

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE: JOSÉ CARLOS DUTRA DA SILVA**, brasileiro, casado, repositor, inscrito no RG de nº. 6196210, expedido por SSP/PE, CPF de nº. 037.717.784-92, residente e domiciliado na Rua do Campo, nº 41, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 54325-171.

**OUTORGADO: JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHÃES**, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PE sob o nº 22.820, com endereço profissional à Av. Fagundes Varela, 988, Sala 10, Jardim Atlântico, Olinda-PE com endereço eletrônico jm\_adv08@hotmail.com.

## 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 subestabelecer em parte ou no todo, com ou sem reservas, hipótese em que comunicará aos outorgantes os poderes que ora são outorgados, sempre no interesse dos outorgantes.

**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** declaro, firmado sob as penas das Leis 1060/50, que se encontra em estado de pobreza legal, não podendo arcar com as custas e demais despesas da presente demanda sem prejuízo do próprio sustento e de sua família.

Reife, 11-11-2020.

JOSÉ CARLOS DUTRA DA SILVA  
Outorgante



## **TERMO DE RESPONSABILIDADE**

EU, **JOSÉ CARLOS DUTRA DA SILVA**, brasileiro, casado, repositor, inscrito no RG de nº. 6196210, expedido por SSP/PE, CPF de nº. 037.717.784-92, residente e domiciliado na Rua do Campo, nº 41, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes-PE, CEP 54325-171. Declaro para os devidos fins de direito que me responsabilizo por todas as informações, declarações prestadas e documentos apresentados para requerer a Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT Judicialmente, visto que fui vítima de um acidente de trânsito, perante qualquer juízo e órgãos municipais, estaduais e federais, de total minha responsabilidade que estou ciente deste ato.

Obs: Esta Declaração é expressão da verdade, pelo qual me responsabilizo civil e criminalmente sob as penas da Lei - Art.299 do Código Penal Brasileiro.

E por estar de acordo com o que aqui foi narrado, firmo o presente em duas vias de igual teor.

**Recife, 29 de outubro de 2020.**

JOSÉ CARLOS DUTRA DA SILVA

Assinatura



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO  
CARTERA NACIONAL DE HABITACAO

**JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / P.T. EMISSOR/UF  
6196210 SSP PE

CPF 037.717.84-92 DATA NASCIMENTO 19/03/1981

FILIAÇÃO  
ANTONIO DUTRA DA SILVA  
IVA MARIA DA SILVA

PERM. V.D. CAT. HAB. AD

Nº REGISTRO 03152079006 VALIDADE 03/12/2024 HABILITAÇÃO 07/01/2004

OBSERVAÇÕES  
A  
EAR  
CMTF

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE DATA EMISSÃO 06/12/2019

00008005607  
PE096106166

ASSINATURA DO MEDIADOR

PERNAMEICO

PERNAMEICO

VALIDADE 1933567269

PRODUTO PLASTIFICAR 1933567269

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO



Data Postagem: 20/05/2019 Data de Vencimento: 27/05/2019

marisa



CTC RECIFE PE PL3  
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA  
R DO CAMPO 00041  
GUARARAPES  
54325-171 JABOATAO DOS GUARAR PE



Que tal receber  
sua fatura por e-mail?



É grátis. É prático. E com apenas  
um clique você confere sua fatura  
e agiliza seu dia a dia.

Acesse [www.marisa.com.br/cartoes/BoletoPorEmail.aspx](http://www.marisa.com.br/cartoes/BoletoPorEmail.aspx) ou ligue para  
a Central de Relacionamento: 4004 2211 (capitais) e 0800 728 1122 (demais localidades).

marisa





Prescrição.: 1740410 Data: 03/06/2019 20:59

Usuário.....: JORGEFAS

Atendimento: 1238681 Dt Nasc: 19/03/1981 (38a 2m 22d)

Convênio....: SUS - AMBULATORIO

Paciente....: 225788 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso.....: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 03/06/2019 20:54 0 Dias(s) int

Médico.....: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo...: /

Diagnóstico:

Protocolo..:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX PUNHO ESQUERDO A.P. / PERFIL ; Exame: 317180	1					[03/06] 20:59

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM 24967

UPA IMBIRIBEIRA  
RA 1238681 - 1238681 - 1238681 - 1238681  
MÉDICO ELETRÔNICO  
Dr. Marcello JCS  
10/06/2019 09:02

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1740426 Data: 03/06/2019 21:14

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1238681 Dt Nasc: 19/03/1981 (38a 2m 22d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 225788 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 03/06/2019 20:54 0 Dias(s) int

Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 RX PUNHO ESQUERDO A.P. / PERFIL ; Exame: 317183	1					03/06] 21:14

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM 24967

UPA IMBIRIBEIRA  
RA IP...  
MEDICO ELETRONICO  
Dr. Marcello Silva  
Coordenador Geral de UPA

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1740433 Data: 03/06/2019 21:25

1ª VIA

Usuário.....: JORGEFAS

Atendimento: 1238681 Dt Nasc: 19/03/1981 (38a 2m 22d)

