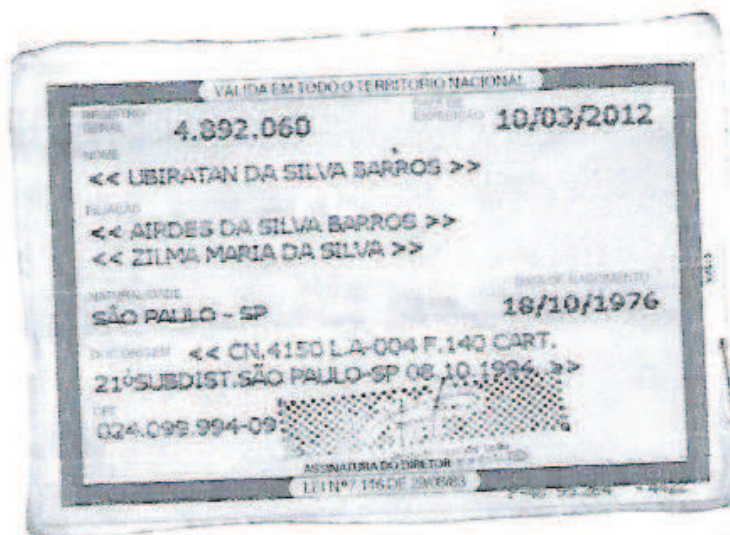






GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DIM/9ª DESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0127002348

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 04/04/2019 às 10:47

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia 2/1/2019 às 09:45

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, DE FRENTE AO SUPERMERCADO ASSAI - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

SILVIO (AUTOR / AGENTE)  
ROGERIO CEZAR DE OLIVEIRA (OUTRO)  
JADSON EVERTON DA S NUNES (OUTRO)  
UBIRATAN DA SILVA BARROS (VITIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): UBIRATAN DA SILVA BARROS  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SILVIO

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

**UBIRATAN DA SILVA BARROS (presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Mãe: ZILMA MARIA DA SILVA  
Pai: AIRDES DA SILVA BARROS Data de Nascimento: 18/10/1976 Naturalidade: SAO PAULO / SAO PAULO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA CANDELARIA, 45 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORROES - RECIFE/PERNAMBUCO / BRASIL

**SILVIO (não presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**JADSON EVERTON DA S NUNES (não presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAMARAGIBE, - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

**ROGERIO CEZAR DE OLIVEIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: RUA PARAGUASSU, 211 - CEP: 55000-000 - Bairro: CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

**MOTO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): JADSON EVERTON DA S NUNES, que estava em posse do(a) Sr(a): UBIRATAN DA SILVA BARROS  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XRE300 Objeto apreendido: Não





Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NOC2041** (PERNAMBUCO/JABOATÃO DOS GUARARAPES) Renavam: **452757053**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

**VEICULO CLASSIC (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a) **ROGERIO CEZAR DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO**  
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGR0617** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **1000014794** Chassi: **SAGSU19F0ER161721**  
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013**

