

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA, BRASILEIRA SOLTEIRA, portador(a) do RG 3.787.248-6 SEDS/A e inscrito no CPF sob o N° 119.422.994-86, profissão DOMÉSTICA, residente e domiciliado no(a) Rua Quinze de Novembro, 384 -CENTRO CEP:57601-090, no município de Palmeira dos Índios/AL.

OUTORGADOS: VICTOR MEDEIROS SOCIEDADE DE ADVOGADOS, CNPJ 14.810.630/0001-36, RICARDO CARLOS MEDEIROS, brasileiro, advogado, inscrito no CPF sob o nº 346.317.804-44, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional de Alagoas sob o nº 3.026 e na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional de Pernambuco sob o nº 45.708, FRANCISCO JOSÉ GOMES DE BRITO, brasileiro, divorciado, inscrito no CPF/MF sob o nº 087.219.714-04, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil- Seccional de Alagoas sob o nº OAB/AL2.326, com endereço profissional na Rua Levy Câmara Scala, nº 115, Centro, CEP- 57.020-635 – Maceió-AL e TALITA DE SOUZA GONÇALVES, Brasileira, Solteira, Advogada, CPF nº 056.458.034-18, OAB/AL nº 13886, todos com endereço profissional na Rua Levy Câmara Scala, nº 115, Centro, CEP – 57.020635 – MaceióAL.

PODERES: Por este INSTRUMENTO PROCURATÓRIO, eu, acima qualificado e abaixo assinado, nomeio e constituo meus bastantes procuradores, os Advogados acima qualificados, para fim de me representar junto a Justiça Federal/Estadual, INSS, ou onde necessário for, podendo propor, contestar, contrariar, concordar, impugnar, receber citação inicial, transigir, desistir, acordar, receber e dar quitação, firmar compromisso, levantar alvará, usar dos poderes constituídos na cláusula "ADJUDICIA", substabelecer no todo ou em parte, podendo agir em conjunto ou separadamente, e todo o mais, praticar o fiel desempenho deste mandato, pelo que dou tudo por firme e valioso, inclusive, representar o outorgante em qualquer instância ou Tribunal. Para também renunciar em caráter irrevogável e irretratável, a quaisquer valores que sobejem, por ocasião da condenação e execução, ao estabelecido para a competência do Juizado Especial Federal (art. 17, § 4º, da lei 10.259/2001), para nada mais reclamar e/ou pretender haver, em juízo ou fora dele, a qualquer tempo e/ou a qualquer título.

Pelos autos de 22 de Maio de 20 19.

Fernanda Melo de Oliveira

TESTEMUNHAS: 1

Victor Rodrigo A. Braga

2

Talita de Souza Gonçalves

CPF: 072.508.564-99 RG: 3332922-2 SESP/AL

CPF: 077.263.5714-54 RG: 2001004137501 SESP/AL

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **FERNANDA MELO DE OLIVEIRA**, BRASILEIRA, SOLTEIRA, DOMÉSTICA, portador da cédula de identidade com RG de nº3.787.248-6 SEDS/A, inscrito no CPF sob o N° 119.422.994-86, residente e domiciliada no(a) Rua Quinze de Novembro N° 384, São Cristóvão CEP: 57601-090, Palmeira dos Índios/AL declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, pobre no sentido legal da aceção, fazendo jus a concessão do benefício da justiça gratuita, nos termos do art. 790, §3º da CLT, dos arts. 98 e 99, §3º do NCPC e do art. 5º, LXXIV, da CF.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada.

Por ser verdade, firmo o presente.

P. dos Ruchos se, 22 de Maio de 2019.

Fernanda Melo de Oliveira

DECLARANTE

TESTEMUNHAS: 1

Vitor Rochieo U. Pena
072.508.564.99
3332922-2 SEDS/AL

2

Jailson plus Smeds
077.207.514.58
2004004137501 SEDS/AL



Av. Fernandes Lima, nº 3349 - Graças do Lourde - CEP: 57052-002
MACEDÔNIO - CEP: 12.272.084/0001-00 - IC 24/07/177-8
REGIME ESPECIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADA PELA SEL. DA FAZENDA
Nº / ATUAÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SEUEU Nº

Nº da Nota Fiscal 019842327

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
ABRIL/2019	08/05/2019	104	93,98

MARIA MEDEIROS SILVA
R QUINZE DE NOVENO 384 SAO CRISTOVAO

57.601-090 - PALMEIRA DOS INDIOS

ROT: 009.29.001.000700

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DADOS DA LEITURA	
Atual:	38712			Atual:	30/04/2019
Anterior:	38608			Anterior:	29/03/2019
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	31/05/2019
Consumo Medido:	104			Emissão:	29/04/2019
Consumo Faturado:	104		FCAH	Apresentação:	30/04/2019

Forma de Faturamento:	NORMAL	Fator de Potência:		Dist. de Consumo:	32
-----------------------	--------	--------------------	--	-------------------	----

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classes/Subclasses	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	05036849	5 1 53455	1.1.1.1	105

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAR/19	97	CONSUMO 104 kWh a R\$ 0,709099 =	73,74
FEV/19	101	CONTRIB. DE ILUMINACAO PUBLICA(COSIP)	14,72
JAN/19	73	CORRECAO MONETARIA (2X)	1,09
DEZ/18	97	MULTA POR ATRASO (2X)	2,47
NOV/18	88	JUROS DE MORA DE IMPORTE (2X)	1,96
OUT/18	77		
SET/18	71		
AGO/18	125		
JUL/18	161		
JUN/18	142		
MAI/18	154		
ABR/18	78		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
 Em 29/04/2019, apuramos o débito abaixo. O não pagamento sujeita a suspensão do fornecimento a partir de 15/05/2019.
 03/19 32,77
 Caso o pagamento já tenha sido efetuado, favor desconsiderar este reaviso.
 LIGIE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

RESERVADO AO FISCO E85A.019B.1606.38C4.5ADC.AB3E.6943.67EZ

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	28,26	Base de Cálculo:	73,74
Energia:	20,05	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	2,75	Valor do ICMS:	12,53
Encargos:	6,24	Valor do PIS:	0,95%
Tributos:	16,44	Valor do COFINS:	4,36%
			3,21

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMIC	DI-CRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Contínua	6,03	12,06	24,12	3,67	7,35	14,70	3,54	
Interrupção	0,00			0,00			0,00	
Conjunto	SE PALMEIRA DOS I						Período de 02/2019	32,35

ROT: 009.29.001.000700

Eletrobras
Distribuição Alagoas

Av. Fernandes Lima, nº 3349 - Graças do Lourde - CEP: 57052-002
MACEDÔNIO - CEP: 12.272.084/0001-00 - IC 24/07/177-8

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
176348-2	93,98
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
ABR/2019	08/05/2019
Nº da Nota Fiscal:	019842327 FCAH