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Paciente.....: 225788 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso.....: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 03/06/2019 20:54 0 Dias(s) int

Médico.....: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.....: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo..:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.....: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 TALA GESSADA AXILO PALMAR M	1					[03/06] 21:25
> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	1	UN				
> ATADURA CREPE 10CM X 4,5M 11FIOS	4	UN				
> ATADURA CREPE 15CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				
> ATADURA GESSADA 10CM X4,0M BRANCA	1	UN				
> ATADURA GESSADA 20CM X4,0M BRANCA	1	UN				

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
4 CURATIVO ADULTO					Agora	

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM 24967

UPA IMBIRIBEIRA  
RAIPEJO ARAUJO DA SILVA  
Nº FOLIO ELETRÔNICO  
Dr. Marcello Silva  
Coordenador de Informática

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs



Prescrição.: 1740434 Data: 03/06/2019 21:25

Usuário.: JORGEFAS

Atendimento: 1238681 Dt Nasc: 19/03/1981 (38a 2m 22d)

Convênio.: SUS - AMBULATORIO

Paciente.: 225788 - JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Peso.: Altura: Sup. Corporea:

Internação.: 03/06/2019 20:54 0 Dias(s) int

Médico.: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unid. Int.: Leito.: Cobertura:

Cid.: M796 DOR EM MEMBRO Ciclo.: /

Diagnóstico:

Protocolo.:

Classificação de Risco:URG

PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO.: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA - CRM - null - 24967

FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Rubrica do Responsável



### Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: ABCIXIMAB, NEGA ALERGIAS

PRESCRICAO MEDICA

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DAPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML	1	AMP		IV	Agora	[03/06] 21:25
-> ESCALPE N. 21	1	UN				
-> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	UN				
-> AGUA BIDEUTILADA SOL.INJ. 10ML	1	AMP				
-> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	UN				

JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM 24967

UPA IMBIRIBEIRA  
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE  
MÓDULO ELETRÔNICO  
Dr. Marcello Silva  
COORDENADOR DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs







RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 04/06/2019 07:18:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA RG: PESO:  
IDADE: 38 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:  
Data de Nascimento: 19/03/1981  
PRESTADOR ASSISTENTE: JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA  
DATA DE ATENDIMENTO: 03/06/2019 20:54:56 ATENDIMENTO: 1238681 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)  
CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: M796 - DOR EM MEMBRO  
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):  
DIAGNÓSTICO INICIAL: M796 - DOR EM MEMBRO  
DIAGNÓSTICO DE ALTA: M796 - DOR EM MEMBRO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS CONSULTA  
PROCEDIMENTO DE ALTA:

JOSE SERGIO SANTOS DE SOUZA  
CRM-8500

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA  
RA - IMPLANTAÇÃO DE SISTEMA DE PRONTUÁRIO ELETRÔNICO  
Dr. Marcello Silveira  
CRM-8500

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA\_IMBIRIBEIRAmarcellojcs





TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

Nome do Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Data de Nascimento: 19/03/1981 Data Atendimento: 03/06/2019

Prontuário: 0000225788 Cód. Atendimento: 01238681

Nome do Hospital: hospital dom helder

Senha: 5698309

Transporte: ☐ Ambulância Básica ☐ Ambulância Avançada ☐ Próprio

☐ Acompanhamento Médico

Observação: PACEINTE RELATA QUEDA DE MOTO HOJE, EVOLUI COM DOR EM REGIAO DE PUNHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES EM MÃO E JOLHO DIREITO. NEUROVASCULRA PRESERVADO.  
raio x: fratura de radio distal e, fechada

Recife, 03 de Junho de 2019

Médico: JORGE FERRAZ ARAUJO DA SILVA  
CRM: 24967

IPAS  
J. - IMBIRIBEIRA  
RA. IP. J. A. V. L. A. - M. D. D. S. J. A. P. A. D. P. R. O. N. J. A. P. E.  
MÉDICO ELETRÔNICO

*Dr. Marcello Silva*  
Georgina Silveira - M. D. - C. R. E. M. - 24.967



# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 23:10



Nome Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 19/03/1981  
Sexo: Masculino  
Idade: 38  
Senha: 0062  
Convênio: -  
Atendimento:  
SAME:

Período: 03/06/2019 23:18 - 03/06/2019 23:21

LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA IMBIRIBEIRA COM RECURSO PROPRIO. SENHA: 5698309. RELATA QUEDA DE MOTO COM DOR EM MSE + MIE. NEGA EMESE/CEFALEIA OU DESMAIO,

Observação:

HAS-  
DM-  
P.Z: 120/90MMHG

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Luana Torres Lins Marques  
COREN-PE 309416 - ENF

Acolhido(a) por: LUANA TORRES LINS MARQUES - COREN: 309416 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 23:21

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA



Atendimento: 503880

Data e Hora: 03/06/2019 23:26

Senha da Classificação:

0062

Paciente: 117185 JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 19/03/1981 Idade: 38 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: IVA MARIA DA SILVA Nome do Pai: ANTONIO DUTRA DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

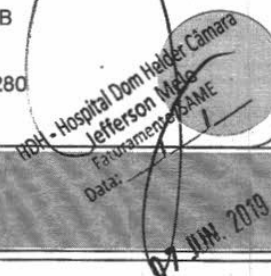
Endereço: RUA DO CAMPO -- 41 Bairro: GUARARAPES

Cidade/UF: JABOATAO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: EDJANEPB

RG (Identidade): 6196210 SSP PE Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): 03771778492 Fone: 994996280

Cartão SUS: Data de Emissão CRN:



## RESUMO DE TRATAMENTO

F: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal

Paciente refere acidente automobilístico com trauma em pulso E, hoje.  
Queixa de dor.

### Exame Físico

Sinal limitação de ADM de pulso E  
Neurovascular preservado.

### Diagnóstico

Lesão articular raio distal E

### Conduta Terapêutica

Internar.

### Prescrição Médica

① TAC pulso E

Vinicius S. Couto  
CRM 25034-PE

Carimbo/Médico

### EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: \_\_\_\_\_  
LEITO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

409100



FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 503888  
Usuário do Atendimento: NEICYCCO

Data e Hora do Atendimento: 04/06/2019 01:09  
Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA  
Nome da Mãe: IVA MARIA DA SILVA  
Data do Nascimento: 19/03/1981 Idade: 38 anos Sexo: MASCULINO  
Estado Civil: SOLTEIRO RG: 6196210 SSP PE Data Emissão:  
CPF: 03771778492 Certidão de Nascimento: Data Emissão:  
Naturalidade: JOAO ALFREDO Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO  
Carteira Nacional SUS: Ocupação Habitual: MOTORISTA  
Endereço: RUA DO CAMPO 41 GUARARAPES  
Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES PE CEP: 54325171 Fone: 994996280

Prontuário: 117185

Nome do Pai: ANTONIO DUTRA DA SILVA

RG: 6196210

SSP PE Data Emissão:

Data Emissão:

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Ocupação Habitual: MOTORISTA

Fone: 994996280

DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IMBIRIBEIRA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - CARDIO

Leito: LEITO 07

Hospital Dom Helder Camara  
Evangelina C. Dias de Souza  
Paturamento/SAME

13 JUN 2019

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 04/06/2019

Assinatura e R.G. do Responsável: JOSE CARLOS

SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: Melhorado

Diagnóstico: Fratura de rádio distal E

Procedimento: Placa e parafusos

Alta em: 05/06/2019

Hora:

Médico e C.R.M.:

Responsável pela retirada do paciente - Nome:

Assinatura e R.G.:

Vinicius S. Costa  
Ortopedia - 17726  
CRM 17726

Hospital Dom Helder Camara  
Nicene Kelly  
SALA Paturamento

CCIH  
Hospital Dom Helder Camara  
05/06/19





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

1. Identificação

Leito da SRPA:

08

Nome: José Carlos Dutra data: 04/06/19 Hora: 13:00 Registro: 117185  
Leito de origem: \_\_\_\_\_

2. Procedimento cirúrgico

Cirurgia: Fto. putura de nado distal  
Tipo de anestesia: bloqueio de plexo  
Equipe: Dr. Eduardo Anestesista: Dr. Debora

3. Admissão

Estado geral: ( ) Bom (X) Regular ( ) Torporoso ( ) Grave°  
Respiração: (X) Espontânea ( ) Assistida não invasiva ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Sonda: ( ) SVD ( ) SNG ( ) SNE  
Acesso Venoso Periférico: ( ) Não (X) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Acesso Venoso Central: (X) Não ( ) Sim Onde: \_\_\_\_\_  
Drenos: (X) Não ( ) sim Onde: \_\_\_\_\_  
Sinais vitais: PA: 113 x 84 mmHg FR: - p/min FC: 95 p/min SaPO2: 100  
Glasgow: -

4. Monitorização

SSVV/ Horário	15'	30'	60'	1:30 h	2:00 h	3:00 h
PA	113x84	112x78	115x91	117x79	117x81	
FR	-	-	-	-	-	
FC	67	62	65	63	65	
SaPO2	94%	96%	96%	97%	97%	
Glasgow	-	-	-	-	-	

5. Intercorrências/observações:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Alta da SRPA

Sinais vitais: PA: 110x70 FC: 59 FR: C SaPO2: 97 Glasgow: -

Destino: ( ) Enfermaria ( ) UTI ( ) Emergência ( ) Ambulatório ( ) Residência

Data: \_\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_\_ Responsável pelo encaminhamento: \_\_\_\_\_

Alta da SRPA pelo médico: \_\_\_\_\_

CRM: 15884 / COO: 323194  
CPF: 032.838.808-00  
Médica Anestesiologista  
Dra. Debora Spender