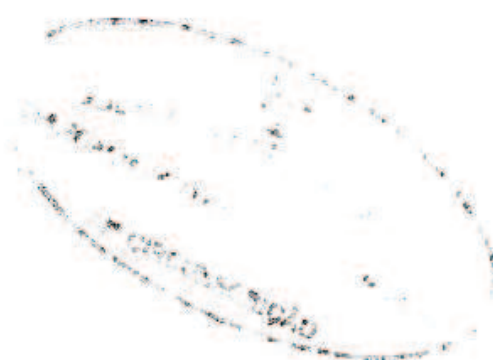
### Complemento / Observação

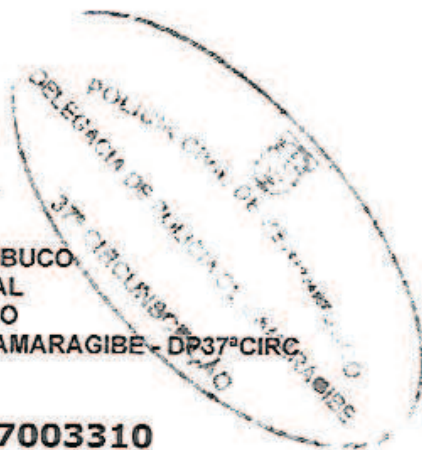
INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO A SUA MOTO NA FAIXA DA ESQUERDA, SENTIDO RECIFE/CAMARAGIBE, QUANDO O VEICULO QUE VINHA NA FAIXA DA DIREITA, PARA ENTRAR NO SUPERMERCADO ASSAI, VIROU A ESQUERDA, ATINGINDO A VITIMA. A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO PROPRIO CONDUZIR DO CLASSIC, QUE SE IDENTIFICOU COMO SILVIO, PARA A UPA CAXANGA. SENDO LOGO APÓS, TRANSFERIDO O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, SENDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO. A VITIMA TEVE LUXAÇÃO DO METATARSO FALANGICA 5 PDD. NO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, A VITIMA TEVE COMO NUMERO DE PRONTUARIO 1076014 E ATENDIMENTO 3284143.

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

  
UENATAN DA SILVA BARROS  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC  
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0127003310**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/05/2019** às **17:49**

Complementa o BO Número: **19E0127003307**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **2/1/2019** às **09:45**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CENTRO (BAIRRO), 1, AN. BELMINIO CORREA EM FRENTE AO SUPERMERCADO ASSAI** - Bairro: **CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
ALEXANDRE DE FRANÇA GOMES (OUTRO)  
MARCIO JOSE SOARES DA SILVA (OUTRO)  
UBIRATAN DA SILVA BARROS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **UBIRATAN DA SILVA BARROS**

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

**UBIRATAN DA SILVA BARROS (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILMA MARIA DA SILVA**  
Pai: **AIRDES DA SILVA BARROS** Data de Nascimento: **18/10/1976** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4892060/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 982819625**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE RECIFE, 45, RUA CANDELARIA 45, TORRÕES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ALEXANDRE DE FRANÇA GOMES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAO INFORMADO**  
Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
Profissão: **TECNICO (OUTROS)** Telefones Fixos: **- 34456435**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE CORDEIRO (BAIRRO), 159, RUA MAXIMINIO BUARQUE DE GUSMÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAO INFORMADO** Pai: **NÃO INFORMADO** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**MARCIO JOSE SOARES DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

10/05/2019 17:42

Assinado eletronicamente por: RUTH RODRIGUES COSTA - 14/10/2019 16:19:31

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101416193170400000051512786>

Número do documento: 19101416193170400000051512786

Num. 52342113 - Pág. 3



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

**VEICULO I (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIO JOSE SOARES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **UBIRATAN DA SILVA BARROS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NOC2041** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2ND0910CR002180**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

**VEICULO II (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **OUTRA COR** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGR0617** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

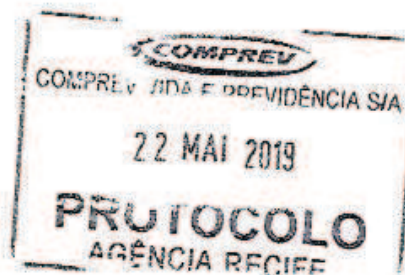
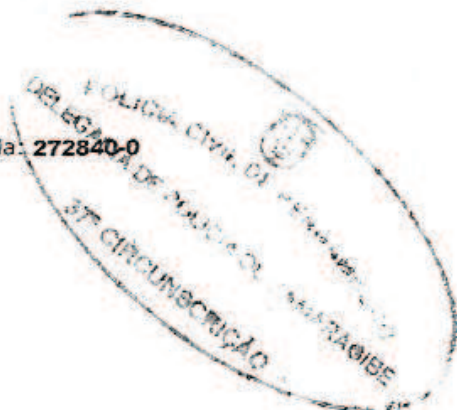
## Complemento / Observação

**INFORMA VÍTIMA QUE: VINHA CONDUZINDO O VC I E NO LOCAL EM REGISTRO O VC II AO FAZER UM RETORNO EM LOCAL PROIBIDO ATINGIU A LATERAL DIREITA DA MOTOCICLETA. A VITIMA SOFREU LESÃO NO PÉ DIREITO E FOI CONDUZIDA PARA A UPA DA CAXANGÁ. É O FATO DESTA B.O**