836200000000 5 93980003000 8 00000000176 8 34820419008 9



ESTADO DE ALAGOAS		BOLETIM DE OCORRÊNCIA		NUMERO: 0609-E/16-0383		Pág. 1 / 1	
SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL		DELEGACIA: 72º DP - Taquarana 5ª DRP/DPJA2 FONE: 34251861 DATA/HORA COMUNICADO: 01/12/2016 11:00 DELEGACIA DESTINO: 4ª DRP - Arapiraca - DPJA2					
NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO				INSTRUMENTO: Outros			
DATA/HORA: 09/03/2016 08:01		LOCAL DO FATO: RUA PEDRO LENIVO Jardim Esperança Arapiraca					
DIA DA SEMANA: 3		PONTO DE REFERÊNCIA:					
COR 1 BRANCO 4 PARDOS 2 PRETO 5 SÁBARA 3 AMARELO 6 ALBINO		ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIADO 3 VIÚVO		NACIONALIDADE 1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO		DIA DA SEMANA 1 SEG 4 QUI 7 DOM 2 TER 5 SEX 3 QUA 6 SAB	
				GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTA			
NOME / RAÇA SOCIAL: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA				RG: 37872486		SSP-AL	
FILIAÇÃO: GENIVAL COSMO DE OLIVEIRA				AMELIA PEREIRA DE MELO			
PROFISSÃO: Agricultor				DATA DE NASCIMENTO: 09/04/1997		IDADE: 18	
UF: AL				COR: 4		SEXO: F	
NATURALIDADE: MOGI DAS CRUZES/SP				NACIONALIDADE: 1		ESTADO CIVIL: 5	
ENDEREÇO: RUA QUINZE DE NOVEMBRO				GRAU INSTRUÇÃO: 4		TURISTA: NÃO	
BAIRRO: SÃO CRISTOVAM				CIDADE: PALMEIRA DOS INDIOS		FONE:	
SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM				ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO		Nº 384	
AFINIDADE VÍTIMA -> AUTOR:				OCORRÊNCIA RELACIONADA A:		Nº 0609-E/16-0316	
AUTOR: DESCONHECIDO							
AFIRMA O NOTICIANTE (VÍTIMA ACIMA QUALIFICADA), FERNANDA MELO DE OLIVEIRA, QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA MENCIONADO, FORA VÍTIMA DE UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO (COLISÃO MOTO - MOTO); QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, DE COR PRETA, PLACA ORE-9283, ANO FAB. 2015 E MOD. 2015, CHASSI Nº 9C2JC4110FR109147, REGISTRADA EM NOME DE EDUARDO TOME DA SILVA; QUE O FATO ACONTECEU QUANDO ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA NAS IMEDIAÇÕES DA RUA PEDRO LEVINO, LOCALIZADA NO BAIRRO JARDIM ESPERANÇA - ARAPIRACA/AL, OCASIÃO EM QUE COLIDIU COM UMA OUTRA MOTO QUE REPENTINAMENTE E SEM NENHUMA SINALIZAÇÃO, ENTROU BRUSCAMENTE EM SUA FRENTE, QUE NÃO SABE INFORMAR AS CARACTERÍSTICAS DA MOTO CAUSADORA DO ACIDENTE, QUE EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE SOFREU VÁRIOS TRAUMAS; QUE FOI SOCORRIDA PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL (SAMU) E ENCAMINHADO PARA A UNIDADE DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY.							
QUE A VÍTIMA APRESENTOU E DEIXOU CÓPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: - CERTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU) ONDE CONSTAM OS DADOS RELATIVO AO ACIDENTE, ASSINADO PELO COORD. MÉDICO LUCAS DE OLIVEIRA AMARAL - CRM 6607-AL. - RELATÓRIO MÉDICO DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY. - FICHA DE ATENDIMENTO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE DA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO AGRESTE, CONSTANDO NÚMERO 00 BE 493348. - CERTIFICADO DE REGISTRO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - CRLV DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE. - DOCUMENTOS PESSOAIS E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.							
NOTICIANTE				ASS.: <i>Fernanda Melo de Oliveira</i>			
ELABORADO POR: Hermann Buarque de Gusmão				ASS.: <i>[Assinatura]</i> RG / MAT: 3016220			
AUTORIDADE: Eraldo Brasil Filho				ASS.: <i>[Assinatura]</i> RG / MAT: 304891			
RECEBIMOS DO HOC: Hermann Buarque de Gusmão				ASS.: <i>[Assinatura]</i> RG / MAT: 3016220			





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA
R. Silvestre Péricles n.1065 - Jardim Tropical - CEP: 57.616-060 - Arapiraca/AL
Fone: (82) 3530-0085 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Arapiraca, 20 de Outubro de 2016.

Conforme solicitado por Fernanda Melo de Oliveira, portador (a) de CPF nº 119.422.994-86 e Identidade nº 37872486, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca certifica que efetivou o atendimento da ocorrência abaixo:

Dados da Ocorrência:

- 1 - DIA: 9.3.16 às 8h1.
- 2 - LOCAL: Rua Pedro Levino, Bairro Jardim Esperança, Arapiraca/AL.
- 3 - REFERÊNCIA: Próximo a Churrascaria da Z3 Norte.
- 4 - OCORRÊNCIA: Colisão moto x moto.
- 5 - VÍTIMA: Fernanda Melo de Oliveira.
- 6 - DESTINO: Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly.
- 7 - UNIDADE SOCORRISTA: USB-04.
- 8 - MÉDICO(a) REGULADOR(a) : Dr. Lucas de Oliveira Amaral.

Dou ciência da veracidade dos dados acima apresentados.

SAMU
192
Lucas de Oliveira Amaral
Coord. Médico
CRM 6607/AL
Samu 192 - Regional Arapiraca

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) , FERNANDA MELO DE OLIVEIRA
que foi atendido no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de
prontuário 0000005272 e número de atendimento 00119401
apresentando diagnóstico FRATURA FEMUR ESQUEDO
para HOSPITAL SANTA RITA - ORTOPEDIA

Observação:

PACIENTE COM ATECEDENTE DE FRATURA COMPLETA DE FÊMUR, OPERADA VEM A UNIDADE APÓS SOFRER ACIDENTE DE MOTO HÁ 4 DIAS. NA RADIOGRAFIA SE OBSERVA OUTRA FRATURA IMCOMPLETA EM MESMO MEMBRO. SOLICITO AVALIAÇÃO DE ORTOPEDIA.

Dr. Felipe P. Resende
Médico
CRM AL 6945

Palmeira dos Índios, 12/12/2016 11:33:33

Médico: FELIPE DE PAIVA RESENDE

CRM: 0006945

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) , FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

que foi atendido no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000005272 e número de atendimento 00119401

apresentando diagnóstico FRATURA FEMUR ESQUEDO

para HOSPITAL SANTA RITA - ORTOPEDIA

Observação:

PACIENTE COM ATCEDENTE DE FRATURA COMPLETA DE FÊMUR, OPERADA VEM A UNIDADE APÓS SOFRER ACIDENTE DE MOTO HÁ 4 DIAS. NA RADIOGRAFIA SE OBSERVA OUTRA FRATURA IMCOMPLETA EM MESMO MEMBRO. SOLICITO AVALIAÇÃO DE ORTOPEDIA.

Dr. Felipe P. Resende
Médico
CRM AL 6945

Palmeira dos Índios, 12/12/2016 11:33:33

Médico: FELIPE DE PAIVA RESENDE

CRM: 0006945



HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MATERNIDADE SANTA OLÍMPIA
PALMEIRA DOS ÍndIOS

fls. 16

REGISTRO DE PACIENTES - INTERNOS

Paciente	Fernanda Melo de Oliveira			Registro	564274
Entrada	10-03-16	Idade	18 anos	Cor	B
Saída		Sexo	F	Naturalidade	
Procedência		Profissão	Estudante	Nacionalidade	
	Endereço: Rua 15 de Novembro, 384				

Queixa Principal

História da Doença Atual

REFUSO DE ALIMENTAR
DEPOIS DO PARTO
FIM DO PARTO COM O

Antecedentes Familiares Pessoais

NM

Exame Físico

REFORMAÇÃO, ORCUTADO E
LIMPEZA FUCIONAR ON COTA DESEJO

Diagnóstico

FIM DO PARTO COM O

fls. 17

Diagnóstico: _____

[illegible]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RICARDO CARLOS MEDEIROS e www2.tjaj.us.br, protocolado em 22/10/2020 às 09:13, sob o número 07013821720208020046. Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjaj.us.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0701382-17.2020.8.02.0046 e código 487AC70.

Nome do Paciente: Luiz Carlos de Oliveira Matrícula Nº _____
Aptº N. _____ Enfermaria N. 13 Leite N. 05

DATA E HORA		EVLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
	09:06	Adm. med. de hematócrito	[Assinatura]
14/3/16	16:00	Realização de Punção Venosa e/vasopuntura 20. Equipos, Espalmedipn + 15ent-1Ade di Agudas e/ Alcool à 70%, 1 por limas Pesad	Enf: Loucília
14/3/16	-	Solu glicosado 500ml. 1/2 fase,	Loucília Ben
14/3/16	17:00	Administrados 2g. Epizotina 3v, Jaquea dist-10	Silvini Mo Te
14/3/16	-	ml. 1 seringa desc. 10ml, SORO Fisiológico 500	Silvini Mo Te
14/3/16	-	ml. 2/	
14/03/16	22-23	adm. medicação de hematócrito	[Assinatura]
	24:06	adm. medicação de hematócrito	[Assinatura]



SESAU - Secretaria do Estado da Saúde
Unidade de Emergência Dr. DANIEL HOUL

SETOR:		PACIENTE: <u>Renanilson Medeiros</u>		REGISTRO:		LEITO: <u>04</u>		CENTRO DE CUSTO:	
FOLHA DE PRESCRIÇÃO						HORÁRIOS DE MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS			
QUANT.	DEV.	DATA <u>10.03.16</u> HORA							
		1) <u>Docto Luv</u>				500			
		2) <u>SF 91% 500ml, IV, 8/8h</u>				500 500			
		3) <u>SG 5% 500ml, IV, 12/12h</u>				500 500			
		4) <u>Tilatil 20g, IV, 12/12h</u>				18 06			
		5) <u>Dipirona 400mg 6/6h</u>				12 18 24			
		6) <u>Lipemine 0,5cc, SC, 12/12h</u>				12 24			
		7) <u>Thiamin 50mg @ 1000mg SF 91% IV, 8/8h 3x</u>				50			
		8) <u>plavix 150mg 8/8h 3x</u>				50			
		9) <u>SLU @ SEGE</u>				20, 10, 2			
Dr. Alex L. A. Rocha CRM - 23103						ANDRÉ JUCS			
CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS						ASSINAR E CARIMBAR A PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM ASSINA E CARIMBAR CHEGAGEM DOS MEDICAMENTOS / PROCEDIMENTOS			
DESCARTÁVEIS	QUANT.	DEV.	PRODUTO		QUANT.	DEV.	PRODUTO		
			ABBOCATH N° 20				LUVAS PROCEDIMENTOS		
			ABBOCATH N° 22				POLIFIX 2 VIAS		
			AGULHA DESC. 13X4,5 Insul.				POLIFIX 4 VIAS		
			AGULHA DESC. 25X7				SCALP 21		
			ÁGUA DESTILADA AMP. 10ml				SCALP 23		
			ATADURA DE CREPON 15cm				SCALP 25		
			ATADURA DE CREPON 20cm				SERINGA DESC. 1ml		
			ABAIXADOR DE LÍNGUA				SERINGA DESC. 3ml		
			BOLSA COLETORA DE URINA				SERINGA DESC. 5ml		
			COMPRESSA DE GAZES 7,5X7,5				SERINGA DESC. 10ml		
			CATETER OXIGÊNIO				SERINGA DESC. 20ml		
			ELETRODO DESCARTÁVEL				SONDA URETRAL N° 10		
			EQUIPO C/ SUSPIRO				SONDA URETRAL N° 12		
			EQUIPO COM MICROGOTAS				SONDA URETRAL N° 14		
			EQUIPO MACROGOTAS COMUM						
			ESTOJO DE BARBEAR						
			LÂMINA DE BISTURI						
		LUVAS ESTERILIZADAS 7.0							
		LUVAS ESTERILIZADAS 8.0							
RECEBIDO			DESPACHADO						



