. INSTALAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TUBO-TUBO EM FORMATO LINEAR EM TIBIA E
9. LAVAGEM COM SF 0,9%
10. SUTURA DE FERIMENTO PARA APROXIMAÇÃO DAS BORDAS
11. CURATIVO
12. VISUALIZADO BOA PERFUSÃO DISTAL EM AMBOS OS MEMBROS APÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO
13. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA

Assinado eletronicamente por:
Mauricio Paes
Data: 21/01/2020
Hora: 11:19



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO OPERATÓRIO

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE	
Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA	Nº Registro:
Clinica: ORTOPEDIA	Nº do leito:
Operador: DR. LUIZ ANTONIO	
1º Assistente: DR. MARCOS IRAN R1	2º Assistente:
Instrumentador: GUSTAVO	Anestesista:
Anestesia: RAQUIANESTESIA	Duração:
Data da Operação: 10/02/2020	Início: Término:
Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE TIBIA E	
agnóstico Pós-operatório: O MESMO	

Operação Proposta: OSTEOSINTESE DE FRATURA DE TIBIA E

Operação Realizada: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
3. INCISÃO ANTEROMEDIAL AO JOELHO E + INTRODUZIDO INICIADOR SOB FLUOROSCOPIA
4. PASSAGEM DE FIO GUIA + RESAGEM DO CANAL MEDULAR + INSTALAÇÃO DE HASTE COM BLOQUEIOS PROXIMAIS E DISTAIS
5. LAVAGEM DA FERIDA COM SF0,9%
6. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0
7. CURATIVO
8. ENCAMINHO PACIENTE A SRPA



HRA

SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - STS

EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE COMPLETO

Douglas Guilherme do Silva

NOME DA MÃE

Dona Yvelina da Silva

NÚMERO DO CARTÃO SUS

40320465 11309910

ENDEREÇO

R. Francisco de Assis, 2 - Alto do

DATA DE NASC.

07/05/1981

IDADE SEXO

34 M

PESO R G

60,0 1,70

MUNICÍPIO

Belo Jardim

CONVÊNIO

MATRÍCULA SENHA VALIDADE CARTEIRA

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL

HRA

MUNICÍPIO

FONE/RAMAL

LEITO

Nº REGISTRO

3 - DIAGNÓSTICO

4 - HISTÓRICO TRANSFUSIONAL

PRÉ-EXISTENTE TRANSFUSIONAL NÃO SIM NÃO OUTROS

RELAÇÃO TRANSFUSIONAL NÃO SIM NÃO

DATA

TRANSFUSÃO PREVIAMENTE NÃO SIM (QUAIS REAÇÕES?)

5 - HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS EM UNIDADE OU VOLUME

0200ml Concentrado de Plasma

6 - TIPO DE TRANSFUSÃO

PROGRAMADA - DA 20:00H

NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H

DATA DA CIRURGIA

RESERVA VALIDADE 072 HORAS

FONE PARA CONTATO 81-3719-9425

ASSINATURA DO MÉDICO

CRM

25265

DATA

25/01/2020 HORA

RECEBIDO NA AGENCIA TRANSFUSIONAL

DATA

25 JAN 2020

FUNCIONÁRIO/MATRÍCULA

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPOAGEM PACIENTE

O+ Pos

PESQ ANTO IRREGULARES:

Negativo

TÉCNICO RESPONSÁVEL

[Assinatura]

LIBERAÇÃO

Nº TUBO COLETOR

Nº DA BOLSA

PRODUTO

ABO/RH

VALIDADE

TESTE DE COMPAT

190ml 2236-500 223300-2

223300-2

O+

O+

O+

O+

200ml 22383-27 2245500-3

2245500-3

O+

O+

O+

O+

ASS. PACIENTE/RESPONSÁVEL

DATA

HORA

TÉCNICO RESPONSÁVEL





SOLICITAÇÃO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE - STS

EXPEDIÇÃO DE HEMOCOMPONENTES

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE COMPLETO

NOME DA MÃE

NÚMERO DO CARTÃO SUS ENDEREÇO

DATA DE NASC

IDADE SEXO

PESO R G

MUNICÍPIO

CONVÊNIO

MATRÍCULA SENHA VALIDADE CARTEIRA

2 - IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL

HOSPITAL

MUNICÍPIO

FONE RAMAL

LEITO

Nº REGISTRO

3 - DIAGNÓSTICO

4 - HISTÓRICO TRANSFUSIONAL

ANTECEDENTE TRANSFUSIONAL NÃO / SIM / OUTRO

INDICAÇÃO TRANSFUSIONAL NÃO / SIM / OUTRO

TIPO SANGUE E FENOTIPADO NÃO / SIM / LAIS FENOTIPADO

5 - HEMOCOMPONENTES SOLICITADOS EM UNIDADE OU VOLUME

6 - TIPO DE TRANSFUSÃO

PROGRAMADA - DIA / HORA

NÃO URGENTE - A REALIZAR DENTRO DE 24H

DATA DA CIRURGIA

RESERVA VÁLIDA POR 72 HORAS

LIG. PARA CONTATO: 313719-3425

ASS. CARIMBO MÉDICO

CRM

DATA

HORA

RECEBIDO NA AGENCIA TRANSFUSIONAL

DATA / HORA

FUNCIONÁRIO MATRICULAR

TESTES PRÉ-TRANSFUSIONAIS

TIPO SANGUE

PESO ANT. / REGULARS

TÉCNICO RESPONSÁVEL

LIBERAÇÃO

Nº TUBO COLETOR

Nº DA BOLSA

PRODUTO

ABORRH

VALIDADE

TESTE DE COMPAT

ASS. PACIENTE RESPONSÁVEL

HORA

PACIENTE RESPONSÁVEL



hora retirada da senha: 20/01/2020 17:07

Nome Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
Cód. Paciente: 353004
Data de Nascimento: 07/05/1981
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 000021
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 580396
SAME: 353004