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

  
**UBIRATAN DA SILVA BARROS**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEKSÂNDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**



10/05/2019 17:4





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARCIO JOSE SOARES DA SILVA,  
RG nº 5915520, data de expedição     /     /    ,  
Órgão SSP PE, portador do CPF nº 051 995 984 14  
com domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
ESTRADA DO RURADO, nº 04,  
complemento RACA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
UBIRATAN DA SILVA, cujo o condutor era  
UBIRATAN DA SILVA BARRAS  
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2011  
Placa: NOC 2041 Chassi: 9C2ND0910CR002190  
Data do Acidente: 02/01/2019

Local e Data: 29/04/19 TO SI PCO



MARCIO JOSE SOARES DA SILVA  
Assinatura do Declarante

UBIRATAN DA SILVA BARRAS  
Assinatura do Condutor

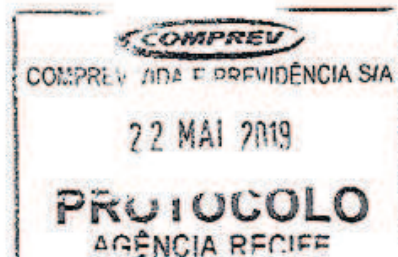
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE  
Rua Castelo de S. Pedro, 320 - J. São José - CEP: 51030-010 - Fone: (01) 3251-5130

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de  
**MARCIO JOSE SOARES DA SILVA**  
que confere o padrão reg. neste Cartório: 13016  
Recife, 29 de abril de 2019 10:54:42  
Em teste da veracidade  
(Gilda Magalhães Hermínio (Escriturante))  
( emol. R\$ 1,99 TSNR R\$ 0,80 Total R\$ 1,79  
Selo: 0073478.YYE04201902.02687



Testado e aprovado da Silveira  
Delegado  
Calipe Jose Monteiro da Silveira  
Substituto  
Nº 1.500.000.000 - Fone: (01) 3251-5130  
C. P. 00.000.000 - Fone: (01) 3251-5130







**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**  
**AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN**  
**TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO PARA:**

FIGURE DO COMPRADOR UBIRATAN DA SILVA BARROS VALORES 8.000,00

NO. 4.892.060 OFFICINA 024.099.994-09

ENDEREÇO RUA CAMELARIA, TORREÕES

Nº 415, RECIFE-PE. 50660-390

LOCALIDADE RECIFE 05-11-18

14º DISTRITO Recife

14º DISTRITO Recife

DE ADOÇÃO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife

14 DISTRITO Recife



| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                     |                    |                    |                   |
|----------------------------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------|
| MINISTERIO DAS CIDADES                             |                    |                    |                   |
| DETRAN - PE                                        |                    | Nº 013216195597    |                   |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO |                    |                    |                   |
| VIA                                                | COD. RENAVAM       | ENTR               | EXER. ANO         |
| 1                                                  | 452757053          | *****              | 2018              |
| NOME                                               |                    |                    |                   |
| JADSON EVERTON DA S NUNES                          |                    |                    |                   |
| CIDADE                                             |                    |                    |                   |
| JAB GUARARAPES-PE                                  |                    |                    |                   |
| CNPJ                                               |                    | PLACA              |                   |
| 106.393.444-87                                     |                    | NOC2041            |                   |
| PLACA ANT/UT                                       |                    | CHASSI             |                   |
| NOC2041/RN                                         |                    | 9C2ND0910CR002180  |                   |
| ESPEC. TIPO                                        |                    | COMBUSTIVEL        |                   |
| PAS MOTOCICLETA                                    |                    | GASOLINA           |                   |
| MARCA/MODELO                                       |                    | ANO FAB            | ANO MOD           |
| HONDA/XRE 300                                      |                    | 2011               | 2012              |
| CAP/POT/CIL                                        | CATEGORIA          | COR PREDOMINANTE   |                   |
| 2P/291CL                                           | PARTIC             | VERMELHA           |                   |
| COTA UNICA                                         | VEN. COTA UNICA    | VEN. COTAS         |                   |
| 1 IPVA 2018 QUITADO                                |                    | 1*****             |                   |
| PAUTA DIV. A                                       | PARCELAMENTO/COTAS | 2*****             |                   |
| A1                                                 | *****              | 3*****             |                   |
| PREMIO TARIFARIO (R\$)                             | NOF. VES           | PREMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| SEGURO PAGO                                        |                    |                    |                   |
| OBSERVAÇÕES                                        |                    |                    |                   |
| SEM RESERVA                                        |                    |                    |                   |
| LOCAL                                              |                    |                    | DATA              |
| JAB GUARARAPES-PE                                  |                    |                    | 11/04/18          |
| Charles Andrews Sousa Ribeiro                      |                    |                    |                   |
| Diretor Presidente DETRAN/PE                       |                    |                    |                   |