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS

MANTENEDORA DO HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MATERNIDADE SANTA OLÍMPIA

DESCRIÇÃO DE OPERAÇÃO

Diagnóstico pré-operatório: _____

Condições do paciente antes da operação: _____

Operação realizada: DF com 1st Tur Data: 14.03.16

Cirurgião: Helysandro A. Faria

Auxiliar(es): _____

Anestesista: _____ Anestesia: _____

Diagnóstico operatório: FRATURA BILATERAL FEM

Descrição da operação: _____

Fernanda Melo de Oliveira

Registro: 564274

Quarto: 13-5

Nome, Registro, Quarto

- A 1º TO COM PNA SEM ANEST
- A ISSOTIA - CANA COM
- A ALICIA LICO PAVOLATON LOTO (E)
- A FRONTALICA E LE RUGA DE CAN
- A OSIROSSIMBO CI FUAH O PAVOLATON
- A ALICIA DO MONTAGS
- A SINIOSO LA FUAH
- A CUANO

Helysandro A. Faria
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AL 5225
CNS: 210169735610016

L04 amol

MS/DATASUS		UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE	
No. DO BE:	493348	DATA:	09/03/2016
SETOR:		11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS	HORA:
08:35			
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME:	FERNANDA MELO DE OLIVEIRA	DOC:	APS
IDADE:	18 ANOS	NASC:	09/04/1997
ENDERECO:	RUA 15 DE NOVENBRO	SEXO:	FEMININO
COMPLEMENTO:	SEM DOCUMENTOS	NUMERO:	
MUNICIPIO:	PALMEIRA DOS INDIOS	BAIRRO:	
NOME DA MAE:	AMELIA	UF:	AL
RESPONSAVEL:	O NOIVO	CEP:	
LOCAL DE PROCEDENCIA:	ARAPIRACA	TEL:	9 9607 5569
MOTIVO DO ATENDIMENTO:	COLISAO - MOTOS		
CASO POLICIAL.....:	NAO	PLANO DE SAUDE:	NAO
ACID. TRABALHO....:	NAO	TRAUMA.....:	SIM
VEIO DE AMBULANCIA:	SIM		
SAT = 99%			
PA:	[X]	mmHg	[]
PULSO:	[70]	TEMP.:	[]
EXAMES COMPLEMENTARES:	[X] RAO X	[] SANGUE	[] URINA
	[] LIQUOR	[] ECG	[] TO
			[] ULTRASSONOGRAFIA
DADOS CLINICOS: Vitimizada de colisão, motor motor com um de capacete (no) sem entrada nesta unidade cirurgica pelo SAMU com queixa de dor em face e MTE. Nega perda de consciência ou vômitos ou alagamento, etc.			
Exame: A - Visão normal, B - Ausência de lesões, C - Glasgow=15, E - ambiente, e sem sinais de choque, D - Glasgow=15, E - Exame normal e sem trauma com perda de substância e sangramento em MTE. Por a deformidade em face e. Para exame: AHA = Hematoma na face e na cabeça.			
DIAGNOSTICO: Politraumatismo			
PRESCRICAO		CID:	
A vista do original apresentado		HORARIO DA MEDICACAO	
AUTENTICO a presente copia, na			
forma do Art. 5º único do Decreto			
Nº 83935/79			
Araripaca/AL			
14/04/2015			
5) Lupa + Luatino		500 500	
2) Scl + 1000ml IV		855	
3) Tilatil 10mg + dif IV		855	
4) Tetanusulim 250UI - IM			
5) Se Baco / Ortopedia			
DATA DA SAIDA:		HORA DA SAIDA:	
ALTA:	[] DECISAO MEDICA	[] A PEDIDO	[] A REVELIA
	[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO	[] DESISTENCIA	
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):			
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):			
OBITO:	[] ATE 48HS	[] APÓS 48HS	[] FAMILIA
			[] IML
			[] ANAT. PATOL
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL		ASSINATURA E CARTILHO DO MEDICO	



SECRETARIA DE SAÚDE
UNIDADE DE EMERG. DO AGRESTE
A vista do original apresentado
AUTENTICO a presente cópia, na
forma do Art. 5º único do Decreto
Nº 83935/79
Arapiraca/AL 11/04/2016

MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

No. DO BE: 493348

DATA: 09/03/2016

HORA: 08:35

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

IDADE: 18 ANOS

SEXO: FEMININO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Codigo	Descricao	Profissional
--------	-----------	--------------

09/03/16

9:45

Cir. Geral

Paciente com R
dores ausência de hemiparesia
ou fraturas costais
R. fratura fechada
de fratura da costela

Jean Zupari
4453

BNF: Queda de moto e trauma em
do os membros superiores em membros
e moiz. Sem sinais de fraturas em
do pare.

CA: Orient.

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
Líndyze + Caroline

Abre BNF
Ulke Bruno Pessoa Santos
Cirurgião Traumatologista BM
CRM-AL 2746



SESAU - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly

SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA EXTERNA / GERENCIAMENTO LEITOS

NOME DO PACIENTE: Fernando Welo Oliveira

SETOR: _____ LEITO: _____

HOSPITAL DESTINO: Santa Rita (Hospital)

TRANSPORTE: () AMBULÂNCIA SIMPLES () AMBULÂNCIA UTI

FAMILIAR CIENTE: () SIM () NÃO

NOME DE FAMILIAR _____

() CARTÃO SUS Nº _____

DOCUMENTOS QUE SEGUEM:

EXAMES: () CÓPIA EM ANEXO () RESUMO

PRESCRIÇÃO: () CÓPIA EM ANEXO () RESUMO

RESUMO CLÍNICO

Prontidão última de queda de moto e fratura de
diáfise do fêmur (E) Recusado AD 3243

Dr. Alex L. A. Rocha
CRM - 28103

Arapiraca 10 de 03 de 16

MÉDICO RESPONSÁVEL

ENFERMEIRA

GERENCIAMENTO DE LEITOS: _____ HORA TRANSFERÊNCIA: _____



SESAU - Secretaria do Estado da Saúde Unidade de Emergência Dr. DANIEL HOULY

SETOR:	PACIENTE: <u>Fernando Medeiros</u>	REGISTRO:	LEITO: <u>04</u>	CENTRO DE CUSTO:
FOLHA DE PRESCRIÇÃO			HORÁRIOS DE MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS	
QUANT.	DEV.	DATA <u>10/03/16</u> HORA		
		1) Dorso Lumb	5ND	
		2) SF 919, 500ml, IV, 8/8h	500 500 500	
		3) SG 5%, 500ml, IV, 12/12h	500 500	
		4) Telatril 20mg, IV, 12/12h	18 06	
		5) Dipirona 4g, IV, 6/6h	12 12 24 06	
		6) Lefemine 0,5cc, SC, 12/12h	12 24	
		7) Torment 50mg @ 1000ml SF 919, IV, 8/8h 50	5N	
		8) Plavix 150mg IV, 8/8h 50	5N	
		9) SCLV @ 0,5cc	Retirar	
		Dr. Alex L. A. Rocha CRM-23103	Anexado 200523	

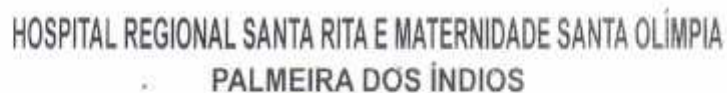
CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS: ☐

ASSINAR E CARIMBAR A PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM ASSINA E CARIMBA
CHECAGEM DOS MEDICAMENTOS / PROCEDIMENTOS