Período: 20/01/2020 17:12 - 20/01/2020 17:19

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

MUITO URGENTE

Local:

CLÍNICA DE ORTOPEDIA - 0001 - 10 - ARANHA

Queixa Principal:

PACIENTE ORIUNDO DE BELO JARDIM VITIMA DE COLISAP MOTO/ CAMINHAO, APRESENTANDO FRATURA EM FEMUR E PATELA DIREITA (EXPOSTA) + MIE + PUNHO ESQUERDO. APRENDA DOR E EDEMA + TRAUMA EM FACE. DM + HAS

Observação:

ALCOOLIZADO COM MACA E SENHA 5864739

Fluxograma sintoma:

QUEDAS

Discriminações:

- MECANISMO DE LESÃO?
GRANDE HEMORRAGIA INCONTROLAVEL?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

20/01/2020 17:44 - IRAM BARBOSA DA SILVA - mudança de especialidade

Mudança de Especialidade

CIRURGIA GERAL

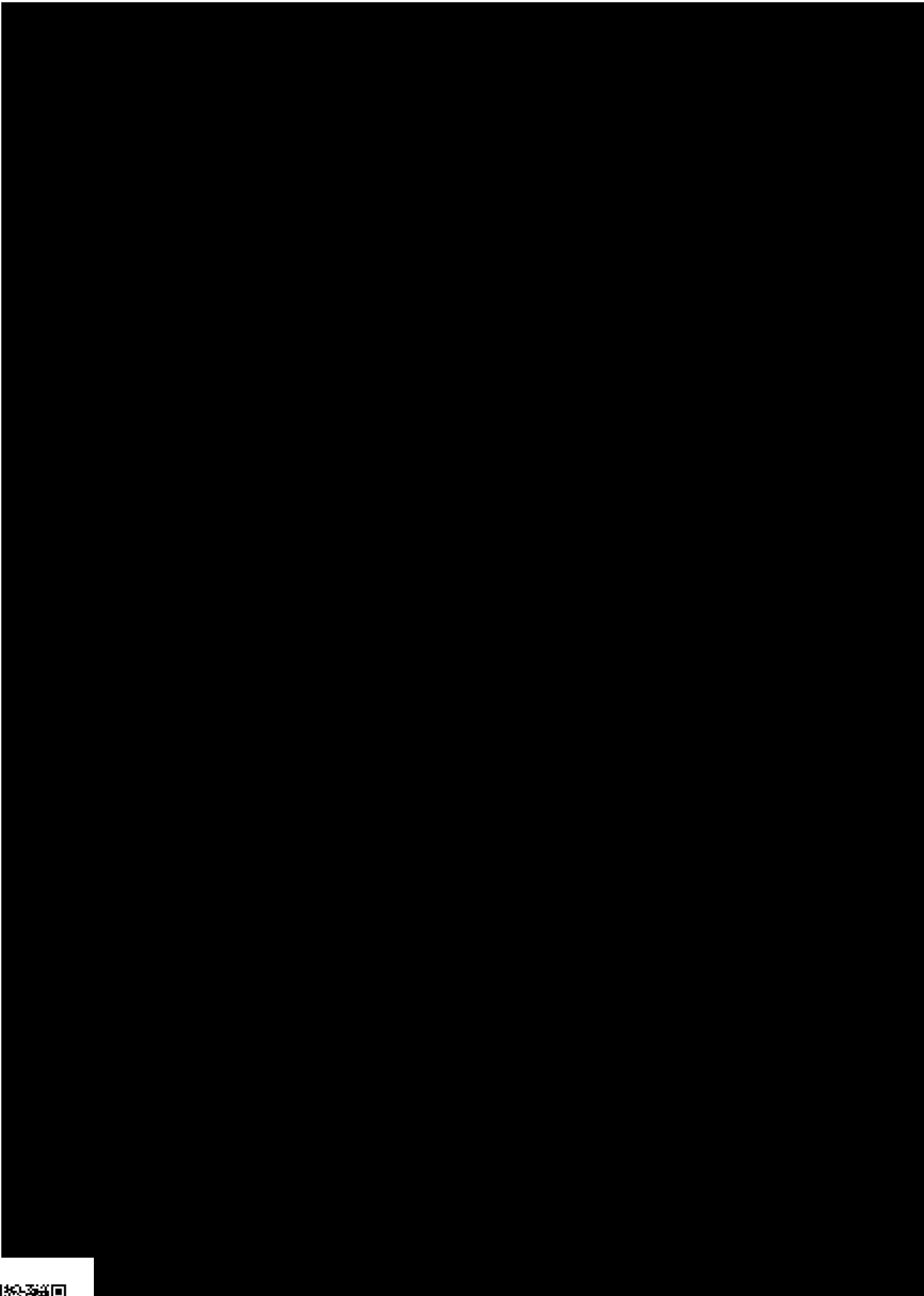
Acolhido(a) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 20/01/2020 17:44