ADVOCACIA  
Ruth Costa - OAB/PE 36.837

### Procuração e Contrato

OUTORGANTE: Uliratan da Silva Barros

Estado Civil: Divorciado, Profissão Pedreiro

RG: 4.892.060 SDS PE, CPF 024.099.994-09, Endereço Rua  
Condulária, 45, Torres, Recife-PE, CEP: 50660-290

OUTORGADA: Ruth Rodrigues Costa, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 36.837 e Maria Eliza Bezerra da Costa Revoredo, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 37.017, ambas estabelecidas na Rua Visconde de Parnaíba, nº 215, San Martin, CEP: 50.761-050 Recife/PE.

PODERES: Para o foro em geral, com cláusula "Ad Judicia", conferindo, portanto, poderes para RENUNCIAR aos valores que excederem o teto máximo do Juizado, obrigando-se a contratada desta forma, a defender os direitos judiciais e extrajudiciais do Outorgante e Contratante.

CONTRATO: Quanto ao pagamento dos honorários, estão as partes de acordo para o pagamento de honorários contratuais à base de **30%** dos valores pecuniários recebidos em caso de êxito.

Parágrafo 3 – Os valores dos honorários deverão ser pagos à Outorgada/Contratada, Ruth Rodrigues Costa, CPF: 091.023.687-90 e desde já, o Outorgante/Contratante Autoriza a RETENÇÃO dos honorários advocatícios por ocasião do pagamento judicial ou administrativo

Recife, 03 de julho de 2019

\* Uliratan da Silva Barros





**Protocolo de Encaminhamento**

**TIPO DE OCORRÊNCIA**

Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) **SENHA 5589814**  
Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

Nome do Paciente: VERIANE M. SILVA BARRA IDENTIFICAÇÃO BARRA Idade: 42

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

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

Cidade: RECIFE

**CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)**

Acidente de Trânsito: Ônibus ( ) Caminhão ( ) Carro de Passeio ( ) Motocicleta (x)  
Atropelamento: Pedestre ( ) Ciclista ( )  
Veículo (Colisão) Passageiro ( ) Motorista ( ) Banco de Trás ( ) Banco da Frente ( ) Uso do 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: \_\_\_\_\_  
Mecanismos do Trauma: ( ) Impacto Frontal ( ) Impacto Lateral ( ) Impacto Traseiro ( ) Ejeção ( ) Capotamento

**CAUSAS CLÍNICAS**

História Clínica Atual: Atrofia pulmonar 14/11/11. SINTOMAS

Diagnóstico: EXATAMENTE EXATAMENTE SINTOMAS

**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 ( ) Lesão de Face: S ( ) N ( ) Retratação Xifóide: S ( ) N ( )  
Perfusão Periférica: Boa ( ) Lenificada ( ) 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  
Criança 20-30  
Adulto 12-30

FR:RN 120-180  
< 1 ano 90-140  
Criança 80-110  
Adulto 60-100

AO HOF - EXATA 5589814





## EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta ( ) Resposta Verbal ( ) Resposta ao Estimulo Doloroso ( ) Irresponsivo ( )

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

### ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4  
Abertura Ocular a Voz 3  
Abertura Ocular a Dor 2  
Sem Abertura Ocular 1