DESCARTÁVEIS	QUANT.	DEV.	PRODUTO	QUANT.	DEV.	PRODUTO
			ABBOCATH Nº 20			LUVAS PROCEDIMENTOS
			ABBOCATH Nº 22			POLIFIX 2 VIAS
			AGULHA DESC. 13X4,5 Insul.			POLIFIX 4 VIAS
			AGULHA DESC. 25X7			SCALP 21
			ÁGUA DESTILADA AMP. 10ml			SCALP 23
			ATADURA DE CREPON 15cm			SCALP 25
			ATADURA DE CREPON 20cm			SERINGA DESC. 1ml
			ABAIXADOR DE LÍNGUA			SERINGA DESC. 3ml
			BOLSA COLETORA DE URINA			SERINGA DESC. 5ml
			COMPRESSA DE GAZES 7,5X7,5			SERINGA DESC. 10ml
			CATETER OXIGÊNIO			SERINGA DESC. 20ml
			ELETRODO DESCARTÁVEL			SONDA URETRAL Nº 10
			EQUIPO C/ SUSPIRO			SONDA URETRAL Nº 12
			EQUIPO COM MICROGOTAS			SONDA URETRAL Nº 14
			EQUIPO MACROGOTAS COMUM			
			ESTOJO DE BARBEAR			
			LÂMINA DE BISTURI			
			LUVAS ESTERILIZADAS 7.0			
			LUVAS ESTERILIZADAS 8.0			

RECEBIDO

DESPACHADO



Fernanda Melo de Oliveira

564274

30-03-16

18 anos

3

F

Students

(continued)

Rua 25 de Novembro, 384

Queixa Principal

História da Doença Atual

lets come to action
discussing progress
making plans for a

- Antecedentes Familiares Pessoais

12/11/20

Exame Físico

12 FORMAS DE, ONCE POR A
CADA FUNÇÃO ON CADA ESCALA

Diagnóstico

FMAAS WASHIN ROM CH

11. $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) , FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

que foi atendido no serviço de Urgência/Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000005272 e número de atendimento 00119401

apresentando diagnóstico FRATURA FEMUR ESQUEDO

para HOSPITAL SANTA RITA - ORTOPEDIA

Observação:

PACIENTE COM ANTECEDENTE DE FRATURA COMPLETA DE FÊMUR, OPERADA VEM A UNIDADE APÓS SOFRER ACIDENTE DE MOTO HÁ 4 DIAS. NA RADIOGRAFIA SE OBSERVA OUTRA FRATURA INCOMPLETA EM MESMO MEMBRO. SOLICITO AVALIAÇÃO DE ORTOPEDIA.

CRM: 0006945
Médico
Dr. Felipe P. Resende

Palmeira dos Índios, 12/12/2016 11:33:33

Médico: FELIPE DE PAIVA RESENDE

CRM: 0006945

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins trabalhistas, que o Sr(a) FERNANDA MELO DE OLIVEIRA esteve em atendimento médico no serviço de Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000005272 e número de atendimento 00119401 no dia 12/12/2016 de 10:37 às 11:18 com hipótese diagnóstica - FRATURA COXA ESQUERDA.

Palmeira dos Índios,

12 de Dezembro de 2016

Assinatura / Carimbo



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE PALMEIRA DOS ÍNDIOS

MANTENEDORA DO HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MATERNIDADE SANTA OLÍMPIA

DESCRIÇÃO DE OPERAÇÃO

Diagnóstico pré-operatório: _____

Condições do paciente antes da operação: _____

Operação realizada: Dr. Carlos Medeiros Data: 14.03.16

Cirurgião: Wellyson da Silva

Auxiliar(es): _____

Anestesista: _____ Anestesia: _____

Diagnóstico operatório: fratura brafica com

Descrição da operação: _____

Fernanda Melo de Oliveira

Registro: 564274

Quarto: 13-5

Nome, Registro, Quarto

- 1. FCB OM DIA 800 ANOS
- 2. ASSORIA - CAMB CU
- 3. ALICIA LICA RIVOLUTAR LOTA (E)
- 4. FORTIFICAÇÃO E LE DOLO DE LOTA
- 5. OSTEOSSINTESE CI LOTA E PMAKES
- 6. LOTAÇÃO DO MOVIMENTO
- 7. SINUSO LA LOTA
- 8. CUBANO


Dr. Carlos Medeiros
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AL 5225
CNS: 21016273254016

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01

VERSÃO:

Associação Beneficente de Palmeira dos Índios - 451

ESPELHO DA AIH

PAG:

O.E.: M270630701

ESFERA: PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS

APRESENTAÇÃO: 04/2016

DATA: 22/04/2016

Num AIH: 271610293109-1 Situação: APURADA Tipo: 01 - INICIAL Apresentação: 04/2016 Data Autorização: 10/03/2016

Especialidade: 1 - CIRURGIA Orgão Emissor: M270630701 Lote: Enfermaria: 13 Leito: 5

Doc. Autorizador: 206790580730005 Doc. Med Resp: 190142669090000 Doc. Diretor Clínico: 201028557350008 Doc. Médico Solic: 206755416400000

CNES: 2010631 - Associação Beneficente de Palmeira dos Índios CNS: 706008877922145

Paciente: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

Data Nasc: 09/04/1997 Sexo: F Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc: DOCUMENTO DE IDENTIDADE Doc: 37672486

Responsável Pac: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

Endereço: 15 DE NOVEMBRO - 384 Bairro: SAO CRISTOVAO Nome Mãe: AMELIA PEREIRA DE MELO

Município: 270630 - PALMEIRA DOS ÍNDIOS UF: AL CEP: 57601-370 Raca/Cor: 99 - SEM INFORMAR Etnia: 0000 - NAO SE APLICA

Procedimento Solicitado: 04.08.05.063-2 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Procedimento Principal: 04.08.05.063-2 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Diag. Principal: S720 - FRATURA DO COLO DO FEMUR

Complementar:

Caráter Atendimento: 02 - URGENCIA

Data Internação: 10/03/2016

Data Saída: 15/03/2016

Motivo saída: 11 - ALTA CURADO

Liberação SISAIH01:

AIH Anterior:

AIH Posterior:

Diag. Secundário: Y010

Causa Obito:

Modalidade: HOSPITALAR

CAUSAS EXTERNAS (Acidente ou Violência)

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo Previdência:

CBOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpt	Descrição
1	04.08.05.063-2	210169735610018	225270(01)	2010631	2010631	01	03/2016	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA
2	04.08.05.063-2	207285626840007	225151(06)	2010631	2010631	01	03/2016	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA
3	07.02.05.081-4			09041828000162	09041828000162	01	03/2016	CATEETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN
4	02.02.02.002-9			2010631	2010631	01	03/2016	CONTAGEM DE PLAQUETAS
5	02.02.02.038-0			2010631	2010631	01	03/2016	HEMOGRAMA COMPLETO

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	1031	09.041.828/0001-62			G9382M632X13	09.041.828/0001-62

VALORES DA PRÉVIA

	Direto		Rateado				TOTAL
	Direto		Direto		Rateado		
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.08.05 - MEMBROS INFERIORES	725,17		74,34		173,46		972,97
07.02.05 - OPM COMUNS							
Total Geral:	725,17		74,34		173,46		972,97

CID SECUNDÁRIO

CID	Característica
Y010	PREEXISTENTE

Número de Nascidos

Número de Saídas

Nº Pré-Natal:

Vivos: 00 Mortos: 00 Altas: 00 Transf.: 00 Obitos: 00

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

De acordo com a Portaria S.A.S N° 92, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.

[Buscar no site](#)[Seguro DPVAT](#)

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170073692 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial Maceio-AL

BENEFICIÁRIO FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 11942299486

Posição em 30-03-2017 18:30:24

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

ACESSIBILIDADE

 </Pages/Acessibilidade.aspx>  </Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)

[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-invalidez-Permanente.aspx)

[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)

[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuaados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuaados.aspx)

[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>



SUS Único de Saúde da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 31

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MAT. SANTA OLÍMPIA

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MAT. SANTA OLÍMPIA

2. CNES
20106

4. CNES
20106

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE
Fernanda Melo de Oliveira

6. Nº DO PRONTUÁRIO
564274

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8. DATA DE NASCIMENTO
09/04/97

9. SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐

10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
A Mesma

11. TELEFONE DE CONTATO

12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Rua 25 de Novembro, 384

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
P dos Índios

14. COD. IBGE
270630

15. UF
AL

16. CEP
15716-013

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Pacienta relata de eczema em face
apresentando prurido de face e
período

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Lesões Eczematosas

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

R. 20510 + CE INFLAM

20. DIAGNÓSTICO INICIAL
Eczema

21. CID 10-PRINCIPAL
5723

22. CID 10-SECUNDÁRIO

23. CID 10-CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Tratamento clínico com pomada

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
094080505

26. CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28. DOCUMENTO
(X) CNS () CPF

29. Nº DCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
2706303750001

30. NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
Jorge Roberto de Souza

31. DATA SOLICITAÇÃO
10/03/16

32. ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36. CNPJ DA SEGURADORA

37. Nº DO BILHETE

38. SÉRIE

39. C.N.P.J. DA EMPRESA

40. Nº DO BILHETE

41. SÉRIE

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROF. AUTORIZADOR

44. COD. ORGÃO EMISSOR

45. DOCUMENTO
() CNS () CPF

46. Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR

49. Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
2706303750001

HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MATERNIDADE SANTA OLIMPIA

Av. Deputado Medeiros Neto, 76 – São Cristóvão
57600-000 Palmeira dos Índios - Alagoas
C.N.P.J 12.509.238/0001-26

NOME: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA
CONVÊNIO: SISTEMA UNICO DE SAUDE
REGISTRO: 8744/2019
DATA: 06/06/2019 08:32

COXA ESQUERDA

Fratura consolidada no terço médio do fêmur esquerdo com presença de haste e parafusos metálicos;
Relações articulares preservadas.