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



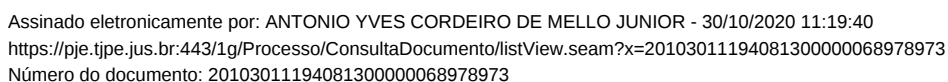


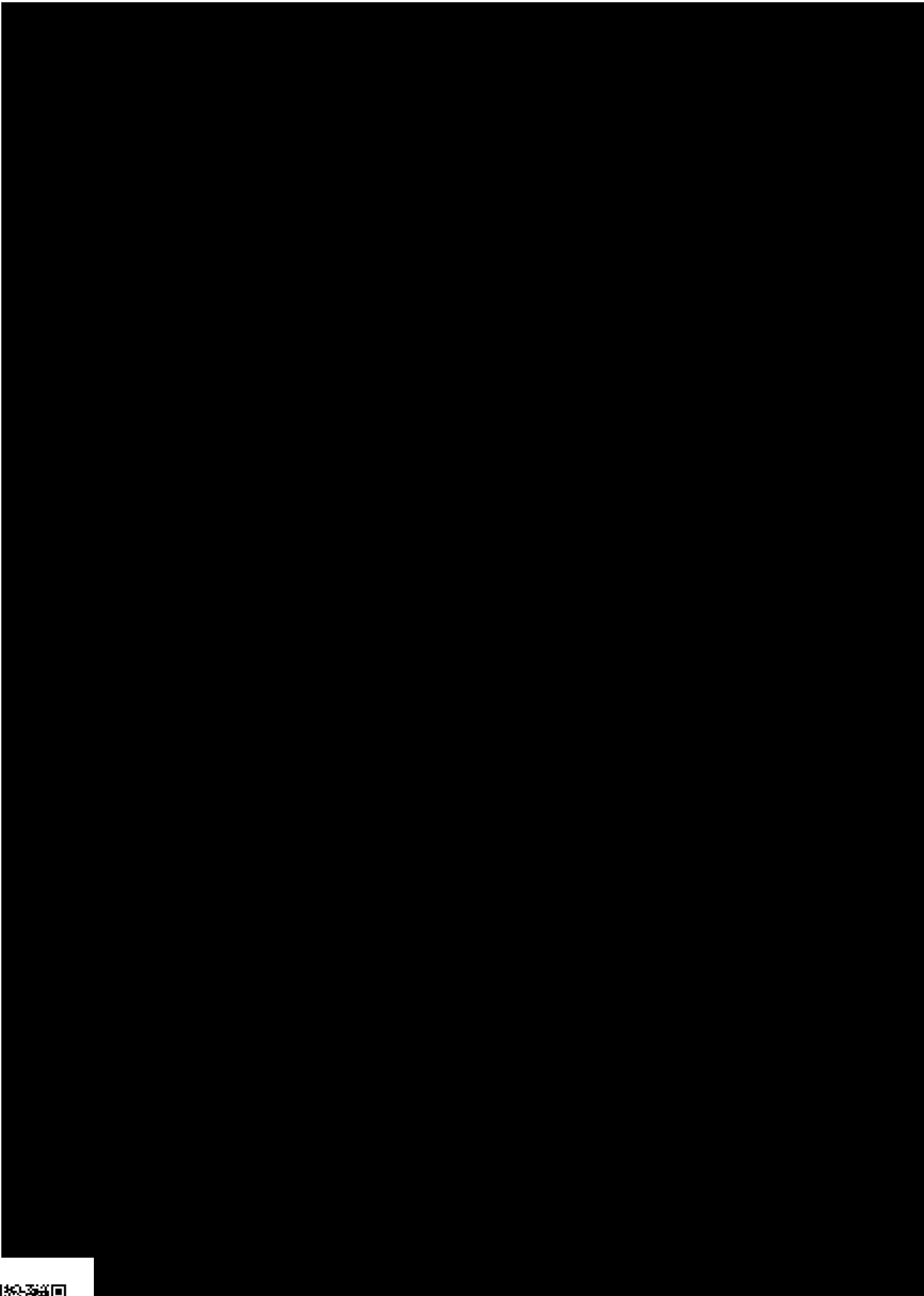
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

TOTAL

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los.

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Atend.
580.408
 PACIENTE: *Edmarcio Rodrigues da Silva* REGISTRO Nº *353.064*
 SALA CIRURGICA Nº *03* DATA *16/03/2011*
 CIRURGIA: *Inc. Bumbô e* CIRURGIÃO: *Dr. Felipe Lemos*
 ANESTESIA: *Alm. Rxyr. 1 Sedação* ANESTESIOLOGISTA: *Dr. Cau Supreme*