### RESPOSTA VERBAL

Orientado 5  
Confuso 4  
Resposta Inapropriada 3  
Sons Incompreensíveis 2  
Sem resposta Verbal 1

### RESPOSTA MOTORA

Obedece ao Comando 6  
Localiza Estimulo Doloroso 5  
Retirada ao Estimulo Doloroso 4  
Descorticação 3  
Descerebração 2  
Sem Resposta Motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: \_\_\_\_\_

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor ( ) Desvio comissura labial ( )  
Dificuldade na fala ( )  
Avaliação Pupilar: Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Midríase ( ) Miose ( )

Classificação TCE pela ECG  
ECG 3-8: TCE Grave  
ECG 9-13: TCE Moderado  
ECG 14-15: TCE Leve

## NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento Externo: S( ) N( )

Lesões Intra-Torácica: S( ) N( ) Fratura Pélvis S( ) N( )

Lesões Intra-Abdominais: S( ) N( ) Fraturas em Osso Longo: Fechada ( ) Aberta ( )

## USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S( ) N( ) Informante: Vitima ( ) Outros ( )

Hálito Alcoólico ( ) Alteração na Marcha ( ) Sonolência/Agitação ( ) Alteração no Humor ( )

Usou Outras Drogas: S( ) N( ) Informante: Vitima ( ) Outros ( )

Loló ( ) Maconha ( ) Cola ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Lança Perfume ( ) Anfetamina ( ) Éxtase ( )

## CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S( ) N( )

Imobilização Tala Gessada: S( ) N( )

Antibioticoterapia: S( ) N( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Oxigenioterapia: Cateter ( ) Venturi ( ) GPAP ( )

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S( ) N( )

Entubação Orotraqueal: S( ) N( )

Ventilação Mecânica: Modalidade \_\_\_\_\_

FiO2: \_\_\_\_\_

Reanimação Cardiopulmonar: S( ) N( )

RX: S( ) N( ) Analgesia: S( ) N( )

Infusão de Fluidos: S( ) N( ) Especificar \_\_\_\_\_

Volume de Fluidos Infundido: \_\_\_\_\_

Outras Condutas: \_\_\_\_\_

Intecorrências: \_\_\_\_\_

## MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

TT = CIRÚRGICO

## CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HOSPITAL OFICIAL DE FRENCH

Médico Regulador: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Transferência com acompanhamento Médico: S( ) N( )

Local e Data

Médico Assistente





**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
PERÍODO TRANS-OPERATÓRIO**

SAE 01 - 001

EXAMES ANATOMOPATOLÓGICO

SIM ☐ NÃO ☐

DESTINO DA PEÇA ANATÔMICA

SOLICITADO POR:

IDENTIFICADO POR:

NOME DA PEÇA:

CONSERVADA COM:

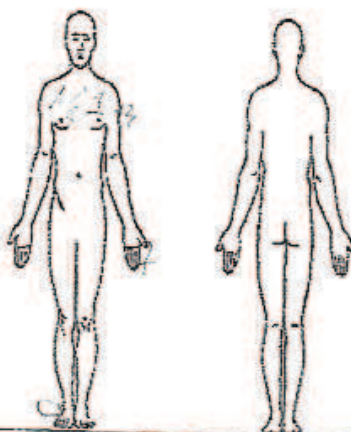
CULTURA

SIM ☐

NÃO ☐

TIPO DO MATERIAL:

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 01       | ELETRODOS            |
| 02       | PLACA NEUTRA/BISTURI |
| 03       | PA NÃO-INVASIVA      |
| 04       | PA INVASIVA          |
| 05       | CATETER PERIFÉRICO   |
| 06       | CATETER CENTRAL      |
| 07       | OXÍMETRO             |
| 08       | COXIM                |
| 09       | INCISÃO CIRÚRGICA    |
| 10       | DRENO TIPO           |
| 11       | GARROTE PNEUMÁTICO   |
| 12       | GESSO LOCAL          |
| SNG POR: |                      |
| SVD POR: |                      |