COLUNA CERVICAL

Corpos vertebrais de estrutura e densidades normais;
Discos inter-vertebrais conservados;
Articulações interapofisarias normais;
Unco-vertebrais sem alterações.

COLUNA DORSO-LOMBAR

Corpos vertebrais de estrutura e densidades normais;
Discos inter-vertebrais conservados;
Pedículos íntegros;
Articulações interapofisarias anatômicas;
Sacro e articulações sacro-iliacas sem alterações.



PEDRO PAULO DUARTE - CRM: 1496

FOLHA DE CIRURGIA

MATERIAIS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS

CÓD	DESCRIÇÃO	QUANT	UNID	CÓD	DESCRIÇÃO	QUANT	UNID
	Xilocaina Pesada				Aguilha R. n° 25	02	
	Xilocaina 1% S/ Adr				Fluxo. Fin.	04	
	Xilocaina 2% C/ Adr				gesso Mão.	03	
	Seringa Desc. 03 ml				Mão. desc.	07	
	Seringa Desc. 05 ml	01			propi	07	
	Seringa Desc. 10 ml	02			luvas Povid.	04	
	Katlar				Vicril 2-0	01	
	Aguilha Desc (25x7)	02			Adesivo crep. 10cm.	04	
	" " 40x12	01					
	Elavexidina Dig.	180	ml.				
	" Alcoolica	180	ml.				
	Vasopir n° 20	02					
	Epifreina	02	amp				
	Agua dest. 1.000ml	01					
	transopir	01					
	Escovas	04					

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

CÓD	DESCRIÇÃO	QUANT	INIC	TERM	CÓD	DESCRIÇÃO	QUANT	INIC	TERM
	Oxigênio Medical					Aspiração			
	Oxido Nitroso								
	Ar Comprimido								
	Aplic. de Injeção								
	Cauterização								
	Lavagem Intestinal								
	Drenagem de Tórax								

EQUIPE MÉDICA

EXECUTOR	ATO	CRM	NOME DO PROFISSIONAL
Cirurgião			D ^{re} Kelly Carlos
1. Auxiliar			
2. Auxiliar			
Anestesista			D ^{re} Agamenon Ferraz
Clinico			
Instrumentadora			Marcelo + Reiny
Aux. Anest.			Silviane M. Ten + Edmar

OBSERVAÇÕES Oximetria Digital x



Hospital Regional Santa Rita e Maternidade Santa Olímpia

Ficha de Internação

Registro: 564274 SPP....: 205708 Espec...: ORTOPEDIA

Paciente: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

Quarto/Leito: 13 - ENFERMARIA

Data de Internação: 10/03/2016

Hora Internação: 11:02

Convênio....: SUS

Categoria...: SUS

Matricula...: 706008877922

Guia ou AIH..:

Procedimento:

Dias Perman.: 1

Depósito/Caução: 0,00

Valor Pacote: 0,00

Dt.Nas.: 09/04/1997

Idade....: 18 anos 11 m

Naturalid: PALMEIRA DOS INDIOS

Sexo...: FEMININO

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

Peso.....:

Gp.San.: X

Fat.Rh.: X

Internações Anteriores: 1

Conjuge:

Data última Internação:

Pai....: GENIVAL COSMO DE OLIVEIRA

Mae: AMELIA FERREIRA DE MELO

Raça...: BRANCA

Tp.Logr.: RUA

Lograd.: 15 DE NOVEMBRO

No.....: 384

Bairro...: SAO CRISTOVAO

Cidade...: PALMEIRA DOS INDIOS

UF.....: AL

CEP....: 57601370

Telefon: 8296508495 Referenc:

Ocupaç.: ESTUDANTE.

Docume.: 37872486

Empresa:

Tel.Com:

Responsável:

Telefone Responsável:

Doc.Respons:

Grau de Parentesco:

Médico.: WELLINGTON RIBEIRO BENTO

CRM Médico: 2970

Diag.Inicial:

Código:

0408030519-542-3
924-648-584/04

TERMO DE RESPONSABILIDADE

DECLARO QUE:

- 1 - Os dados acima registrados correspondem a expressão da verdade.
- 2 - Tomei conhecimento e concordo com as mesmas.
- 3 - Durante a internação submeter-me-ei ao Regulamento do Hospital e as indicações médicas consideradas necessárias para o tratamento/esclarecimento do diagnóstico.
- 4 - Ao receber alta do médico assistente, desocuparei a dependência do Hospital, onde estiver internado o mais cedo possível.

Assinatura

() Paciente

() Responsável

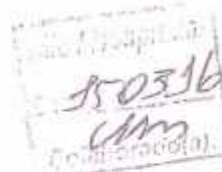
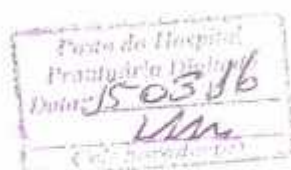
Palmeira dos Índios, 10/03/2016.

Ass. do Paciente ou Responsável

Data....: 10/03/2016

Hora.....: «TIME»

Usuário Resp Preenchimento: ANGELITA



 HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MATERNIDADE SANTA OLÍMPIA PALMEIRA DÓS ÍNDIOS			REGISTRO DE PACIENTES - INTERNOS		
Paciente <u>Fernanda Melo de Oliveira</u>			Registro <u>564274</u>		
Entrada <u>10.03.16</u>	Idade <u>18 anos</u>	Cor <u>B</u>	Nacionalidade _____		
Saída _____	Sexo <u>F</u>	Profissão <u>Estudante</u>	Nacionalidade _____		
Procedência _____	Endereço <u>Rua 15 de Novembro, 384</u>				
Queixa Principal _____					
História da Doença Atual _____					
<u>Sete dias de dor</u> <u>no abdome superior</u> <u>na região epigástrica</u>					
Antecedentes Familiares Pessoais _____					
<u>NM</u>					
Exame Físico _____					
<u>Reflexos abdominais normais</u> <u>com rigidez localizada na região epigástrica</u>					
Diagnóstico _____					
<u>FMAO HATISSE com O2</u>					

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RICARDO CARLOS MEDEIROS e www2.tjaj.jus.br, protocolado em 22/10/2020 às 09:13, sob o número 07013821720208020046. Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjaj.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0701382-17.2020.8.02.0046 e código 487AC7A.

Nome do Paciente: Leandro Melo de Oliveira Matrícula N° _____Apt° N. _____ Enfermaria N. 13 Leite N. 05

DATA E HORA		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
	09:00	Adm. med. de hemograma	Leandro
14/3/16	16:00	Realização de Punção Venosa e/vasopuntura	Enj. Loucília
	-	210. Esquipo, Espáriedia por + 15 ent. 1 Bala de	
	-	Algodão e/ Alcool 70%, 1 por limpa Pessal	
14/3/16	-	Soro fisiológico 500ml. 12º fase,	Loucília Buma
14/3/16	17:00	Administrados 2g. Espazolinas 2ml, Injeção de 10	Silvete Mota
14/3/16	-	ml. 1 Seringa de 10ml, Soro Fisiológico 500	Silvete Mota
14/3/16	-	ml. 2º	
14/03/16	22-23	adm. medicação de hemograma	Leandro
	24:00	adm. medicação de hemograma	Leandro