**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 41557  
Paciente : 117185  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 657  
Dt. Início :  
Cid Pré-Operatório :  
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0001 SALA 01  
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
LEITO 07  
Dt. Fim : 04/06/2019 12:35

Atendimento : 503888  
Carteira :  
Idade : 38 Anos

**Procedimentos**

Procedimento: 0408020431 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 39 BLOQ DE PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

**Equipe Médica**

QUIRURGIAO 14508 EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ  
ANESTESISTA 15883 DEBORA SPENCER DE CASTRO LEITAO

MDH - Hospital Dom Helder Câmara  
Evângela C. Dias de Souza

18 JUN 2019

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica :**

PROGNOSTICO PESSIMO, LESAO DE ALTISSIMA GRAVIDADE GRANDE CHANCE DE PERDA DEFINITIVA DA ADM, ARTROSE PO  
TRAUMATICA, NECROSE E INFECCAO

AO RECEBER ALTA, A PACIENTE ESTÁ ORIENTADO A FAZER FISIOTERAPIA COM URGÊNCIA DO CONTRÁRIO HÁ GRANDE  
PROBABILIDADE DE PIORAR DRASTICAMENTE O RESULTADO, DE UMA FRATURA JÁ COM MAU PROGNÓSTICO.

01. INCISÃO TANGENTE AO FRC APX 06CM
02. SEPARAÇÃO POR PLANOS
03. ABORDAGEM INTERPLANOS ART RADIAL / FRC
04. DESINSERÇÃO DE PRONADOR QUADRADO
05. REDUÇÃO DA FRATURA
06. APOSIÇÃO COM PLACA DE APOIO 3 X 3 COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS
07. RESINSERÇÃO DE PRONADOR QUADRADO
08. LIMPEZA COM SF 0,9%
09. SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO E TALA

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

Eduardo de Queiroz  
Ortopedista  
CRM 14508 TEOT 10592

DR(A) : EDUARDO JOSE FARIAS DE QUEIROZ  
CRM : 14508









Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara  
IMIP Hospitalar  
CNPJ: 09.039.744/0008-60

Fundação Professor Martiniano Fernandes  
IMIP HOSPITALAR  
CNPJ: 09.039.744/0001-94

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

#### FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 117185

Nome: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Mãe: IVA MARIA DA SILVA

End.: RUA DO CAMPO

Enferm.: LEITO 07

Atendimento: 503888

Leito: 657

Dt.Cad: 03/06/2019

Dt. Nasc: 19/03/1981

Bairro: GUARARAPES

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

CNS:

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- ☒ Confirmação sobre o paciente
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado
  - Consentimento informado realizado

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica
- ☒ Checagem do equipamento anestésico
- ☒ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

- ☒ Não
- ☐ Sim

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☐ Não
- ☐ Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam
  - Identificação do paciente
  - Local da cirurgia a ser feita
  - Procedimento a ser realizado

#### Antecipação de eventos críticos:

- ☒ Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas? *2 e 3 hrs*

- ☐ Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?

- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- ☐ Sim
- ☐ Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica


#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- ☒ Nome do procedimento realizado *Enat. Ang. de Rodo Distal (D)*
- ☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica) *Sim*
- ☒ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *NE*
- ☒ Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *NE*
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente *Sim*

*Enfermeira de O. Maia*  
COREN-PE 000529993 - ENF



 <b>HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA</b>		<b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA</b> <b>BLOCO CIRÚRGICO - SRPA</b>		<b>GESTÃO IMIP HOSPITALAR</b>	
Nome: <u>João Carlos de Brito do Silva</u>		Registro: <u>117185</u>		Leito: <u>204</u>	
Procedimento cirúrgico:		Data: <u>04/06/19</u>		Hora:	
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM				HORÁRIOS
1. Ansiedade ( )	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input checked="" type="checkbox"/> Outros				
2. Ventilação prejudicada ( )	<input checked="" type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input checked="" type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores sempre que necessário <input checked="" type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input checked="" type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação. FC e FR <input checked="" type="checkbox"/> Instalar <input checked="" type="checkbox"/> Manter <input checked="" type="checkbox"/> Anotar oximetria de pulso <input checked="" type="checkbox"/> Outros				
3. Padrão de eliminação urinária ( ) Diminuído ( ) Aumentado	<input checked="" type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de <u>  </u> / <u>  </u> h <input checked="" type="checkbox"/> Estimular eliminações por meios físicos (ligar torneira, ou usar compressas frias no abdômen) <input checked="" type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica, se não houver restrição <input checked="" type="checkbox"/> Registrar se: <input checked="" type="checkbox"/> Dor ao urinar <input checked="" type="checkbox"/> Abaulamento em região suprapúbica <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de diurese espontânea <input checked="" type="checkbox"/> outros				
4. Dor ( ) Local: <u>FO</u> ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa	<input checked="" type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente <input checked="" type="checkbox"/> avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input checked="" type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input checked="" type="checkbox"/> Registrar características e intensidades da dor <input checked="" type="checkbox"/> outros				
5. Integridade tissular prejudicada ( )	<input checked="" type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo a cada <u>  </u> / <u>  </u> h <input checked="" type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito a cada 3 horas caso não haja contra-indicação <input checked="" type="checkbox"/> Medir débito de dreno de <u>  </u> / <u>  </u> h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por <u>24h</u> <input checked="" type="checkbox"/> Outros				
6. Sangramento ( ) Local: <u>FO</u> ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severo	<input checked="" type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de <u>  </u> / <u>  </u> min <input checked="" type="checkbox"/> Manter elevado: <u>  </u> <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo oclusivo <input checked="" type="checkbox"/> Outros				
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )	<input checked="" type="checkbox"/> Pinçar dreno ao manusear o paciente <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar mobilização de dreno (Tracionado) <input checked="" type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição: <u>  </u>				

CÓD. 38605



MATERIAL DE SALA CIRÚRGICA

PACIENTE:	Dr. Carlos Augusto de Silva			DATA:	09/06/19
CIRURGIÃO:	Dr. Eduardo Bueno			RG:	112185
ANESTESISTA:	Dr. Deiana			AUXILIAR:	
CIRURGIÃO:	HCR: Natana de Rocio Djalal			ANESTESIA:	Bloqueio + Sedação
ESTRUMENTADOR:	Jadiane			COORDENAÇÃO DO BLOCO:	Diana
CIRCULANTE:	Betty			COREN:	
ENFERMEIRA:	Ouka			HORÁRIO INICIAL:	11:00
				HORÁRIO FINAL:	12:00

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 01

AGULHAS			
13X4,5	25X7	25X8	40X12
CARDIOPLEGICA	STIMUPLEX	RAQUI 25	RAQUI 27
ATADURAS			
CREPE 10CM	CREPE 15CM	CREPE 20CM	CREPE 30CM
GESSADA 10CM	GESSADA 15CM	GESSADA 20CM	
CANULAS			
TRAQUEOST 7,0	TRAQUEOST 7,5	TRAQUEOST 8,0	TRAQUEOST 8,5
AQUEOST 9,0			
CATETER			
NASAL	CENTRAL PVC	EPIDURAL 16	SUBCLAVIA 16
PERIDURAL 17	JELCO 18	JELCO 16	JELCO 18
JELCO 20	JELCO 22	JELCO 24	
LIMPADORES			
CLIP 100	CLIP 200	CLIP 300	CLIP 400
CURATIVOS			
ADAPTIC	KERLIX	PURILON	TELA MARLEX
EQUIPOS			
BOMBA	BOMBA FOTO	P/SANGUE	P/SORO MACRO
EXTENSORES			
20CM	40CM	60CM	120CM
LAMINAS			
BISTURI 11	BISTURI 12	BISTURI 15	BISTURI 20
BISTURI 22	BISTURI 24	DERMATOMO 6	
LUVAS			
LUVA 7,0	LUVA 7,5	LUVA 8,0	LUVA 8,5
SERINGAS			
1ML	3ML	5ML	10ML
20ML	60ML	60ML CATETER	
AVENTAL CIRUR.	B5. COLOSTOMIA	COMPRESSAS	CAPA P/ VIDEO
COLET. ABERTO	COLET. FECHADO	CONEXÃO 2VIAS	CONEXÃO 4VIAS
ELETRODOS	FILTRO UMIDIF.	GAZES	GELFOAN
KIT CIRURGICO	LATEX	TORNEIRA 3VIAS	PRESERV. URINA
SCALP 21	SCALP 23	TRANSOFIX	TRANS. PRESSAO

DESCRIÇÃO MATERIAL USADO EM SALA 01

DRENOS			
KHER 8	KHER 10	KHER 12	KHER 14
KHER 18	SUCÇÃO 3,2	SUCÇÃO 4,8	SUCÇÃO 6,4
BLAKER 19FR	BLAKER 24FR	TORAX 20	TORAX 26
TORAX 28	TORAX 30	TORAX 32	TORAX 36
SONDAS			
ENTERAL 10	ENTERAL 12		
ASPIRAÇÃO 10	ENDOTRAQ. 2,0	ENDOTRAQ. 2,5	ENDOTRAQ. 3,0
ENDOTRAQ. 3,5	ENDOTRAQ. 4,0	ENDOTRAQ. 4,5	ENDOTRAQ. 5,0
ENDOTRAQ. 5,5	ENDOTRAQ. 6,0	ENDOTRAQ. 6,5	ENDOTRAQ. 7,0
ENDOTRAQ. 7,5	ENDOTRAQ. 8,0	ENDOTRAQ. 8,5	ENDOTRAQ. 9,0
FOLEY 3VIAS 14	FOLEY 3VIAS 16	FOLEY 3VIAS 18	FOLEY 3VIAS 20
FOLEY 2VIAS 06	FOLEY 2VIAS 08	FOLEY 2VIAS 10	FOLEY 2VIAS 12
FOLEY 2VIAS 14	FOLEY 2VIAS 16	FOLEY 2VIAS 18	FOLEY 2VIAS 20
NASO 10	NASO 12	NASO 14	NASO 16
NASO 18	NASO 20	NASO 22	URETRAL 4
URETRAL 6	URETRAL 8	URETRAL 10	URETRAL 12
URETRAL 14	URETRAL 16	URETRAL 18	URETRAL 20
FIOS CIRÚRGICOS			
ALGODÃO 0	ALGODÃO 2-0	ALGODÃO 3-0	FITA CARDIACA
CROMADO 0	CROMADO 1	CROMADO 2-0	CROMADO 3-0
CROMADO 4-0	SIMPLES 2-0	SIMPLES 3-0	SIMPLES 4-0
SIMPLES 5-0	NYLON 2-0	NYLON 3-0	NYLON 4-0
NYLON 5-0	NYLON 6-0	NYLON 8-0	NYLON 9-0
NYLON 10-0	POLIESTER 2	POLIESTER 2-0	POLIESTER 3-0
POLIESTER 4-0	POLIESTER 5	PROLENE 0	PROLENE 2
PROLENE 2-0	PROLENE 3-0	PROLENE 4-0	PROLENE 5-0
VICRYL 0	VICRYL 1	VICRYL 2-0	VICRYL 3-0
VICRYL 4-0	CERA P/OSSO	MARCAPASSO	VALVEKIT
SEDA 2-0	SEDA 3-0	MONOCRYL 3-0	MONOCRYL 4-0
SURGIGEL 5X75	AÇO 1	AÇO 4	AÇO 6

CÓD. 38407







## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: Jose Carlos Dutra da Silva Registro: 117183 Nº Atendimento: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não

Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

História da Doença Atual: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Paciente refere anamnese (as) motorista de taxi  
com trauma no punho E

\_\_\_\_\_

Interrogatório Sintomatológica: Não

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Francisco Ferreira Júnior CRM. UF:PE Nº 23424 Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara, Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000 Cabo de Santo Agostinho – PE Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

05/06/2019

Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA  
Endereço:

1) DIPIRONA 1G – 01 CAIXA

Tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

2) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome:..... Ident.:..... End.:..... Cidade:..... UF:..... Telefone:.....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome Completo: Francisco Ferreira Júnior CRM. UF:PE Nº 23424 Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara, Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000 Cabo de Santo Agostinho – PE Fone: (81) 3183.0000

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

05/06/2019

Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA  
Endereço:

1) DIPIRONA 1G – 01 CAIXA

tomar 01 comprimido via oral de 6/6h quanto tiver dor.

OPCIONAL PARA DOR MUITO FORTE:

2) Paco (paracetamol 500mg+ codeína 30mg) – 01 caixa

Tomar um comprimido via oral de 8/8horas se a dor for muito forte

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome:..... Ident.:..... End.:..... Cidade:..... UF:..... Telefone:.....

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>
<p>Nome Completo: Francisco Ferreira Júnior</p> <p>CRM. UF:PE Nº 23424</p> <p>Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,</p> <p>Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000</p> <p>Cabo de Santo Agostinho – PE</p> <p>Fone: (81) 3183.0000</p>

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

05/06/2019

Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Endereço:

1)CEFALEXINA 500 MG – 28 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMP VO 6/6H DURANTE 07 DIAS

*[Handwritten signature]*

<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>
<p>Nome:.....</p> <p>Ident.:.....Org.Emissor:.....</p> <p>End.:.....</p> <p>Cidade:.....UF:.....</p> <p>Telefone:.....</p>

<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b>
<p>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____</p>

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>
<p>Nome Completo: Francisco Ferreira Júnior</p> <p>CRM. UF:PE Nº 23424</p> <p>Endereço: Hosp. Dom Helder Câmara,</p> <p>Rodovia BR 101 Sul-KM 95, CEP 54.510-000</p> <p>Cabo de Santo Agostinho – PE</p> <p>Fone: (81) 3183.0000</p>

1ª VIA FARMÁCIA  
2ª VIA PACIENTE

05/06/2019

Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Endereço:

1)CEFALEXINA 500 MG – 28 COMPRIMIDOS  
TOMAR 01 COMP VO 6/6H DURANTE 07 DIAS

*[Handwritten signature]*

<b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>
<p>Nome:.....</p> <p>Ident.:.....Org.Emissor:.....</p> <p>End.:.....</p> <p>Cidade:.....UF:.....</p> <p>Telefone:.....</p>

<b>IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR</b>
<p>ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____</p>



## Solicitação de Radiografia

**Paciente:** JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA  
**Registro:** 117185 Data da Alta: 05/06/2019

**Solicito Radiografia:**

**PUNHO ESQUERDO AP E PERFIL**

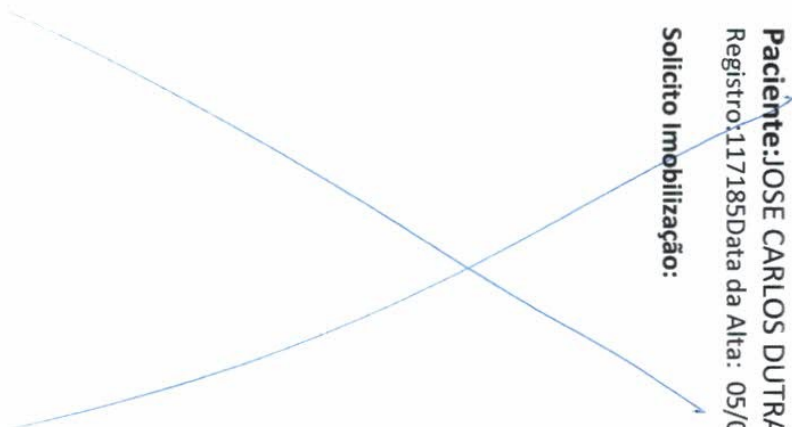
**Motivo:** Controle



## Imobilização

**Paciente:** JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA  
**Registro:** 117185 Data da Alta: 05/06/2019

**Solicito Imobilização:**





**LAUDO MÉDICO**

Data de Atendimento: 19/6/19

Nº PRONTUÁRIO: 117185

NOME DO PACIENTE: Jon Carlos Dutra dos Reis

**HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:**

Lesão de ruptura de vedação  
CID: dentel (E); fratura em  
562 condilóide

OBS.:

Nº DIAS \_\_\_\_\_ ( ) AFASTAMENTO DO TRABALHO

1820182700 (1892333333)  
1820182700 (1892333333)  
Dra. Mariana S. de Almeida Araújo  
Assinatura do Médico  
Carimbo

CÓD. 38391



## Resumo de Alta Hospitalar

PACIENTE: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA			
REGISTRO: 117185	IDADE: [Status]	DATA ADMISSÃO: 04/06/2019	DATA ALTA: 05/06/2019

### 5) Diagnósticos Definidos:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

### 6) Conduta/ Procedimentos Realizados:

PLACA E PARAFUSOS

### 7) Prescrição Para Domicílio: Em anexo

### 8) Informações Complementares:

1) MANTER MEMBRO ELEVADO

2) FAZER COM FREQUÊNCIA MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO COTOVELO E DEDOS DA MÃO

3) MANTER IMOBILIZAÇÃO ATÉ O RETORNO

4) CURATIVO DIÁRIO EM POSTO DE SAÚDE

5) RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 02 SEMANAS

### Programação Após Alta:

Ambulatório de Egresso Sim ( X ) Data da Consulta: \_\_/\_\_/2019

Não ( )

### Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES /PE  
Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar  
Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho – PE



(81) 3183 0149

Telefone para marcar consulta de retorno ambulatorial no HDH.





## Atestado Médico

Paciente: JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

Atesto para os devidos fins que o(a) paciente acima nominado(a) foi atendido(a) neste serviço no dia 04/06/2019.

Necessitando de 15(QUINZE) dias de afastamento de suas atividades laborais e/ou escolares.

Cabo de Santo Agostinho, 5 de junho de 2019.

A Resolução nº 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, em seu artigo 5º, estabelece:

"Os médicos somente podem fornecer atestados com diagnóstico codificado ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Parágrafo único. No caso da solicitação de diagnóstico, codificado ou não, ser feita pelo próprio paciente ou seu representante legal, esta concordância deverá estar expressa no atestado."

Portanto, o médico não está obrigado a colocar o diagnóstico ou CID-10 no atestado médico, salvo pelas razões supracitadas

## Fisioterapia

Data do atendimento: 05/06/2019

Paciente:

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA

INDICAÇÃO CLÍNICA:

FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

Nº : VINTE (20) SESSÕES

Cabo de Santo Agostinho, 5 de junho de 2019







4449/20

**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLÍCIA DA 7ª CIRCUNSCRIÇÃO POLICIAL (BOA VIAGEM)**

Avenida Domingos Ferreira, nº 4420, bairro de Boa Viagem, Recife-PE  
Telefone: 3184-3325; e-mail: dp7circ.boaviagem@policiacivil.pe.gov.br

**Ofício nº 1274/2019**

Recife, 12 de novembro de 2019.

A Sua Senhoria o(a) Senhor(a)  
Gestor do Instituto de Medicina Legal – IML

**BOE nº 19E2093000137**

Assunto: **REQUISIÇÃO DE PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA COMPLEMENTAR**

Senhor(a) Gestor(a),

Cumprimentando-o(a) cordialmente, visando a instruir procedimento policial em curso nesta Delegacia, apresento-lhe a pessoa de **JOSÉ CARLOS DUTRA DA SILVA, brasileiro, natural de João Alfredo/PE, nascido(a) aos 19/03/1981, filho(a) de Antonio Dutra da Silva e de Iva Maria da Silva, R.G. nº 6.196.210 SDS-SP, residente na Rua do Campo, nº 41, Prazeres, Jaboatão dos Guararapes - PE**, para que seja submetido à **PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA COMPLEMENTAR da perícia nº 47410/2019**, em conformidade com o disposto nos art. 6º, inciso VII, do Código de Processo Penal e art. 2º, § 2º, da Lei nº 12.830/2013.

No mais, ressalto que o **LAUDO PERICIAL COMPLEMENTAR** deverá ser encaminhado à **Delegacia de Polícia de Boa Viagem (7ª CP)**, no endereço constante do cabeçalho.

Atenciosamente,

**PEDRO PAULO DA SILVA FIDELIS**

**Delegado de Polícia**

Governo do Estado de Pernambuco  
Secretaria de Defesa Social  
Polícia Civil de Pernambuco  
Instituto de Medicina Legal  
Traumatologia

31 JAN. 2020

AS 0915  
Luciana C. P. Ventura  
Auxiliar de Legista  
Mat. 296.229/2





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 27716 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007A. CIRCUNSCRICAO - BOA VIAGEM  
Ofício nº. 217 / 2019 Data 28 / 6 / 2019  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007A. CIRCUNSCRICAO - BOA VIAGEM

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 10:09 do dia 28 de Junho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA filho(a) de ANTONIO DUTRA DA SILVA e de IVA MARIA DA SILVA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), aparentando a idade de 38 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de JOAO ALFREDO - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 6196210, profissão NÃO INFORMADO, endereço NÃO INFORMADO, complemento: NÃO INFORMADO, bairro NÃO INFORMADO, telefone/s NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Periciando comparece para realização de exame complementar com menos de trinta dias. Refere que sofreu queda da motocicleta em 03/06/2019. Refere fratura do terço distal do radio esquerdo sendo submetido a tratamento cirúrgico com colocação de placas e parafusos em 04/06/2019, trouxe laudo assinado pelo médico Vinicius S. Couto CRM-PE 25593 que refere o tratamento cirúrgico descrito. Laudo médico assinado pela Dra Mariana S. de Almeida Araújo, CRM-PE 26413, datado de 19/06/2019 refere: "fratura de radio distal esquerdo em consolidação."

**DESCRIÇÃO**

**Exame Físico:**

Presença de cicatriz cirúrgica, hiperocrômica, localizada na região distal da face interna do antebraço esquerdo, medindo 70 mm; dificuldade de rotação e perda da força motora de elevação do membro inferior esquerdo. Solicito avaliação da ortopedia para realização de exame complementar com trinta(30) dias, acompanhado de laudo da ortopedia com descrição da situação atual do periciando.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

A lesão descrita é compatível com o acidente de motocicleta e guarda relação de causa e efeito entre o trauma e a lesão. Aguardar exame complementar com trinta dias acompanhado de laudo da ortopedia.

**QUESITOS:**

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para suas ocupações habituais por mais de trinta (30) dias.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Aguardar exame complementar.





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA**

**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA**

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr<sup>o</sup>. PEDRO DE SOUZA PIRES - CRM 11733.

Pedro de Souza Pires  
Médico Legista  
Mat - 347.867-0  
CRM-PE: 11733







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DEPATRI - DELEGACIA DE POLÍCIA DE DELITOS DE TRÂNSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2093000137**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/06/2019** às **09:55**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **3/6/2019** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CAPITAO ZUZINHA, 01 - Bairro: BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
EDIVANIA DUTRA DA SILVA ( OUTRO )  
JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA ( VITIMA )

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA

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

**JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IVA MARIA DA SILVA Pai: ANTONIO DUTRA DA SILVA Data de Nascimento: 19/3/1981 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6196210/SSP/PE (RG), 03771778492 (CPF), 03152079006 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: REPOSITOR Telefones Celulares: - 81994996280**

Endereço Residencial: **RUA DO CAMPO, 41 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDIVANIA DUTRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA DO CAMPO, 41 - CEP: 55000-000 - Bairro: PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDIVANIA DUTRA DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGX0346** (PERNAMBUCO/JABOATAO DOS GUARARAPES) Renavam: **115716790** Chassi: **9C2KC2200JR012979**  
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

## Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA PARADO NO SEMAFORO E AO DAR PARTIDA UM CICLISTA ATRAVESSOU EM SUA FRENTE; QUE AO FREAR E TENTAR LIVRAR O CICLISTA, A MOTOCICLETA DERRAPOU LEVANDO A VITIMA A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO PELO PRIMO PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA ONDE RECEBEU O ATENDIMENTO MEDICO CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO NUMERO 01238681 APRESENTADO NESTA DP. DIANTE DO FATO A VITIMA VEIO A ESTA DP REGISTRAR O BOLETIM DE OCORRENCIA. CASO AFETO A DELEGACIA DE BOA VIAGEM.

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

JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por:  KEIBER TOME GOMES - Matrícula: 350961-3





**SINISTRO 3200137412 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO**CORRETORA DE SEGUROS** LTDA-ME**BENEFICIÁRIO** JOSE CARLOS DUTRA DA SILVA**CPF/CNPJ:** 03771778492**Posição em 21-10-2020 09:49:21**

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
09/04/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50