**SANGUE E HEMODERIVADOS**

| DESCRIÇÃO | QUANTIDADE |
|-----------|------------|
| CH        |            |
| CP        |            |
| PF        |            |

| CONFERÊNCIA             | DC | TC |
|-------------------------|----|----|
| CONTAGEM DE COMPRESSAS  |    |    |
| CONFERÊNCIA             | IC | TC |
| NÚMERO DE INSTRUMENTAIS |    |    |

LEGENDA: DC - DURANTE A CIRURGIA  
IC - INÍCIO DA CIRURGIA  
TC - TÉRMINO DA CIRURGIA

**DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

**RISCO DE LESÃO**

- ☒ INSTALAR COUXINS
- ☒ PROTEGER PROVENIÊNCIAS OSSEAS
- ☒ PROMOÇÃO DE CONFORTO

**ANSIEDADE**

- ☒ OFERECER APOIO EMOCIONAL
- ☒ EXPLICAR PROCEDIMENTOS

**INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA**

- ☒ OBSERVAR SINAIS DE CIANOSE
- ☒ COMUNICAR ALTERAÇÕES À EQUIPE

**RISCO PARA DISTERMIAS**

- ☒ ATENTAR PARA VALORES DE TEMPERATURA
- ☒ AQUECER QUANDO NECESSÁRIO
- ☒ ATENTAR PARA RISCO DE HIPERTERMIA MALIGNA

**RISCO DE INFECÇÃO**

- ☒ LAVAGEM CORRETA DAS MÃOS
- ☒ PROMOVER TÉCNICAS ASSEPTICAS
- ☒ CONFERIR ESTERILIDADE DOS MATERIAIS

**RISCO DE VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTES**

- ☒ ATENTAR PARA SOLICITAÇÃO DE HTF
- ☒ OBSERVAR SUPRIMENTO DE SOLUÇÕES EM SO

**RISCO PARA QUEIMADURA DE PLACAS DE BISTURI**

- ☒ COLOCAR A PLACA DE BISTURI BEM ADERIDA
- ☒ CUIDAR PARA A PLACA DE BISTURI NÃO CAIR DURANTE A CIRURGIA

**OUTROS:**

OBS: GRIFAR DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM ADEQUADO AO PACIENTE.

**CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

|              | USO DE EPIS                         | DESINFECÇÃO DAS MÃOS                | ASSEPSIA DO SÍTIO CIRÚRGICO         | ATB PROFILÁTICA                     | PAR. MENTACÃO                       | CONTROLE E PROCESSO ESTERILIZAÇÃO   |
|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| CONFORME     | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| NÃO CONFORME | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |

ENCAMINHADO PARA:

☒ SRPA

☐ UTI

☐ SETOR DE ORIGEM

DATA:

HORA:

ESTADO GERAL

☐ ACORDADO

☐ INTUBADO

☐ VENÓCLISE PERIFÉRICA

☐ DRENO PENROSE

☐ DRENO KHER

DO PACIENTE

☐ SEMI NARCOSE

☐ EXTUBADO

☐ VENÓCLISE CENTRAL

☐ DRENO LAMINAR

☐ DRENO TORÁXICO

☐ NARCOSE

☐ DRENO SUÇÃO

ENFERMEIRO COREN:

*País Aguiar*  
COREN-PE: 32332 ENF.

Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejupó,  
Recife - PE  
CEP 50920 - 640  
Fone: 31828500

HOF1079







**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
PERÍODO TRANS-OPERATÓRIO**

SAE 01 - 001

CHECAGEM DO TRANS-OPERATÓRIO  
PREENCHIMENTO PELO ENFERMEIRO DO BLOCO CIRÚRGICO  
RESOLUÇÃO COFEN - 272/2003 - Revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009  
BLOCO CIRÚRGICO GERAL ☒ BLOCO CIRÚRGICO TRAUMATOLOGIA ☐

DATA: 02/01/19

PACIENTE: Ubiratan da Silva Barreto DATA NASC.: 18/10/66 REGISTRO: 1076814 ATEND.: 325411  
PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO SIM ☐ NÃO ☒ POSTO: ENFERMARIA: LEITO:

CIRURGIA PROPOSTA:

DATA DA CIRURGIA: 02/01/19 HORÁRIO: ☐ M ☐ T

ANESTESIA PROPOSTA: RAS

CONHECIMENTO DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

☒ SIM  
☐ NÃO

**CHECKLIST DE ADMISSÃO**

- |                                                                                           |                                         |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CHECAGEM MATERIAL CONSIGNADO                                     | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> CHECAGEM EQUIPAMENTO                                             | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> CONFIRMAR A RESERVA DE SANGUE                                    | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO CIRÚRGICO                                 | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> TERMO DE CONSENTIMENTO ANESTÉSICO                                | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> DEMARCAÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO                                    | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> PRONTUÁRIO COMPLETO                                              | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> EXAMES LABORATORIAIS CONFERIDOS                                  | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> EXAMES DE IMAGEM                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> ACESSO VENOSO PÉRVIO                                             | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> CONFIRMADO JEJUM ADEQUADO - QUANTAS HORAS: 12h                   | <input type="checkbox"/> SIM            | <input type="checkbox"/> NÃO |
| <input type="checkbox"/> CONFIRMADO AUSÊNCIA DE PROTESE/ROUPA ÍNTIMA/ADORNOS              | <input checked="" type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO |

Funcionário responsável pelo transporte do paciente ao Bloco Cirúrgico Enfermagem: Maqueiro:  
Funcionário responsável pelo recebimento do paciente e checagem das conformidades trans-operatórias Enfermagem:

ANESTESIA REALIZADA: ☐ GERAL ☐ PERIDURAL ☐ RAQUI ☐ BLOQUEIO ☐ LOCAL ☐ SEDACÃO  
ANESTESIOLOGISTA: Dr. Daniel HORÁRIO DE INÍCIO: HORÁRIO DO TÉRMINO:

CIRURGIA REALIZADA:  
CLASSIFICAÇÃO CIRÚRGICA: ☒ LIMPA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA ☐ POTENCIALMENTE CONTAMINADA  
CIRURGIÃO: Dr. Ubiratan

POSICÃO CIRÚRGICA ☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ LITOTOMIA ☐ PROCLIVE  
☐ VENTRAL C/ FLEXÃO JOELHO ☐ LATERAL DIREITA ☐ LATERAL ESQ. ☐ FOWLER  
☐ TRENDLENBURG

PREPARO DA PELE DO PACIENTE  
SOLUÇÃO ☐ CLOREX.AQU.0,2% ☐ CLOREX.ALC.5% ☒ CLOREX.DER.2% ☐ PVPI DEGERMANTE

ESCOVAÇÃO DA ÁREA ☐ NÃO ☒ SIM

PROTEÇÃO/AQUECIMENTO ☐ MANTA TÉRMICA ☒ COXIM BANGAL

Rua Aprígio Guimarães, S/N - Tejipió,  
Recife - PE  
CEP 50920-640  
Fone: 31828500

HOF1079







Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

|                                                                                                            |                                                     |                                                                     |                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                           |                                                     |                                                                     |                                     |
| 1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS                                       | 2- CNES<br>426                                      | 3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS | 4- CNES<br>426                      |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                           |                                                     |                                                                     |                                     |
| 5- NOME DO PACIENTE<br>UBIRATAN DA SILVA BARROS                                                            | 6- Nº DO PRONTUÁRIO<br>1076814                      | 7- (CNS)<br>898050064036814                                         | 8- DATA DE NASCIMENTO<br>18/10/1976 |
| 9- SEXO<br>MASCULINO                                                                                       | 11- NOME DA MÃE DO PACIENTE<br>ZILMA MARIA DA SILVA | 12- TELEFONE DE CONTATO<br>81. 87044210   Celular: 81.              |                                     |
| 13- NOME DO RESPONSÁVEL                                                                                    |                                                     | 14- TELEFONE DE CONTATO                                             |                                     |
| 15- ENDEREÇO DO PACIENTE<br>RUA VINTE TRES DE ABRIL, N.º 60 - I: BAIRRO: TORROES - CIDADE: RECIFE - UF: PE |                                                     |                                                                     |                                     |