SETOR:		PACIENTE:		REGISTRO:	LEITO:	CENTRO DE CUSTO:
		FERNANDO HEDOLUPHINI			04	
FOLHA DE PRESCRIÇÃO						HORÁRIOS DE MEDICAMENTOS E PROCEDIMENTOS
QUANT.	DEV.	DATA	HORA			
		10/03/16				
		1) Dorso Luni		SND		
		2) SE 91% 500ml, IV, 8/8h		500 500 500		
		3) SG 5% 500ml, IV, 12/12h		500 500		
		4) Talatol 20g, IV, 12/12h		18 06		
		5) Dipirona 4g, IV, 6/6h		12 18 24 06		
		6) Lefemine 0,5cc, SC, 12/12h		12 24		
		7) Timentol 5mg @ 1000g SE 91% IV, 8/8h 10		SN		
		8) Plavix 150mg IV, 8/8h 10		SN		
		9) SCL 0,5cc 10		20, 10, 20		
Dr. Alex L.A. Rocha CRM 23703				ANDRÉ JMC 523		
CONTROLE DE ANTIBIÓTICOS ASSINAR E CARIMBAR A PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM ASSINA E CARIMBA CHECAGEM DOS MEDICAMENTOS / PROCEDIMENTOS						
QUANT.		DEV.	PRODUTO	QUANT.	DEV.	PRODUTO
			ABBOCATH Nº 20			LUVAS PROCEOIMENTOS
			ABBOCATH Nº 22			POLIFIX 2 VIAS
			AGULHA DESC. 13X4,5 Insul.			POLIFIX 4 VIAS
			AGULHA DESC. 25X7			SCALP 21
			ÁGUA DESTILADA AMP. 10ml			SCALP 23
			ATADURA DE CREPON 15cm			SCALP 25
			ATADURA DE CREPON 20cm			SERINGA DESC. 1ml
			ABAIXADOR DE LÍNGUA			SERINGA DESC. 3ml
			BOLSA COLETORA DE URINA			SERINGA DESC. 5ml
			COMPRESSA DE GAZES 7,5X7,5			SERINGA DESC. 10ml
			CATETER OXIGÊNIO			SERINGA DESC. 20ml
			ELETRODO DESCARTÁVEL			SONDA URETRAL Nº 10
			EQUIPO CI SUSPIRO			SONDA URETRAL Nº 12
			EQUIPO COM MICROGOTAS			SONDA URETRAL Nº 14
			EQUIPO MACROGOTAS COM LINA			
			ESTOJO DE BARBEAR			
			LÂMINA DE BISTURI			
			LUVAS ESTERILIZADAS 7.0			
			LUVAS ESTERILIZADAS 8.0			
RECEBIDO		DESPACHADO				



Hospital Regional Santa Rita e Maternidade Santa Olímpia
Ficha de Internação

fls. 39

Registro: 564274 SPP....: 205708 Espec...: ORTOPIEDIA
Paciente: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA Quarto/Leito: 13 - 1 ENFERMARIA

Data de Internação: 10/03/2016 Hora Internação: 11:02

Convênio....: SUS Categoria....: SUS
Matricula....: 706008877922 Guia ou AIH.:
Procedimento: Dias Perman.: 1
Depósito/Caução: 0,00 Valor Pacote: 0,00

Dt.Nas.: 09/04/1997 Idade....: 18 anos 11 m Naturalid: PALMEIRA DOS INDIOS
Sexo....: FEMININO Est.Civil: SOLTEIRO(A) Peso.....:
Gp.San.: X Fat.Rh.: X Internações Anteriores: 1
Conjuge: Data ultima Internação:
Pai....: GENIVAL COSMO DE OLIVEIRA Mae: AMELIA PEREIRA DE MELO
Raça....: BRANCA

Tp.Logr: RUA Lograd.: 15 DE NOVENBRO No.....: 384
Bairro.: SAO CRISTOVAO Cidade.: PALMEIRA DOS INDIOS UF.....: AL
CEP.....: 57601370 Telefon: 8296508495 Referenc:
Ocupaç.: ESTUDANTE. Docume.: 37872486
Empresa: Tel.Com:

Responsável: Telefone Responsável:
Doc.Respons: Grau de Parentesco:

Médico.: WELLINGTON RIBEIRO BENTO CRM Médico: 2970

Diag.Inicial: Código: 0408030519-5425
CID: 924-648-58404

TERMO DE RESPONSABILIDADE

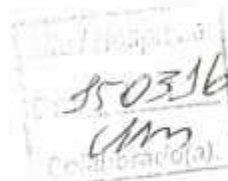
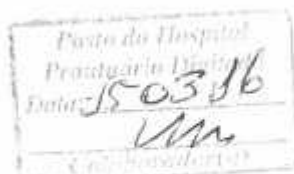
DECLARO QUE:

- 1 - Os dados acima registrados correspondem a expressao da verdade.
- 2 - Tomei conhecimento e concordo com as mesmas.
- 3 - Durante a internacao submeter-me-ei ao Regulamento do Hospital e as indicacoes medicas consideradas necessarias para o tratamento/esclarecimento do diagnostico.
- 4 - Ao receber alta do medico assistente, desocuparei a dependencia do Hospital, onde estiver internado o mais cedo possivel.

Assinatura { } Paciente { } Responsavel
Palmeira dos Índios, 10/03/2016.

Ass. do Paciente ou Responsavel

Data....: 10/03/2016 Hora.....: «TIME» Usuário Resp Preenchimento: ANGELITA



fls. 40

Diagnóstico: _____

DATA E HORA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	ASSINATURA
		<i>Tramite e sub papel</i> <i>Dr. Ricardo Galia</i> Dr. Ricardo Galia CRM 10448 RQE 075 97434	



FOLHA MÉDICA

Nome do Paciente: Fernanda Melo de Oliveira Matrícula Nº 56427

Aptº N. _____ Enfermaria N. _____ Leito N. _____

Diagnóstico: _____

DATA E HORA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	ASSINATURA
10/03/16	Prescrição Vitamínica de 1000mg de Vit. C com 100mg de Vit. E (1) Vit. C 1000mg (2) S.G.S. 1000mg EV 2x/dia (3) S.F.O. 500mg 10x/dia (4) Dipirona 2ml (600mg) 4x/dia (5) Tetraxilona 20mg (600mg) 12x/dia (6) Solução de 02 (duas) unidades de Concentrado de Hemo (7) RX para exame OK	Dr. Wellington R. Bento Oncologia CRM-AL 2970
	(1) S.F.O. 500mg, 500mg, 500mg, 500mg (2) Dipirona 2ml (600mg) 4x/dia (3) Tetraxilona 20mg (600mg) 12x/dia (4) Concentrado de Hemo 300ml (5) Cloro 40mg, 10, 10, 10 (6) Dipirona 40mg, 10, 10, 10	Dr. Lucas Barros Rodrigues Oncologia - Traumatologia CRM-AL 2955
18/03/16	A D.O.M. 2000mg H S.F.O. 500mg - 1000mg @ 12h H ENOXAPARINA 40mg SC 1x/dia A D.O.M. 100mg 4x/dia A INIBIDOR 50mg SC 2x/dia H COFAROLINA 1g (1000mg) @ 2x/dia A FLUATIL 40mg (100mg) @ 1x/dia A FLASIL-AP @ 2x/dia	

Nome do Paciente: Fernando Melo de Oliveira Matricula Nº _____Aptº N. _____ Enfermaria N. 13 Leite N. 05

DATA E HORA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ASSINATURA

	09:00	Adm. med. de heparina	
14/3/16	16:00	Realização de Puncção venosa e/vasopuntura	Enf: Kaciela
	-	20. Esquipo, Espádmop + 15ml. 1 Bala de	
	-	Algodão e/Alcool 70%, 1 par luvas Steril	
14/3/16	-	Soro glicosado 500ml. 1/2 frase	Kaciela B...
14/3/16	17:00	Administrado 2g. Pipizelina 3.v, 1aguar de 10	Silvete Mota
14/3/16	-	ml. 1 Seringa de 10ml, Soro Fisiológico 500	Silvete Mota
14/3/16	-	ml. 2	
14/03/16	22-23	adm. medicação de heparina	
	24:00	adm. medicação de heparina	



Hospital Regional Santa Rita
Maternidade Santa Olímpia

Av. Deputado Medeiros Netto, 76 - Centro - FONE: 3421-9000

PALMEIRA DOS ÍNDIOS - ALAGOAS

Nome do Paciente: Fernanda Melo de Oliveira, Matrícula Nº 564274

Aptº N. _____ Enfermaria N. _____ Leito N. _____

DATA E HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	ASSINATURA
10/03/16 13:30	Plantei transfusão de UE, admitido no clivelo linfático, resp. 12, 16 e 18 em mca, com fístula e fístula aguda. M.T.E. com imobilização e tração. Vozes alveares mediantes, diáfragma e bipulmonares. Af. do S.S.C., udo gráfico.	
10-03-16 14:1h	Adm. Medicamentos de horário	Angélica
10-03-16 20:00	Adm. Medicamentos de horário	Angélica
11-03-16 14:00	Adm. med. de horário	Rosylene da Silva Téc. de Enfermagem COREN-AL 893.705
11-03-16 14:00	Adm. med. de horário	Angélica B. Oliveira Enfermeira COREN-AL 406.55
15:05	PA inicial 120x80 mmHg T: 36,5°C	
	 HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA UNIDADE TRANSFUSIONAL DATA: <u>11.03.16</u> HORA: <u>15:05</u> Nº DA BOLSA: <u>0127160222088</u> COMPONENTE: <u>O- hemácias</u> VOL ADMINISTRADO: <u>320</u> ml <u>O+</u> INTERCORRÊNCIAS: <u>nenhuma</u> <u>Marta</u>	
16:45	PA final 120x70 mmHg T: 36,7°C	Marta
18h	Adm. Medicamentos de horário	Marta
24h	Adm. med. de horário	
06h	Adm. med. de horário	
12/03/16 12	adm. medicamentos de horário	
18:00	adm. med. de horário	
13/03/16 00h	Adm. med. de horário	
06h	Adm. med. de horário	

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RICARDO CARLOS MEDEIROS e www2.tjal.jus.br, protocolado em 22/10/2020 às 09:13, sob o número 0701382-17.2020.8.02.0046 e código 487AC83. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0701382-17.2020.8.02.0046 e código 487AC83.



SUS Único de Saúde da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MAT. SANTA OLÍMPIA

2. CNES
2010631

1. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL SANTA RITA E MAT. SANTA OLÍMPIA

4. CNES
2010631

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE
Fernanda Melo de Almeida

6. N° DO PRONTUÁRIO
564274

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8. DATA DE NASCIMENTO
09/04/97

9. SEXO

Masc. ☐ 1

Fem. ☒

10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
A. Almeida

11. TELEFONE DE CONTATO

12. ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
Rua 15 de Novembro, 384

São Cristóvão

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
P. dos Índios

14. COD. IBGE
270630

15. UF
AL

16. CEP
57161-011

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente portadora de síndrome de Down, com todos os sinais clínicos característicos.

18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As alterações físicas.

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

RA - 25/10 T. CT 11/10/00

20. DIAGNÓSTICO INICIAL

21. CID 10-PRINCIPAL
5723

22. CID 10-SECUNDÁRIO

23. CID 10-CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
11/10/00 - 11/10/00 - 11/10/00

25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408050

26. CLÍNICA

27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28. DOCUMENTO
() CNS () CPF

29. N° DCTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
11/10/00

30. NOME DO PROF. SOLICITANTE/ASSISTENTE
Ricardo Carlos Medeiros

31. DATA SOLICITAÇÃO
30/03/16

32. ASSINATURA E CARIMBO (N° REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS

33- () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34- () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35- () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36. CNPJ DA SEGURADORA

37. N° DO BILHETE

38. SÉRIE

39. C.N.P.J. DA EMPRESA

40. N° DO BILHETE

41. SÉRIE

42. VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43. NOME DO PROF. AUTORIZADOR

44. COD. ÓRGÃO EMISSOR

45. N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45. DOCUMENTO

46. N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. AUTORIZADOR

() CNS () CPF

271610793353

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: *Fernando Melo de Oliveira* NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <i>09/03/2016</i>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <i>14/03/16</i>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <i>Fernando Melo de Oliveira</i>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <i>Extrusão e Fratura Fechada do Fêmur Esq.</i>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <i>Fato de acidente agravado com colocação de placa metálica com parafusos de fixação no Fêmur Esq.</i>	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☒ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☐ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	<i>Fêmur Esquerdo</i>
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE *30/03/17* A *30/03/17* E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Roberto do Santos *30.03.17* *Delton de Araújo Monteiro*
 LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

ASSINATURA E CARIMBO

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: *Fernanda Melo de Oliveira* NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: <i>09/03/2016</i>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: <i>14/03/16</i>
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: <i>Fernanda Melo de Oliveira</i>	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: <i>Exatoma e Fratura Fechada do Fêmur Esq.</i>	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): <i>Fato de acidente agravado com colocação de placa metálica com parafusos de fixação no fêmur Esq.</i>	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☒ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☐ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	<i>Fêmur Esquerdo</i>
2º	
3º	
4º	
5º	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE *30/03/17* A *30/03/17* E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Dr. André Luiz de Jesus
LOCAL

30.03.17
DATA

Dr. André Luiz de Jesus
ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

ASSINATURA E CARIMBO



SESAU - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly

RELATÓRIO MÉDICO

Nome do paciente: Fernando Melo de Oliveira
Endereço: Rua 11 de Novembro
Palmira, em Nazaré
Número do prontuário (ou Boletim de Emergência): 27795
Data de Entrada: 09/03/16 Data de Saída: 10/03/16

Trigo. Status Digestivo sem

TV. 1x + 5cm.

Arapiraca-AL, 13 de Abril de 2016.

Rodovia AL 220 - km 05 s/n - Bairro Senador Arnon de Mello
Fone: (82) 3539-8634 - Cep: 57300-970 - Arapiraca



SESAU - SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly

RELATÓRIO MÉDICO

Nome do paciente: Fernando Melo de Oliveira

Endereço: Rua 11 de Novembro
Palmeiras e Nazaré

Número do prontuário (ou Boletim de Emergência): 27795

Data de Entrada: 09/03/16

Data de Saída: 10/03/16

Trig. Glucose 215 mg/dl

TV - 2x + 5cm

Arapiraca-AL, 13 de Abril de 2016.

Dr. J. Gomes da Silva
CRM 15555
R. 15555

Rodovia AL 220 - km 05 s/n - Bairro Senador Arnon de Mello
Fone: (82) 3539-8634 - Cep: 57300-970 - Arapiraca



Assinatura do Médico -CRM nº



SECRETARIA DE SAÚDE
UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO ACRE
À vista do original apresentado
AUTENTICO a presente cópia, na
forma do Art. 5º único do Decreto
Nº 63038/79
Assinatura: *[assinatura]* 09/03/2016

MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO ACRE

No. DO BE: 493348

DATA: 09/03/2016

HORA: 08:35

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

NOME: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA
IDADE: 18 ANOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SEXO: FEMININO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Código	Descrição	Profissional
--------	-----------	--------------

09/03/16

9:45

Cir. Geral

Paciente com R
doença crônica de Demospreensão
ou fratura costal
De fratura fratura fechada
de avaliação da ortopedia

[assinatura]
4453

BMF: Queda de moto e trauma em face
de as fraturas presentes excorciação em mente
e nariz. Sem sinais de fraturas em om
de face.

CA: Orient.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

[assinatura] + *[assinatura]*

Alto BMF

[assinatura]
Cirurgião Plástico BMF
09/03/2016

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01

VERSÃO:

Associação Beneficente de Palmeira dos Índios - 451

ESPELHO DA AIH

PAG:

O E: M270630701

ESFERA: PRIVADO SEM FINS LUCRATIVOS

APRESENTAÇÃO: 04/2016

DATA: 22/04/2016

Num AIH: 271610293109-1 Situação: APURADA Tipo: 01 - INICIAL Apresentação: 04/2016 Data Autorização: 10/03/2016

Especialidade: 1 - CIRURGIA Orgão Emissor: M270630701 Lote: Enfermaria: 13 Leito: 5

Doc. Autorizador: 206790580730005 Doc. Med Resp: 190142569090000 Doc. Diretor Clínico: 201028557350008 Doc. Médico Solic: 20675541640000

CNES: 2010631 - Associação Beneficente de Palmeira dos Índios CNS: 706008877922145

Paciente: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA Prontuário: 205708

Data Nasc: 09/04/1997 Sexo: F Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc: DOCUMENTO DE IDENTIDADE Doc: 37672486

Responsável Pac: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA Nome Mãe: AMELIA PEREIRA DE MELO

Endereço: 15 DE NOVEMBRO - 384 Bairro: SAO CRISTOVAO Raca/Cor: 99 - SEM INFORMAR Etnia: 0000 - NAO SE APLICA

Município: 270630 - PALMEIRA DOS INDIOS UF: AL CEP: 57601-370 Telefone: () - Muda Proc: NAO

Procedimento Solicitado: 04.08.05.063-2 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Procedimento Principal: 04.08.05.063-2 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Diag. Principal: S720 - FRATURA DO COLO DO FEMUR

Complementar: Diag. Secundário: Y010

Caráter Atendimento: 02 - URGENCIA Causa Obito: Modalidade: HOSPITALAR

Data Internação: 10/03/2016 Data Saída: 15/03/2016 Motivo saída: 11 - ALTA CURADO

Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:

CAUSAS EXTERNAS (Acidente ou Violência)

CNPJ do Empregador: CNAER:

Vínculo Previdência: CBOR:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/	Qtde	Cmpf	Descrição
1	04.08.05.063-2	210159735610018 - 225270(01)	2010631	2010631	2010631	01	03/2016	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA
2	04.08.05.063-2	207285628840007 - 225151(06)	2010631	2010631	2010631	01	03/2016	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA
3	07.02.05.081-4		09041828000162	09041828000162	09041828000162	01	03/2016	CATETER VENOSO CENTRAL MONO LUMEN
4	02.02.02.002-9		2010631	2010631	2010631	01	03/2016	CONTAGEM DE PLAQUETAS
5	02.02.02.038-0		2010631	2010631	2010631	01	03/2016	HEMOGRAMA COMPLETO

DADOS DE OPM

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Reg. ANVISA	CNPJ Fabricante
3	1031	09.041.828/0001-62			G9382M632X13	09.041.828/0001-62

VALORES DA PRÉVIA

04.08.05 - MEMBROS INFERIORES 07.02.05 - OPM COMUNS	Direto		Direto		Rateado		TOTAL
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
	725,17		74,34		173,46		
Total Geral:	725,17		74,34		173,46		972,97

CID SECUNDÁRIO

CID	Característica
Y010	PREEXISTENTE

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:

Vivos: 00 Mortos: 00 Altas: 00 Transf.: 00 Obitos: 00

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

De acordo com a Portaria S.A.S. Nº 92, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente.



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170073692 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial Maceio-AL

BENEFICIÁRIO FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 11942299486

Posição em 30-03-2017 18:30:24

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo>

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2017

Carta nº: 10699398

A/C: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

Sinistro:	3170073692 ASL-0044692/17
Vítima:	FERNANDA MELO DE OLIVEIRA
Data Acidente:	09/03/2016
Natureza:	INVALIDEZ
Procurador:	GRACIELE DA SILVA SANTOS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do nosso SAC 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10489091

A/C: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170073692 ASL-0044692/17
Vítima: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 09/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GRACIELE DA SILVA SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10472238

A/C: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170073692 ASL-0044692/17
Vítima: FERNANDA MELO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 09/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: GRACIELE DA SILVA SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Juízo de Direito - 3ª Vara de Palmeira dos Índios / Cível
Rua Otávio Cavalcante, S/N, Centro - CEP 57600-070, Fone: 3421-4527, Palmeira
Dos Índios-AL - E-mail: vara3palmeira@tjal.jus.br

Autos nº: 0701382-17.2020.8.02.0046

Ação: Procedimento Comum Cível

Autor: Fernanda Melo de Oliveira

Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

DECISÃO

Defiro o pedido de assistência judiciária gratuita.

PAUTE-SE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO/MEDIAÇÃO, observando-se a conveniência da pauta, citando-se o réu, se preciso com envio de carta precatória, com pelo menos 20 dias de antecedência, intimando-se a parte autora, através do advogado (art. 334, CPC).

Sejam as partes advertidas de que devem estar acompanhadas por seus advogados, bem como que o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, §8º, CPC).

Palmeira dos Índios , 29 de outubro de 2020.

Bruno Acioli Araújo
Juiz de Direito

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0784/2020, encaminhada para publicação.

Advogado
Ricardo Carlos Medeiros (OAB 3026/AL)

Forma
D.J

Teor do ato: "DECISÃO Defiro o pedido de assistência judiciária gratuita. PAUTE-SE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO/MEDIAÇÃO, observando-se a conveniência da pauta, citando-se o réu, se preciso com envio de carta precatória, com pelo menos 20 dias de antecedência, intimando-se a parte autora, através do advogado (art. 334, CPC). Sejam as partes advertidas de que devem estar acompanhadas por seus advogados, bem como que o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, §8º, CPC). Palmeira dos Índios , 29 de outubro de 2020. Bruno Acioli Araújo Juiz de Direito"

Palmeira dos Índios, 3 de novembro de 2020.



PODER
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS

Juízo de Direito - 3ª Vara de Palmeira dos Índios / Cível
Rua Otávio Cavalcante, S/N, Centro - CEP 57600-070, Fone: 3421-4527, Palmeira
Dos Índios-AL - E-mail: vara3palmeira@tjal.jus.br

Autos nº: 0701382-17.2020.8.02.0046

Ação: Procedimento Comum Cível

Autor: Fernanda Melo de Oliveira

Réu: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

ATO ORDINATÓRIO

Em cumprimento ao disposto no artigo 354, do Provimento n.º 15/2019, da Corregedoria Geral da Justiça do Estado de Alagoas e, tendo sido pautada **Audiência Conciliação**, para o dia **15 de dezembro de 2020, às 9 horas**, a seguir, passo a expedir os atos necessários à realização da mesma. Ficam as partes advertidas que no prazo de 05 (cinco) dias deverão fornecer números disponíveis de whatsapp, bem como email atualizado para as providências cabíveis que possibilitem a realização da audiência virtual, a ser realizada pela plataforma Google Meet.

Palmeira dos Índios, 04 de novembro de 2020

Maria de Fátima Holanda Pinto de Almeida
Analista Judiciária

CERTIDÃO DE REMESSA DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo consta da relação nº 0786/2020, encaminhada para publicação.

Advogado
Ricardo Carlos Medeiros (OAB 3026/AL)

Forma
D.J

Teor do ato: "Em cumprimento ao disposto no artigo 354, do Provimento n.º 15/2019, da Corregedoria Geral da Justiça do Estado de Alagoas e, tendo sido pautada Audiência Conciliação, para o dia 15 de dezembro de 2020, às 9 horas, a seguir, passo a expedir os atos necessários à realização da mesma. Ficam as partes advertidas que no prazo de 05 (cinco) dias deverão fornecer números disponíveis de whatsapp, bem como email atualizado para as providências cabíveis que possibilitem a realização da audiência virtual, a ser realizada pela plataforma Google Meet."

Do que dou fé.
Palmeira dos Índios, 4 de novembro de 2020.

Escrivã(o) Judicial



ESTADO DE ALAGOAS
PODER JUDICIÁRIO

Juízo de Direito da 3ª Vara de Palmeira dos Índios / Cível

Rua Otávio Cavalcante, S/N, Centro - CEP 57600-070, Fone: 3421-4527, Palmeira Dos Índios-AL - E-mail: vara3palmeira@tjal.jus.br

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO DE AUDIÊNCIA

Processo Digital nº: **0701382-17.2020.8.02.0046**
 Classe – Assunto: **Procedimento Comum Cível - Indenização por Dano Moral**
 Autor: **Fernanda Melo de Oliveira**
 Réu: **Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.**
 Data da Audiência: **15/12/2020 às 09:00h - Sala Sala de Audiência**

Destinatário: Representante Legal

Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A.

Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro

Rio de Janeiro-RJ

CEP 20031-205

Observação: A Senha de acesso ao processo encontra-se na parte inferior, junto a assinatura.

Pela presente, comunico que perante este Juízo tramita a ação em epígrafe, da qual fica Vossa Senhoria **CITADO(A)** de todo o conteúdo da petição inicial e da decisão, bem como **INTIMADA(O)** a comparecer à **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO**.

ADVERTÊNCIAS: Sejam as partes advertidas de que devem estar acompanhadas por seus advogados, bem como que o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, §8º, CPC).

OBSERVAÇÃO: Este processo tramita eletronicamente. A íntegra do processo poderá ser visualizada mediante acesso ao sítio do Tribunal de Justiça de Alagoas, na internet, no endereço **www.tjal.jus.br**, sendo considerado vista pessoal (art. 9º, § 1º, da Lei Federal nº 11.419/2006). Petições, procurações, contestação etc, devem ser trazidos ao Juízo por peticionamento eletrônico.

Palmeira Dos Índios, 04 de novembro de 2020. Maria de Fátima Holanda Pinto de Almeida - Analista Judiciária.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0784/2020, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 04/11/2020. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 06/11/2020, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Ricardo Carlos Medeiros (OAB 3026/AL)	5	12/11/2020

Teor do ato: "DECISÃO Defiro o pedido de assistência judiciária gratuita. PAUTE-SE AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO/MEDIAÇÃO, observando-se a conveniência da pauta, citando-se o réu, se preciso com envio de carta precatória, com pelo menos 20 dias de antecedência, intimando-se a parte autora, através do advogado (art. 334, CPC). Sejam as partes advertidas de que devem estar acompanhadas por seus advogados, bem como que o não comparecimento injustificado à audiência de conciliação é considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, §8º, CPC). Palmeira dos Índios, 29 de outubro de 2020. Bruno Acioli Araújo Juiz de Direito"

Palmeira Dos Índios, 4 de novembro de 2020.

CERTIDÃO DE PUBLICAÇÃO DE RELAÇÃO

Certifico que o ato abaixo, constante da relação nº 0786/2020, foi disponibilizado no Diário da Justiça Eletrônico em 05/11/2020. Considera-se data da publicação, o primeiro dia útil subsequente à data acima mencionada. O prazo terá início em 09/11/2020, conforme disposto no Código de Normas da Corregedoria Geral da Justiça.

Advogado	Prazo em dias	Término do prazo
Ricardo Carlos Medeiros (OAB 3026/AL)	5	13/11/2020

Teor do ato: "Em cumprimento ao disposto no artigo 354, do Provimento n.º 15/2019, da Corregedoria Geral da Justiça do Estado de Alagoas e, tendo sido pautada Audiência Conciliação, para o dia 15 de dezembro de 2020, às 9 horas, a seguir, passo a expedir os atos necessários à realização da mesma. Ficam as partes advertidas que no prazo de 05 (cinco) dias deverão fornecer números disponíveis de whatsapp, bem como email atualizado para as providências cabíveis que possibilitem a realização da audiência virtual, a ser realizada pela plataforma Google Meet."

Palmeira Dos Índios, 5 de novembro de 2020.