

INSTRUMENTO DE MANDATOOUTORGANTE:

**ZELIA MARIA CAVALCANTE**, brasileiro (a), solteiro (a), pensionista, portador da cédula de identidade de nº: 1.227.941, inscrito no CPF de nº: 784.323.754-20, residente e domiciliada a Avenida São João Batista, Nº387, BL- C, Apto 304,Jardim Atlântico, Olinda/PE.

OUTORGADO:

**RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrita regulamente na OAB/PE: 39.442, com endereço profissional a AV. Fagundes Varela, nº 365, Loja 09, Jardim Atlântico, Olinda/PE, CEP: 53.140-080.

PODERES:

Para representá-lo em juízo, conforme cláusula "ad judicia", conferindo-lhe amplos poderes para defendê-lo em qualquer juízo, instância ou Tribunal, outorgando-lhe poderes especiais para requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, protestar, executar, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, transigir, firmar acordos e compromissos, desarquivar processos, recorrer, acompanhar andamento de processo, apresentar contrarrazões, requerer e receber Alvará Judicial para dar quitação, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15, podendo ainda substabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados.

Olinda/PE, 14 de Maio de 2018.

*Zelia Maria Cavalcante*  
**ZELIA MARIA CAVALCANTE**



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

**ZELIA MARIA CAVALCANTE**, brasileiro (a), solteiro (a), pensionista, portador da cédula de identidade de nº: 1.227.941, inscrito no CPF de nº: 784.323.754-20, residente e domiciliada a Avenida São João Batista, Nº387, BL- C, Apto 304,Jardim Atlantico, Olinda/PE. De acordo com as Leis n.º 1.060/50 e 7.510/86, para o fim de obter a GRATUIDADE DE JUSTIÇA que não possui condições financeiras para arcar com o ônus das custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família. Declara conhecer que está sujeito às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, em sendo comprovada a falsidade das afirmações supra.

Olinda/PE, 14 de Maio de 2018.

*Zélia Maria Cavalcante*  
**ZELIA MARIA CAVALCANTE**



SUBSTABELECIMENTO

RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE sob nº. 39.442, SUBSTABELECE SEM RESERVAS DE PODERES a pessoa de ANA PRISCILA BRASIL DE CARVALHO, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE 42.139, os poderes conferidos por \_\_\_\_\_,  
através do Instrumento de Mandado.

Olinda/PE, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

  
Raquel Maria Mangabeira dos Santos  
OAB/PE 39.442





Assinado eletronicamente por: ANA PRISCILA BRASIL DE CARVALHO - 28/06/2019 17:36:48  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062817364849500000046431213>  
Número do documento: 19062817364849500000046431213

Num. 47149927 - Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ºCIRC DIM/7ºDESEC

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0116000608

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/03/2017 às 13:23**

Complemento o BO Número: **16E0116002150**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **28/6/2016 às 12:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1 - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO ( AUTOR \ AGENTE )  
ZELIA MARIA CAVALCANTE ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): NAO IDENTIFICADO

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

**ZELIA MARIA CAVALCANTE (presente ao plantão)** - Sexo: FemininoMãe: **JACIRA PERGENTINO CAVALCANTE**  
Pai: **HERONIDES LUIZ CAVALCANTE** Data de Nascimento: **1/10/1953** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1227941/SDS/PE (RG) 78432375420 (CPF)** Profissão: **DO LAR**  
Endereço Residencial: **AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 1032, QD. 01, BL 11, APT. 206 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM BRASIL - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão)** - Sexo: MasculinoNaturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **NAO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **NAO IDENTIFICADO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHX6471** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

**A VÍTIMA VEIO NOTICIAR QUE NA DATA E LOCAL ACIMA MENCIONADOS QUANDO ATRAVESSAVA CAMINHANDO A VIA CITADA FOI ATROPELADA PELA MOTOCICLETA PLACA KHX6471 CUJO CONDUTOR NAO FORA IDENTIFICADO . A VITIMA INFORMOU QUE UMA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIRO MILITAR A REMOVEU DO LOCAL DO ATROPELAMENTO PARA A UPA 24 HORAS DE OLINDA.**

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

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=116&idOc=6337717&nroBO=17E0116000608&tipo=simples&natPrincipal=ATROPELAMENTO%20CC>



29/05/2018

Secretaria de Defesa Social :: INFOPOL

**ZELIA MARIA CAVALCANTE  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **MAURÍCIO FERNANDO A. DA SILVA MAT. 152.497-6 - Matrícula: 152497-6**

<http://200.238.83.36/pernambuco/VisualizaBO.do?idUn=116&idOc=6337717&nroBO=17E0116000608&tipo=simples&natPrincipal=ATROPELAMENTO%20CC>



Assinado eletronicamente por: ANA PRISCILA BRASIL DE CARVALHO - 28/06/2019 17:36:48  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062817364861600000046431215>  
Número do documento: 19062817364861600000046431215

Num. 47149929 - Pág. 1



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2016APH001792 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). JOYCELINE KELLY CAVALCANTI, 32 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6247619 SSPE, inscrito(a) na Reccita Federal sob o CPF nº 013.162.404-01, residente à RUA PINTOR MANOEL BANDEIRA, nº 1260, BL B AP 02, CASA CAIADA, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 28/06/2016, por volta das 13:25 hs, no endereço: AV. PRESIDENTE KENNEDY, S/N, PEIXINHOS OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo MOTOCICLETA HONDA TITAN, PRETA, KHX-6471-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) ZÉLIA MARIA CAVALCANTI, inscrito sob o CPF nº 784.323.754-20 e Registro Geral nº 1227941, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 710172-4 CHAGAS. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº . Ficou aos cuidados do médico EDGAR LOBO, registro 48731010823. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 18/08/2016

*A autenticidade dessa certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2016APH001792*

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



## SINISTRO 3170114824 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ZELIA MARIA CAVALCANTE

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS  
**BENEFICIÁRIO** ZELIA MARIA CAVALCANTE

**CPF/CNPJ:** 78432375420

**Posição em 10-06-2019 17:00:23**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/03/2017	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50

### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/04/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
04/03/2017	Exigência Documental	
04/03/2017	Aviso de Sinistro	





**UPA 24h**  
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

**IMIP**

### Protocolo de Encaminhamento

H.M.A.

#### TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 4949477

#### IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: Olinda

#### CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÉNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta ( )

Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )

Automóvel (Colisão): Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso de cinto S( ) N( )

Motocicleta: Motociclista ( ) Passageiro ( ) Uso de Capacete: S( ) N( )

Semi-Afogamento/Submersão ( ) Soterramento ( )

Intoxicação Exógena ( ) Animais Peçonhentos ( ) Agente Causador: \_\_\_\_\_

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ( )

Queimaduras: 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau ( )

Queda: ( ) Altura Aproximada \_\_\_\_\_ Metros ( ) Queda da Própria Altura

Agressões: ( ) Por Arma de Fogo/Tipo \_\_\_\_\_ ( ) Arma Branca/Tipo: \_\_\_\_\_

Agressão Sexual ( ) Maus Tratos ( ) Outros ( ) Citar: \_\_\_\_\_

Mecanismo do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

#### CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Sopro estrepitoso

Hipótese Diagnóstica: Fistula torácica d.  
Fistula oral d.

#### AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x

Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispnéia S( ) N( ) Tiragem Intercostais S( ) N( ) Obstrução Vias Aéreas: S( ) N( )

Sibilos Expiratórios: S( ) N( ) BAN\*: S( ) N( ) Deformidade do Tórax: S( ) N( ) Gémido/Estridor: S( ) N( )

Distúrbio Fala/Choro: S( ) N( )

Agitação Psicomotora: S( ) N( ) Lesões de face: S( ) N( ) Retração Xifoide: S( ) N( )

Perfusão Periférica: Boa ( ) Lentificada ( ) Bulhas Cardiacas: Normofonéticas ( ) Hipofonéticas ( )

Pulso: Rítmico ( ) Arrítmico ( ) Filiforme ( ) Fino ( )

Colocação da Pele: Normocorrada ( ) Palidez ( ) Cyanose ( )

Sudorese: S( ) N( ) Desidratado: S( ) N( ) Ictérico: S( ) N( )

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

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

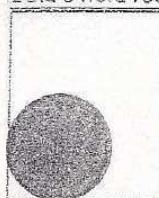


# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/06/2016 19:53



Nome Paciente: ZELIA MARIA CAVALCANTE  
Cód. Paciente: 92263  
Data de Nascimento: 01/10/1953  
Sexo: Feminino  
Idade: 62  
Senha: 0033  
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Atendimento: 334780   
SAME: 82041

Período: 28/06/2016 20:17 - 28/06/2016 20:17

CARLA PATRICIA LIMA DO NASCIMENTO - COREN: 376366 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Sintoma Principal: PACIENTE ENCAMINHADA DA UPA DE OLINDA COM SENHA N.4949477 COM HISTÓRIA DE FX DE TNZ D. E OMBRO D.

Observação: NEGA DM E HAS ,NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Excluidor(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO  
NEPI - HMA

Acolhido(s) por: CARLA PATRICIA LIMA DO NASCIMENTO - COREN: 376366 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressão: 28/06/2016 20:17





HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 334780  
Data e Hora: 28/06/2016 19:56

Senha da Classificação:

0033

Paciente: 92263 ZELIA MARIA CAVALCANTE Sexo: FEMININO  
Data do Nascimento: 01/10/1953 Idade: 62 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA  
Nome da Mãe: JACIRA PERGENTINO CAVALCANTE Nome do Pai: ERONIDES LUIZ CAVALCANTE  
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346  
Endereço: AVENIDA ANTONIO DA COSTA -- QD 01 BLC 11 206 Bairro: JARDIM BRASIL  
Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: JULIANAPP

**Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes**

Data Entrada Brasil:  
Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:  
Observação:

**RESUMO DE TRATAMENTO**

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Queixa Principal**

Lactante Zélia Tm s/o Vítima de atropelamento por  
moto na 26 hor

**Exame Físico**

Dor, eritema localizado em sobre D  
dor, edema 3+ no tornozelo D  
ferimento já suturado em perna D

**Hipótese Diagnóstica**

Fx bimalar de tornozelo D / Frx de unha distal D

**Prescrição Médica**

Franisco João Ferreira  
15/06/2016  
CRN-PE 23358

**Assinatura e Carimbo/Médico**

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação



PERNAMBUCO

ESTADO DO ESTADO

MIGUEL ARAUJO

IMIP

Instituto de Medicina do  
Pernambuco

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME Zilda Maria Conduti

REG 92.063

IDADE 62 SEXO F DATA DA ADMISSÃO 29/6/16 DATA DA ALTA 01/7/16

DIAGNÓSTICO: (1) Fratura - traço principal à (1)

(2) Fractura fibrosa toracôrdio à (1)

TRATAMENTO REALIZADO:

(1) TATI e flan fibroso autotranca x injeção auxiliar

(2) TATI e flan fibroso autotranca + fato-text

ORIENTAÇÃO:

Evitar peso - (1) mobilizar braços e abdômen (1)  
Manter a unha curta e desfralhar um dia (1) (1)  
Evitar (1) banho e (1) banho no abdômen

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM (1) NÃO (1)

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/17

Dr. LUIZ Antônio de Carvalho  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PE 13925 980111150

ASSINATURA DO MÉDICO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



## FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP : 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **334932**

Usuário: COSMEJS

### DADOS DO PACIENTE

Paciente: <b>ZELIA MARIA CAVALCANTE</b>	Prontuário: 92263	
Idade: 62a 8m 29d	Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO	Data de Nascimento: 1/10/1953
Profissão :	Escolaridade :	
R.G.:	C.P.F.:	Telefone:
Endereço: AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 206	- JARDIM BRASIL	CEP 53290335 - OLINDA - PE
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Dados da Internação	
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 29/6/2016 20:00	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA	Leito: VERD2-01
Médico Internação: FABIO NEUMANN KAUFFMAN	S13 - 1	

### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	- Numero:	<b>1510716</b>
Fone:	Cidade:	Estado civil :

### DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 10 / 07 / 16 Hora da Alta: \_\_\_\_\_

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Ouviu

Diagnóstico Principal.....: Fr. útero posicional e Fr. - Wrist triz D

*REVISADO*  
*SCM - HMF*

Diagnóstico Secundário01.: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Secundário02.: \_\_\_\_\_

cedimento.....: Dois achatamento lago-av. tubo r flaca 1/3 tubular no tne D

Dr. Luiz Antonio de Carvalho  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PE 1392A SBOT 1112

**Médico e CRM:**

Lilianna C. Colenç  
Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestesias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

29 de Junho de 16

Luiz Kellen Pachante  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável





## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES <b>A T: 334932</b> 6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES 6431569

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente <b>ZELIA MARIA CAVALCANTE</b>	6 - Nº Prontuário 92263			
7 - Cartão Nacional do SUS <b>70960864459796</b>	8 - Data de Nascimento <b>01/10/1953</b>	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	10 - RacaCor <b>03 - Parda</b>	10.1 - Etnia <b>0000 - Não Se Aplica</b>
11 - Nome da Mãe <b>JACIRA PERGENTINO CAVALCANTE</b>	12 - Telefone de Contato <b>8188331974</b>			
13 - Nome Responsável <b>JANIELE</b>	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) <b>AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 206 - JARDIM BRASIL</b>	16 - Município <b>OLINDA</b>	17 - IBGE <b>260960</b>	18 - UF <b>PE</b>	19 - CEP <b>53290335</b>

### 20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ATROPELAMENTO POR MOTO NA TARDE HOJE, APRESENTANDO DOR EM OMBRO DIREITO E TORNOZELO DIREITO

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

#### 21 - Condições que justificam a Internação NECESSIDADE CIRÚRGICA

#### 22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO E RADIOLÓGICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código <b>FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO + FRATURA DE UMERO PROXIMAL DIREITO</b>	24 - CID 10 Principal <b>S826</b>
25 - CID 10 Secundário <b>Z000</b>	26 - CID 10 Causas Associadas <b>V029</b>

#### 27 - Descrição do Procedimento Soughtado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO

28 - Código do Procedimento <b>0408050497</b>	29 - Especialidade <b>CIRÚRGICA</b>
30 - Caráter de Atendimento <b>2</b>	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente <b>980016001207394</b>	33 - Data da Solicitação <b>28/06/2016</b>

#### 34 - Data da Solicitação

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) <b>Fábio Neumann Kauffman</b>	36 - ( ) Acidente de Trânsito
---	-------------------------------

#### 36 - ( ) Vínculo com a Previdência

37 - ( ) Acidente de Trabalho Típico	38 - ( ) Acidente de Trabalho Trajetórico
39 - ( ) CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete
41 - Série	42 - CNPJ / Empresa
43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR

#### 45 - ( ) Empregado

( ) Empregador    ( ) Autônomo    ( ) Desempregado    ( ) Aposentado

#### 46 - Nome do Profissional Autorizado

47 - Cód. Órgão Emissor <b>E260000001</b>	48 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF
--	--

#### 49 - Data da Autorização

50 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)
---	---

**Dr. Wagner Athayde**  
Médico Ortopedista  
CRM 16863 - TEOT 12361

**AIH**  
**261610113252-4**

**AIH**  
**261610113253-5**

**AIH**  
**261610113254-6**



HOSPITAL MIGUEL ARRAES  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001  
Data....: 30/06/2016  
Hora....: 09:34

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 37220  
Paciente : 92263  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 554  
Dt. Início : 30/06/2016 09:41  
Cid Pré-Operatório : S934  
Cid Pós-Operatório : S826

Sala : 0003 SALA 03  
ZELIA MARIA CAVALCANTE  
SUS - INTERNACAO  
VERD2-01  
ENTORSE E DISTENSAO DO TORMOZOLO  
FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Atendimento : 334932  
Carteira :  
Idade : 62 Anos 29 Dias 9 Horas

513 - 1

### Procedimentos

Procedimento: 0408050578 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORMOZOLO UNIMALEOLAR (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

### Equipe Médica

CIRURGIAO 17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: FRATURA-LUXAÇÃO DO TORMOZOLO DIREITO

TIPO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TNZ DIREITO  
OPERADOR: DR. RODRIGO AMORIM  
1º AUXILIAR: DR. MARCOS HERING  
2º AUXILIAR: DR. GUSTAVO PEZZI  
ANESTESIA: RAQUIMEDULAR  
ANESTESISTA: DRA TEREZA

01. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
02. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA MID
03. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
04. REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO TIBIO-TALAR
05. APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE TNZ EM DELTA
06. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS NO AP, PERFIL
07. CURATIVO

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

Gustavo Pezzi  
Operador/Fixador Delta  
CRM-PE 26.576

15/07/16

DR(A): RODRIGO DE AMORIM SILVA  
CRM: 17439

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 37352  
Paciente : 92263  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 77  
Dt. Início : 07/07/2016 10:36 Dt. Fim : 07/07/2016 12:34  
Cid. Pré-Operatório :  
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0002 SALA 02  
ZELIA MARIA CAVALCANTE  
SUS - INTERNACAO  
ORTL-513-LEITO 001  
Atendimento : 334932  
Carteira :  
Idade : 62 Anos 6 Dias 13 Horas

**Procedimentos**

Procedimento: 0408020199 REDUÇÃO INCRUENTA DE FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 22 GERAL VENOSA + PERIDURAL

**Equipe Médica**

CIRURGIAO 17439 RODRIGO DE AMORIM SILVA

**Descrição**

Descrição Cirúrgica :

Risco Cirúrgico :

HD: FRATURA UMERO PROXIMAL DIREITO ( TUBERCULO MAIOR + COLO CIRURGICO)  
CD: RCFI

EQUIPE: JULIANO MACHADO + RODRIGO AMORIM  
ANESTESISTA: DRA SYLVIA VILELA  
ANESTESIA: VENOSA + BLOQUEIO DE PLEXO

- 1) PACIENTE ANESTESIADA EM CADEIRA DE PRAIA
- 2) ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3) VIA DE ACESSO TRANSDELTOIDE PARA UMERO PROXIMAL DIREITO
- 4) VERIFICADA FRATURA DOS TUBERCULOS + COLO CIRURGICO
- 5) REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DOS TUBERCULOS COM FIO DE ETHIBOND
- 6) REDUÇÃO DOS TUBERCULOS COM COLO CIRURGICO
- 7) FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM PLACA BLOQUEADA PARA UMERO PROXIMAL DE 12 FUROS, UTILIZANDO 05 PARAFUSOS BLOQUEADOS PROXIMAIS, 02 BLOQUEADOS PARA DIAFISE E 01 CORTICAL
- 8) VERIFICADA ESTABILIDADE DO SISTEMA E BONS PARAMETROS DE REDUÇÃO NO ITENSIFICADOR DE IMAGENS, SEM DISTOPIAS DE IMPLANTES
- 9) LIMPEZA CAVITÁRIA + REVISÃO DE HEMOSTASIA + INSTALAÇÃO DE DRENO 3.2
- 10) SUTURA POR PLANOS, UTILIZANDO VYCRYL N 0 EM SUBCUTANEO; NYLON 3.0 EM PELE
- 11) CURATIVO
- 12) BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Rodrigo de Amorim Silva  
Interv. 01/07/2016  
LEITO 11406  
CRM/CEMEPE 17439

DR(A) : RODRIGO DE AMORIM SILVA  
CRM : 17439

15 07 16

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