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

ENCAMINHADO DA UPA DA CAXANGÁ, COM FERIMENTO, DOR, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM 5 PDD, APÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA, HÁ 06 HORAS.  
NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

RX DE PÉ DIREITO: LUXAÇÃO METATARSO-FALÂNGICA DE 5 PDD.

|                                                                                                                            |                                  |                                                    |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------|
| 20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL<br>LUXACAO DO(S) ARTELHO(S) - S931                                            |                                  | 21- CID 10 SECUNDÁRIO                              | 22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS       |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                             |                                  |                                                    |                                    |
| 24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                      |                                  |                                                    |                                    |
| 26- CLÍNICA<br>ORTOPEDIA E<br>TRAUMATOLOGIA                                                                                |                                  | 27- CARATER DA INTERNAÇÃO<br>URGENCIA E EMERGENCIA |                                    |
| 29- CPF DO LDO / 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR)<br>JOAO PAULO NOBRE MAGALHAES - CRM: Nº.18882 |                                  | 31- DATA DA SOLICITAÇÃO<br>02/01/2019              |                                    |
| 32- Nº DO PRONTUÁRIO<br>05678364448                                                                                        |                                  |                                                    |                                    |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                                       |                                  |                                                    |                                    |
| <input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                          | 36- CNPJ DA SEGURADORA           | 37- Nº DO BILHETE                                  | 38- SÉRIE                          |
| <input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                                      | 49- CNPJ EMPRESA                 | 40- CNAE DA EMPRESA                                | 41- CBOE                           |
| <input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                     |                                  |                                                    |                                    |
| 42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                              |                                  |                                                    |                                    |
| <input type="radio"/> EMPREGADO                                                                                            | <input type="radio"/> EMPREGADOR | <input type="radio"/> AUTÔNOMO                     | <input type="radio"/> DESEMPREGADO |
| <input type="radio"/> APOSENTADO                                                                                           | <input type="radio"/> NÃO SEGURO |                                                    |                                    |

AUTORIZAÇÃO

|                                                        |                                          |                                          |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
| 43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                   | 33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE | 45- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR |
| 44- COD ORGAO EMISSOR                                  | 47- DATA DA AUTORIZAÇÃO                  |                                          |
| 46- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR |                                          |                                          |
| 49- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR         |                                          |                                          |

João Paulo Magalhães  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 18882 (1507-15350)







Prontuário: 1076814

**Religião:**

CNS:898050064036814

Nº: 60

Estado: PE

Fone: 558187044210

**Celular:**  
**Profissão:**

Notando pelo Nept

**Nome do Conjuge:**

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

PF<sub>5</sub> + N<sub>2</sub>O<sub>5</sub> →

João Paulo Magalhães  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 10802-TEC 13960

**Exame Físico:**

PA: FC: FR:

**Diag. Provisório:**

**Prescrição:**

Dieta: \_\_\_\_\_

## Data

### Horário

ROSANGELA  
02/01/19









**SES**  
**HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**  
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

## RESUMO DE ALTA

Nome: UBIRATAN DA SILVA BARROS

Reg: 1076814

Enf: 8

Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 2/1/19

DATA DE SAÍDA: 4/1/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

LUXAÇÃO METATARSO FALANGICA 5 PDD

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE EVOLUI BEM APÓS TTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO EXPOSTA, SEGUE DE ALTA HOSPITALAR.

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: PÉ  
PARA CONTROLE EM: 15 DIAS

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

*Joqueline Rodrigues Costa*  
Joqueline Rodrigues Costa  
CRM-PE 212

## HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

SES/FUSAM  
INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL  
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - SUS-PE

## ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado UBIRATAN DA SILVA BARROS portador da Carteira Profissional nº \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ necessita de 20 VINTE dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: LUXAÇÃO METATARSO FALANGICA 5 PDD

Deverá comparecer ao ambulatório de: PÉ E TORNOZELO  
Com 15 dias

Recife, 4/1/19

MéDico - CRM-PE

*Joqueline Rodrigues Costa*  
Joqueline Rodrigues Costa  
CRM-PE 212

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO