

**INSTRUMENTO DE MANDATO****OUTORGANTE:**

**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.

**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 judícia", 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.

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



**SUBSTABELECIMENTO**

**RAQUEL MARIA MANGABEIRA DOS SANTOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/PE sob n°. 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 Mandato.

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

  
Raquel Maria Mangabeira dos Santos  
OAB/PE 39.442











GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0116000608**

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

Complementa o BO Número: **16E0116002150**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 PUBLICA**

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: **Feminino** Mãe: **JACIRA PERGENTINO CAVALCANTE**  
Pai: **HERONIDES LUIZ CAVALCANTE** Data de Nascimento: **11/10/1953** 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: **Masculino** Naturalidade: **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 REMOUEU 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%20C>



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%20C>



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=19062817364861600000046431215>  
Número do documento: 19062817364861600000046431215

Num. 47149929 - Pág. 1



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

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 Receita 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 desta 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	





**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/VIOLENCIA)**

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: Síndrome de angústia  
 Hipótese Diagnóstica: Fadiga funcional  
Fadiga mental

**AValiação Clínica**

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

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

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

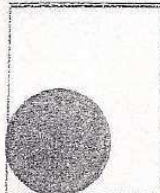


# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

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: 376368 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

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

Observação: NEGA DM E HAS ,NEGA ALERGIAS

Histórico sintoma: TRAUMA

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

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

REVISADO  
NEFI - HMA

Acolhido(s) por: CARLA PATRICIA LIMA DO NASCIMENTO - COREN: 376368 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/06/2016 20:17

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1







MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 334780

Senha da Classificação:

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

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 OI 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

Queixa relatada por mãe vítima de atropelamento por veículo em 26/06/2016

Exame Físico

Boa, insatisfeita funcional em membro D  
dor, edema 3+ Hx em tornozelo D  
ferimentos já suturados em pernas D

Hipótese Diagnóstica

Fx. fratura de tornozelo D / Fx. de umro peroneal D

Prescrição Médica

Priscila Brasil de Carvalho  
CRM-PE 23358

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatório ( ) Residência

( ) Transferido: Para

Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação









# FICHA DE INTERNAÇÃO

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.:
Endereço: AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 206	Telefone: CEP 53290335
	- OLINDA - PE
<b>Dados da Internação</b>	
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 29/6/2016 20:00
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação: FABIO NEUMANN KAUFFMAN	Leito: VERD2-01

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	Estado civil:
fone:	Cidade:	

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 10 / 07 / 16	Hora da Alta: _____
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: <u>Queda</u>	
Diagnóstico Principal.....: <u>Fx. úmero proximal e fr. úmero distal TWE</u>	
Diagnóstico Secundário01.: _____	
Diagnóstico Secundário02.: _____	
cedimento.....: <u>Desbridamento da fratura e fixação com placa e parafusos</u>	
Responsável pela retirada do paciente: <u>L. Priscila Brasil de Carvalho</u>	Assinatura e RG: <u>Dr. Luiz Antonio de Carvalho</u>

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, 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.

em 12 de julho de 16 L. Priscila Brasil de Carvalho  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável







# Laudo para solicitação de autorização de internação

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário
ZELIA MARIA CAVALCANTE	92263
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento
709608644597976	01/10/1953
9 - Sexo	10 - RacaCor
<input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato
JACIRA PERGENTINO CAVALCANTE	8188331974
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato
JANIELE	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	
AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 206 - JARDIM BRASIL	
16 - Município	17 - IBGE
OLINDA	260960
18 - UF	19 - CEP
PE	53290335

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
PACIENTE RELATA TER SOFRIDO ATROPELAMENTO POR MOTO NA TARDE HOJE, APRESENTANDO DOR EM OMBRO DIREITO E TORNOZELO DIREITO

21 - Condições que justificam a Internação  
NECESSIDADE CIRÚRGICA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
HISTÓRIA CLÍNICA + EXAME FÍSICO E RADIOLOGICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código  
FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO DIREITO + FRATURA DE UMERÓ PROXIMAL DIREITO

24 - CID 10 Principal  
S826

25 - CID 10 Secundário  
Z000

26 - CID 10 Causas Associadas  
V02.9

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO

28 - Código do Procedimento  
0408050497

29 - Especialidade  
CIRÚRGICA

30 - Caracter de Atendimento  
2

31 - Documento  
(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente  
980016001207394

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente  
FABIO NEUMANN KAUFFMAN

34 - Data da Solicitação  
28/06/2016

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)  
14368

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trânsito

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

38 - ( ) Acid. Trabalho Trejeto

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bilhete

41 - Sene

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

5 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposen

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor  
E260000001

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

( ) CNS ( ) CPF

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Dr. Eagner Athayde  
Médico Ortopedista  
CRM 16863 - TEOT 12345

AIH  
261610113252-4

AIH  
261610113253-5

AIH  
261610113254-6





**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 37220 Sala : 0003 SALA 03  
Paciente : 92263 ZELIA MARIA CAVALCANTE Atendimento : 334932  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 554 VERD2-01 Idade : 62 Anos 29 Dias 9 Horas  
Dt. Inicio : 30/06/2016 09:41 Dt. Fim : 30/06/2016 09:58  
Cid Pré-Operatório : S934 ENTORSE E DISTENSAO DO TORNOZELO  
Cid Pós-Operatório : S826 FRATURA DO MALEOLO LATERAL

S13 - 1

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050578 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO 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 TORNOZELO 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**

15 07 16

Gustavo Pezzi  
Cirurgião Assistente  
CRM: 22233/SP

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





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

Página.: 0001  
Data.: 07/07/2016  
Hora.: 13:02

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 37352

Sala : 0002 SALA 02

Paciente : 92263

ZELIA MARIA CAVALCANTE

Atendimento : 334932

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 77

ORTL-513-LEITO 001

Idade : 62 Anos 6 Dias 13 Horas

Dt. Início : 07/07/2016 10:36 Dt. Fim : 07/07/2016 12:34

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

### 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 + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3) VIA DE ACESSO TRANSDETOIDE 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 FUIROS, UTILIZANDO 05 PARAFUSOS BLOQUEADOS PROXIMAIS, 02 BLOQUEADOS PARA DIÁFISE E 01 CORTICAL
- 8) VERIFICADA ESTABILIDADE DO SISTEMA E BONS PARAMETROS DE REDUÇÃO NO ITENSIFICADOR DE IMAGENS, SEM DISTÓPIAS DE IMPLANTES
- 9) LIMPEZA CAVITÁRIA + REVISÃO DE HEMOSTASIA + INSTALAÇÃO DE DRENO 3.2
- 10) SUTURA POR PLANOS, UTILIZANDO VYCRIL N 0 EM SUBCUTANEO; NYLON 3.0 EM PELE
- 11) CURATIVO
- 12) BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

15 07 16

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