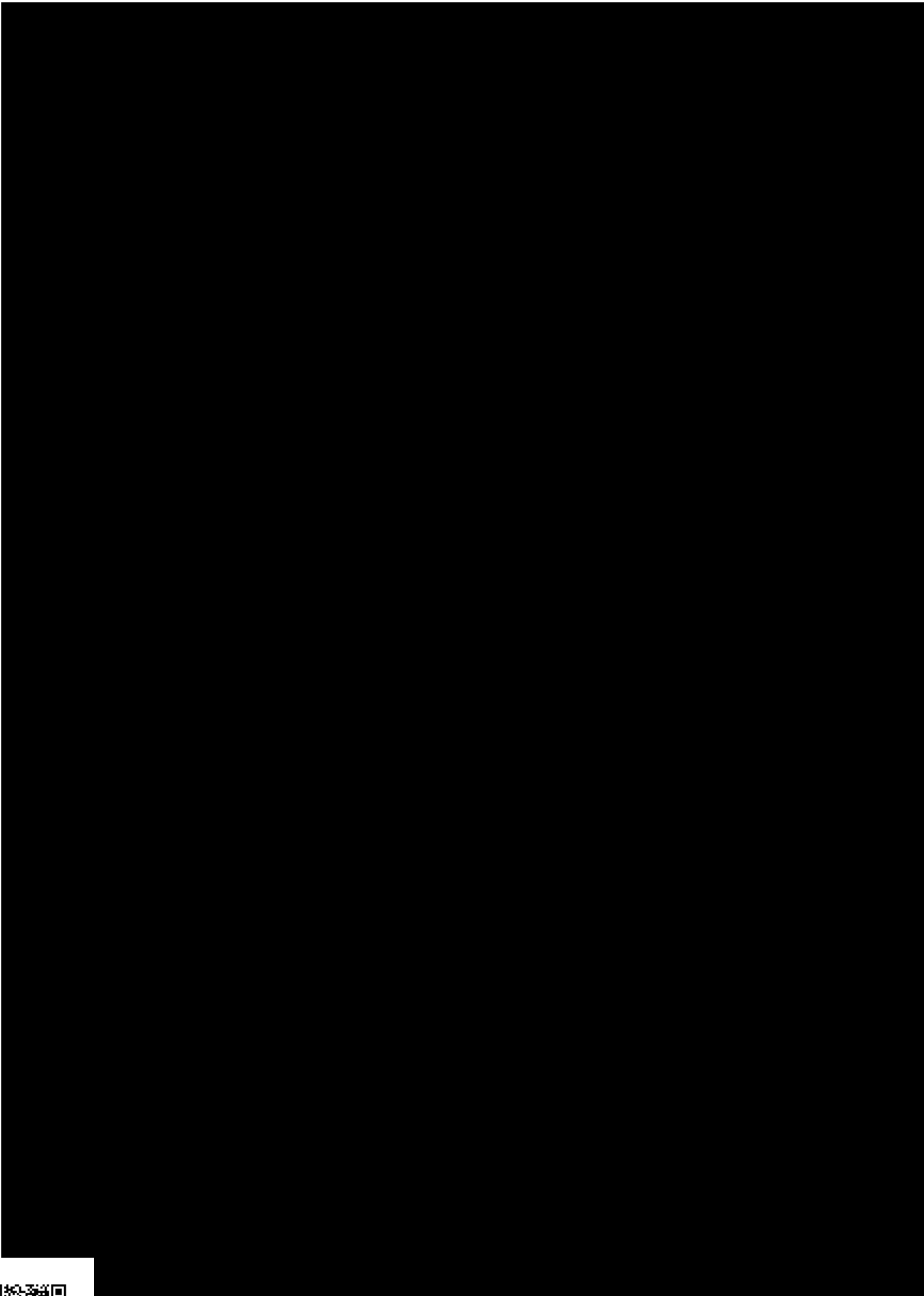
QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
<i>9x</i>	Oxigênio			<i>14</i>	Água Descartável		
<i>06</i>	Água Destilada			<i>05</i>	Água para Pendura <i>Pacotes 335ml</i>		
<i>02</i>	Atropina				Água para Raqui		
<i>03</i>	Bupivacaína <i>0.1%</i>				Atadura Gossada		
	<i>cefazolina 1g Rboxim</i>			<i>08</i>	Atadura Crepom		
	Clonidina			<i>02</i>	Cateter para Oxigênio		
<i>01</i>	Dezametasona 4mg				Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
<i>02</i>	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
<i>01</i>	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			<i>05</i>	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
	Melniclopramida			<i>04</i>	Equipo para Soro		
	Nesstgmina				Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer em Lactato				Fio de Agulha		
<i>05</i>	Soro Fisiológico			<i>02</i>	Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Subcutato de Estril			<i>14</i>	Gase 7.5x7.5		
	Tenoxicam			<i>03</i>	Lâmina de Bisturi		
<i>01</i>	<i>Fenitoina</i>			<i>06</i>	Luvas Estéreis 7.0		
<i>01</i>	<i>Metazocina</i>			<i>06</i>	Luvas Estéreis 7.5		
<i>9x</i>	<i>Alco 70%</i>			<i>03</i>	Luvas Estéreis 8.0		
<i>02</i>	<i>Oximetilazina</i>			<i>08</i>	Seringa 5ml		
<i>1x</i>	<i>Oximetilazina</i>			<i>08</i>	Seringa 10ml		
<i>1x</i>	<i>Oximetilazina</i>			<i>02</i>	Seringa 20ml		
<i>20</i>	<i>Comprimido</i>				Sonda de Foley		
<i>03</i>	<i>Escova</i>				Sonda Endotraqueal		
<i>01</i>	<i>Agulha intratecal</i>				Sonda Nasogástrica		
<i>02</i>	<i>Amac</i>				Sonda Uretal		
<i>01</i>	<i>Escova</i>			<i>01</i>	Tubo para Aspiração		
<i>06</i>	<i>Tubo</i>						
<i>06</i>	<i>Tubo</i>						
<i>06</i>	<i>Tubo</i>						
<i>06</i>	<i>Tubo</i>						
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especifica-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





**SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA
DA COOPAGRESTE**

42585

AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

NOME		FRONTALÃO	
SEXO M ☐ F ☐		IDADE	NASCIMENTO
PROCEDIMENTO REALIZADO:			

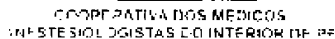
Índice de atividade	Respiração	Circulação	SpO2	Ativ Muscular	Condição	Horário	FC	PA	FR	TAx	Volume inhalado	Diátese	Rebriça
						5:0							
						15 min							
						30 min							
						60 min							
						2h							
						3h							

RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO	
APNEIA SUPERFICIAL OU PROFUNDAMENTE É TOSSIR DEPRESSÃO OU INFLAÇÃO LINFÁTICA PULSO FRACO		PA < 20% TALOR PRE OPERATORIO PA < 25% CU > 35% MAIOR PRE OPERATORIO PA < 50% TALOR PRE OPERATORIO	
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO	ATIVIDADE MUSCULAR	CONSCIÊNCIA	
1. OXIGENIO 100% MESMO RECEBENDO O OXIGENIO - RELEVER O PARA 80% > 90% 2. OXIGENIO 100% RECEBENDO AO AMBIENTE	2. APTO MOVER A EXT 3. APTO MOVER A EXT 4. APTO MOVER A EXT	1. DESPERTO TOTALMENTE 2. DESPERTO AO LAMAR 3. NÃO RESPONDE ESTIMULO ALGUM	

OBSERVAÇÕES COMPLICAÇÕES	
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 83	

NOTES ON CONTRIBUTORS





№ 18802

11.27





SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA DA COOPAGRESTE

Nº 02555

AVALIAÇÃO POS-ANESTESICA

Paciente: <u>Antonio Carlos de Mello Junior</u>		Data: <u>30/10/2020</u>	
Médico: <u>Antonio Carlos de Mello Junior</u>		Assistente: <u>Antonio Carlos de Mello Junior</u>	
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO		ATIVIDADE MUSCULAR	
CIRCULAÇÃO		CONSCIÊNCIA	
RESPIRAÇÃO		CIRCULAÇÃO	
SITUAÇÃO DE OXIGÊNIO		ATIVIDADE MUSCULAR	
CIRCULAÇÃO		CONSCIÊNCIA	

OBSERVAÇÕES - COMPLICAÇÕES

Antonio Carlos de Mello Junior

Antonio Carlos de Mello Junior

SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Q# 580448

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Wladimir Rodrigues da Silva REGISTRO Nº 353004
 SALA CIRÚRGICA Nº 07 DATA 13/02/2020
 CIRURGIÃO: Dr. Felipe Carneiro
 ANESTESIA: Preservir ANESTESIOLOGISTA: Stênio

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
TX	Oxigênio				Agulha Descartável		
	Água Destilada				Agulha para Pendura		
	Atropina				Agulha para Raqui		
03	Supravacaina 0,1%				Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg			03	Cateter para Venopunção nº 38		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
	Dipirona				Coletor de Urina Fechado		
	Etilefrina				Dreno		
	Glicose 50%			05	Eletrodo pt Monitorização		
	Lidocaina				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			03	Equipo para Soro		
	Neostigmina				Fio Cat Gut Cremado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina				Fio de Aço		
	Ringer do Lactato				Fio de Agulha		
☐	Soro Fisiológico				Fio de Nylon		
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estrôl			10	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			1	Lâmina de Bisturi nº 24		
1	Clorox desinfetante				Luvas Estéreis 7,0		
IX	Clorox 2,5%			17	Luvas Estéreis 7,5		
IX	Clorox 2,5%				Luvas Estéreis 8,0		
IX	Clorox 2,5%				Seringa 5ml		
☐	Aspirador elétrico			1	Seringa 10ml		
					Seringa 20ml		
					Sonda de Foley		
					Sonda Endotraqueal		
					Sonda Nasogástrica		
					Sonda Uretral		
					Tubo para Aspiração		
SUBTOTAL				SUBTOTAL			
				TOTAL			

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificados

38,50

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS 580448
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE AT-80448

BLOCO CIRÚRGICO

PACIENTE: Cláudio de Fátima REGISTRO Nº _____
 SALA CIRÚRGICA Nº 04 DATA 10/12/20
 CIRURGIÃO: Luiz Antônio
 ANESTESIA: Raqui + Sedação ANESTESIOLOGISTA: Flávio Tavares

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT.	TOTAL			UNIT.	TOTAL
☒	Oxigênio			☒	Agulha Descartável		
☒	Água Destilada			☒	Agulha para Puntura		
	Atropina			☒	Agulha para Raqui		
	Bupivacaína			☒	Atadura Gessada		
	Cefazolina 1g			☒	Atadura Crepom		
	Clonidina			☒	Cateter para Oxigênio		
	Dezametasona 4mg			☒	Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco			☒	Coletor de Urina Aberto		
☒	Dipirona			☒	Coletor de Urina Fechado		
	Etilaína			☒	Dreno		
	Glicose 50%			☒	Eletrodo p/ Monitorização		
	Lidocaina			☒	Equip. para Sangue		
	Metoclopramida			☒	Equip. para Soro		
	Neostigmina			☒	Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina			☒	Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			☒	Fio de Aço <u>Ligatura</u>		
☒	Ringer do Lactato			☒	Fio de Algodão		
☒	Soro Fisiológico			☒	Fio de Nylon <u>Nº 20</u>		
☒	Soro Glicosado			☒	Fio de Polipropileno		
	Succinato de Estrôl			☒	Gase 7,5x7,5		
	Tenoxicam			☒	Lâmina de Bisturi <u>Nº 24</u>		
☒	<u>Antibiótico</u>			☒	Luvas Esteréis 7,0		
☒	<u>Anticoagulante</u>			☒	Luvas Esteréis 7,5		
☒	<u>Antidolorífico</u>			☒	Luvas Esteréis 8,0		
☒	<u>Antipirético</u>			☒	Seringa 5ml		
☒	<u>Antitumor</u>			☒	Seringa 10ml		
☒	<u>Antiviral</u>			☒	Seringa 20ml		
☒	<u>Antibiótico</u>			☒	Sonda de Foley		
				☒	Sonda Endotraqueal		
				☒	Sonda Nasogastrica		
				☒	Sonda Uretral		
				☒	Tubo para Aspiração		
				☒	<u>Compresse</u>		

SUBTOTAL

SUBTOTAL

TOTAL

Dr. Luiz Antônio de Carvalho

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especifica-los.

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
CONSUMO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS EM CIRURGIAS
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

BLOCO CIRURGICO AT 380448

PACIENTE CLAUDIA MARIA FERREIRA DA SILVA REGISTRO Nº 353.04
 SALA CIRURGICA Nº 04 DATA 30/10/2020
 CIRURGIA CONEXÃO DE MANGUEIRA CIRURGIÃO DR. PAULO RIBEIRO
 ANESTESIA GERAL ANESTESIOLOGISTA DR. PAULO

QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO		QUANT.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO	
		UNIT	TOTAL			UNIT	TOTAL
01	Oxigênio			01	Agulha Descartável	880	
	Água Destilada				Agulha para Puntura		
01	Atropina	1			Agulha para Raqui		
01	Bupivacaína	1			Atadura Gessada		
	Cefazol na 1g				Atadura Crepom		
	Clonidina			01	Cateter para Oxigênio	1	
01	Dezametasona 4mg	1			Cateter para Venopunção		
	Diclofenaco				Coletor de Urina Aberto		
01	Dipirona	1			Coletor de Urina Fechado		
	Etihefina				Uretero		
	Glucose 50%			01	Eletrodo p/ Monitorização	1	
	Lidocaína				Equipo para Sangue		
	Metoclopramida			01	Equipo para Soro	1	
01	Neostigmina	1			Fio Cat Gut Cromado		
	Prometazina				Fio Cat Gut Simples		
	Ranitidina			01	Fio de Aço	1	
	Ringer do Lactato	1			Fio de Algodão		
01	Soro Fisiológico	1		01	Fio de Nylon	1	
	Soro Glicosado				Fio de Polipropileno	1	
	Succinato de Estrô.			01	Gase 7.5x7.5	1	
01	Tenoxicam	1		01	Lâmina de Bisturi	1	
01	PRIMIDON	1		01	Luvas Estéreis 7.0	1	
01	CLORALDRINA	1			Luvas Estéreis 7.5		
01	CLORALDRINA	1		01	Luvas Estéreis 8.0	1	
01	CLORALDRINA	1		01	Seringa 5ml	1	
01	CLORALDRINA	1		01	Seringa 10ml	1	
01	CLORALDRINA	1		01	Seringa 20ml	1	
01	CLORALDRINA	1			Sonda de Foley		
01	CLORALDRINA	1			Sonda Endotraqueal		
01	CLORALDRINA	1			Sonda Nasogástrica		
01	CLORALDRINA	1			Sonda Uretal		
01	CLORALDRINA	1			Tubo para Aspiração		
				01	CONTORES CALÇADO	1	
				01	LATES	1	

SUBTOTAL

SUBTOTAL

TOTAL

Observação: No caso de serem utilizados outros itens especificá-los

Antonio Brito
 Cirurgião Bucal Máximo
 69443

Assinatura do Cirurgião

Juclaria Diniz
 COREN-PE 1467840-TE

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia





SECRETARIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HRA HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SALA DE RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA AVALIAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

DATA: 30/10/2020 HORA DE ADMISSÃO: 11:01 HORA DA LIBERAÇÃO: 11:15
REGISTRO: 123456 CIRURGIÃO: Dr. Alexandre ANESTESISTA: Dr. Carlos
NOME DO PACIENTE: Roberto da Silva

PROCEDIMENTO REALIZADO: Laparoscopia de Tumor Ovariano PONTUAÇÃO FINAL:

ÍTEM DE AVALIAÇÃO	PONTUAÇÃO	NA ADMISSÃO	APÓS		
			1h	2h	3h
Respiração:					
• Capacidade de respirar profundamente e tossir	2	2			
• Esforço respiratório limitado	1				
• Nenhuma ou insuficiente	0				
Circulação: Pressão arterial sistólica					
• > 20% do nível pre-anestésico	2	2			
• 50 a 20% do nível pre-anestésico	1				
• < 30% do nível pre-anestésico	0				
Nível de Consciência					
• Responde verbalmente as questões	2	2			
• Orientado no espaço	1	1			
• Resposta quando chamado pelo nome	0				
• Não responde ao comando					
Coloração:					
• Coloração e aparência normais da pele	2	2			
• Coloração da pele alterada: pálida, escura, manchada, icterica	1				
• Curvatura evidente	0				
Atividade Muscular:					
• Movimento espontâneo ou sob comando	2	2			
• Capacidade de movimentar todas as extremidades	1	1			
• Incapacidade de movimentar duas extremidades	0				
Total:					

Nota: 10 pontos para quem libera Alta da Sala de Recuperação. 100 pontos

Observações:

Letícia Oliveira Torres
COREN-PE 692172-PVE

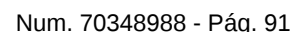


PRECO

ANESTESIA. Venarum Rom II DISEÑOS DISEÑOS ANESTESIOLÓGICA. Dr. J. J. J. J.
Rodriguez

[illegible]

Assinatura do Responsável pela Sala de Cirurgia



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Registro: 353004

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 55

EVOLUÇÃO MÉDICA

ID: SEXO MASCULINO, 38 ANOS.

DIH: 20/01/20

HD: FX COMPLEXA DE MANDÍBULA

FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE DIAFISÁRIA DE TIBIA

SITUAÇÃO: FIXADOR EXTERNO 21/01/20

EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE BEM CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ACEITA DIETA VIA ORAL, SEM RESTRIÇÕES. QUEIXA-SE DE INSÔNIA. PCT RELATA DESALINHAMENTO DE FIXADOR

LXAME FÍSICO:

COTE: PULSIFICO, ACIANÓTICO, ANISTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO.

CD:

1. VPM

DATA: 06/02/20

CARIMBO – CREMEPE

[Handwritten signature and stamp]



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO – SES/SUS/PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

Nº Reg. str.: 353004

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Nº do leito: 55

EVOLUÇÃO MÉDICA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FX COMPLEXA DE MANDÍBULA + FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL + FRATURA EXPOSTA DE DIAFISÁRIA DE TIBIA

Acidente de moto

EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE BEM CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. ACEITA DIETA VIA ORAL, SEM RESTRIÇÕES. QUEIXA-SE DE INSÔNIA, MAS SEM OUTRAS QUEIXAS.

CD:

1. VPM

DATA: 10/02/2020

CARIMBO: F. CRIMEPE

[Assinatura manuscrita]
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 15.123/PE
RUA DA PAZ, 100 - JARDIM
CENTRO - RECIFE/PE
CEP: 50.000-000



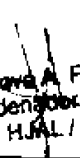
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Desidoro Pedraza
da Silva residente Rua Francisco de
Assis nº 22 - Bairro: Bela Vista esteve internado
neste Hospital no período de 20-10-20 à
_____ com diagnóstico de CID:
_____ prontuário nº _____.

OBS: O original se encontra disponível ao INSS para averiguação neste arquivo.

OBS: Por motivo de danificação dos prontuários os mesmos estão sendo refeitos.

Belo Jardim 20/10/20


Jeová A. Ferreira
Coordenador Executivo
H.RAL / UPA

Responsável



Selection of Soil

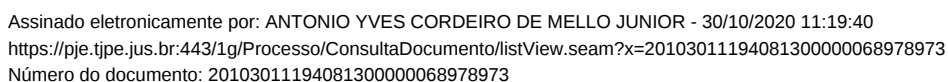
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL JOÃO ALVES DE LIMA
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Doc: 14-007

Unidade de Saúde: HOSPITAL JÚLIO ALVES DE LIRA

[illegible]

João A. Ferreira
Coordenador Executivo
HIA/LUPA



ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

PACIENTE

MÉDICO

DADOS CLÍNICOS

EXAMES COMPLEMENTARES PRESENTADO

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

CONDIÇÃO ADOPTADA

JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHADO PARA

UNIDADE ESPECIALISTA

EXAMES CLÍNICOS

EXAMES COMPLEMENTARES

PARCEIRO DO ESPECIALISTA

TRATAMENTO PROPOSTO

LOCAL DE ORIGEM

DE REFERÊNCIA

SERVIÇO

NOME

CRM

DATA

Jeovane
Coutinho
R. L. LIRA



**Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM**

- ATESTADO MÉDICO -

ATESTO que o Segurado Elanilson Rodon
do [assinatura] portador da Carteira Profissional nº _____
série _____, necessita de 120 (cento e vinte)
dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença. SALE + 5829 + 5625

Hospital ou Ambulatório

20/04/2020
Localidade e Data

[assinatura]
ASS. do Médico - CRM Nº _____

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do RGPS, aprovado pelo Decreto nº 60.501 de 14.03.67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.





CLASSE DE RISCO: RISCO ALTO

DATA: 30/10/2020

LOCAL: 1001

VALOR:

CLASSIFICACAO:

ESQ

PERFIL

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Paciente: 200124

At. Méd. 120854

At. Odont. 00000000

Data: 30/10/2020

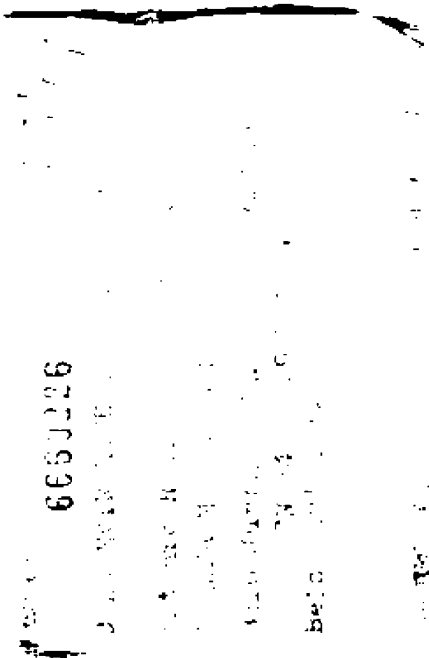
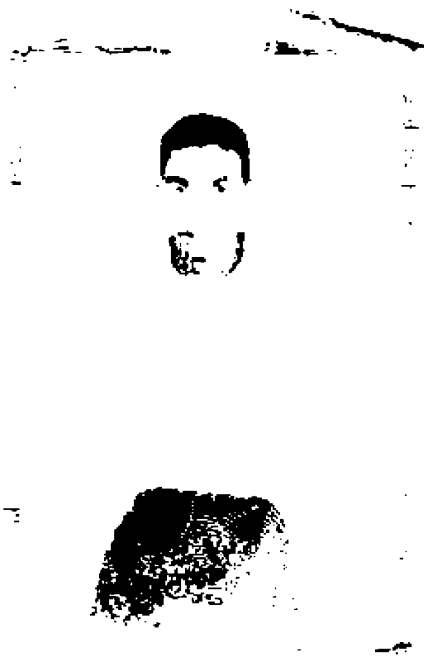
Série: 11b

1.000

PERFIL

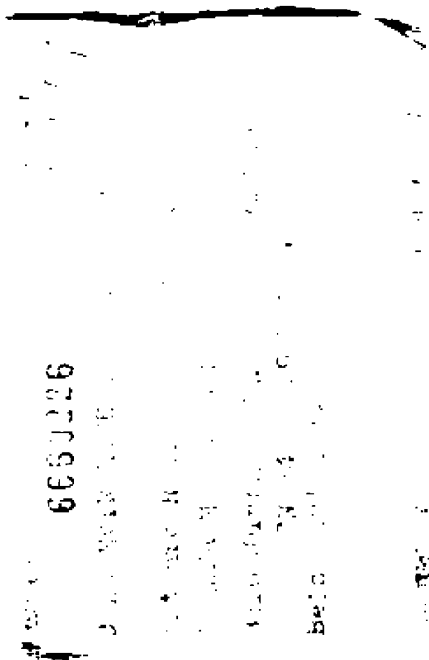
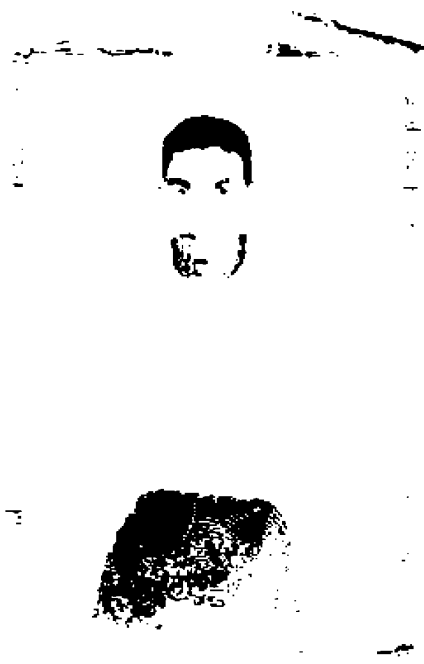
ESQ





MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria de Receita Federal	
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
EDMIR RODRIGUES DA SILVA	
Identificação	Data do Nascimento
2486104-14	07/08/81

Este documento é o resultado do processo de CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS, com o objetivo de simplificar a vida dos cidadãos brasileiros na legislação de direitos.	
Assinatura	
EDMIR RODRIGUES DA SILVA	
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
Emitido em: 08/08/01	



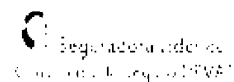
MINISTÉRIO DA FAZENDA Secretaria de Receita Federal	
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS	
EDMIR RODRIGUES DA SILVA	
Inscrição	Data do Nascimento
2486104-14	07/08/81

Este documento é o resultado do processo de CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS, com o objetivo de comprovar a situação, as condições previstas na legislação vigente.	
Assinatura	
EDMIR RODRIGUES DA SILVA	
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
Emitido em : 08/08/01	

DETTRAN - PE		Nº 012033709088	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		RUBRICAS	
VEÍCULO		RUBRICAS	
1 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
2 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
3 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
4 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
5 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
6 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
7 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
8 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
9 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
10 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
11 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
12 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
13 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
14 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
15 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
16 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
17 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
18 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
19 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
20 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
21 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
22 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
23 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
24 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
25 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
26 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
27 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
28 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
29 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
30 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
31 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
32 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
33 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
34 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
35 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
36 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
37 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
38 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
39 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
40 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
41 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
42 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
43 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
44 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
45 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
46 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
47 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
48 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
49 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
50 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
51 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
52 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
53 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
54 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
55 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
56 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
57 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
58 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
59 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
60 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
61 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
62 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
63 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
64 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
65 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
66 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
67 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
68 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
69 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
70 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
71 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
72 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
73 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
74 - 00000000000000000000		RUBRICAS	
75 - 000000000000000			

[illegible]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155946/20

Vítima: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CPF: 012.488.104-14

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA : 012.488.104-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/06/2020
Nome: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
CPF: 012.488.104-14

Responsável pelo cadastramento na seguradora

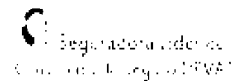
Data do cadastramento: 03/06/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127337/20

Vítima: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

CPF: 012.488.104-14

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA : 012.488.104-14

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/04/2020
Nome: CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA
CPF: 012.488.104-14

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

CLAUDEMIR RODRIGUES DA SILVA

JONATAN BARBOSA DE BARROS

