

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Lucas Roberto de Silva,
brasileiro(a), estado civil Casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o
nº 026.579.344-62 e portador da cédula de identidade
nº 4590284.SDS-PE, residente e domiciliado(a) na
Rua Pequeno
nº 99, bairro de Nova Descoberta
CEP 52191-340 na cidade de Recife PE.

OUTORGADA: ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 28.697 D, com escritório profissional à Rua Helena de Lemos, nº 330, Empresarial da Ilha, sala 104, Ilha do Retiro, Recife-PE. CEP: 50750-630 E-mail: anasantosadv1@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses judiciais, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas "Ad Juditia" e "At Juditia Et Extra" (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo, podendo propor ação em Justiça Comum, desistir de ações, renunciar, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, retirar Alvará judicial de pagamento em nome do autor, do cartório judicial ou gabinetes em afins, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, representar em audiência, usando em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

CLÁUSULA DE ONEROSIDADE E DE RETENÇÃO JUDICIAL: Pelo exercício do mandato, compromete-se o outorgante a pagar ao advogado-outorgado, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30% (trinta por cento) de todo e qualquer valor econômico-financeiro que constitua acréscimo ao patrimônio jurídico da parte, obtido com o êxito da causa, na esfera administrativa ou judicial. Para tanto, desde já, autoriza a retenção judicial dos honorários ora pactuados. Compromete-se, ainda, a cumprir, além da presente cláusula de onerosidade do mandato, as demais disposições complementares contidas no contrato de honorários advocatícios celebrado em instrumento próprio.

Recife, 10 de março de 2018

Lucas Roberto de Silva
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, Lucas Roberto da Silva,
brasileiro(a), estado civil Cesado,
profissão Pedreiro Inscrito no CPF/MF sob o
nº 4590284, e portador da cédula de
identidade nº 026.179.344.62, residente e
domiciliado(a) Rua Pequizeiro
nº 99, bairro Novo Descoberto,
CEP 52195-340 na cidade de
Recife PE.

Declaro sob as penas da lei, para os fins de concessão da Justiça Gratuita, que não tenho condições de arcar com as custas e despesas processuais, sem sacrifício do meu sustento de minha família, de acordo com os termos da Lei nº 1.060/1950.

Recife, 10 de maio, de 2017.

NOME: Lucas Roberto da Silva



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu Lucas Roberto da Silva

RG 4590284 SDS-PE, CPF 026179.344.62

Residente na Rua Pequeno, Bairro Ima de Recife

Cidade Recife, Estado de PE

Declaro para os devidos fins e efeitos que fui vítima de acidente de trânsito, e, portanto, apresento-me como beneficiário do seguro obrigatório DPVAT, para requerer a indenização a que tenho direito.

Outrossim Declaro pelo presente que estou ciente das implicações legais decorrentes da não veracidade nas informações aqui prestadas, sendo, portanto, verdadeiro o que declaro e assino neste documento.

Recife, 10 de maio de 2018

Lucas Roberto da Silva

Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENSIÑO
 INTERA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
LUCAS ROBERTO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
4590284 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
026.179.344-62 14/11/1978

FILIAÇÃO
JOAO ROBERTO DA SILVA
MARIA DA SOLEMORE DA S
ILVA

PERMISSÃO ACC CAT HAB
AD

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITACAO
04288563026 06/05/2022 07/02/2008

OBSERVAÇÕES
 EAR

Lucas Roberto da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO
OLINDA, PE 27/09/2017

Charles Anderson Soares Ribeiro
 Diretor Presidente
 ASSINATURA DO EMISSOR

42560414623
PE081224052

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485376301

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485376301



CTC RECIFE PE CIDB

MARIA JOSILENE DA SILVA
VIPMARES CORR DE SEGUROS LTDA
R PEQUIZEIRO 99
NOVA DESCOBERTA RECIFE PE

52191-340



7209036539635660000000269330260617

Data de Postagem: 26/06/17



SINISTRO 3180060853 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUCAS ROBERTO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Recife-PE

BENEFICIÁRIO LUCAS ROBERTO DA SILVA

CPF/CNPJ: 02617934462

Posição em 21-04-2018 11:01:30

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 04/04/2018 | R\$ 843,75 | R\$ 0,00 | R\$ 843,75 |
| 25/04/2018 | R\$ 1.521,45 | R\$ 0,00 | R\$ 1.521,45 |



Bandeira do
Estado



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0118000250**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/01/2018** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **13/10/2017** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ARTHUR LUNDGREN II (BAIRRO), 1, BR 101** - Bairro:
ARTHUR LUNDGREN - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOCICLISTA DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
MAICOL STEVEN CALDERON GARCIA (OUTRO)
LUCAS ROBERTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MOTOCICLISTA
DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUCAS ROBERTO DA
SILVA

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

LUCAS ROBERTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DA SOLEDADE DA SILVA** Pai: **JOAO ROBERTO DA SILVA** Data de Nascimento: **14/11/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE PARATIBE (BAIRRO), 68, RUA DA MANGUEIRA - CEP: 55000-000 - Bairro: PARATIBE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MOTOCICLISTA DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAO** Data de Nascimento: **1/1/1980** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MAICOL STEVEN CALDERON GARCIA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NAO** Data de Nascimento: **1/1/1980** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MAICOL STEVEN CALDERON GARCIA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUCAS ROBERTO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PET4388** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

08/01/2018 10:56



MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTOCICLISTA DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTOCICLISTA DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE ESTAVA PARADO COM SUA MOTOCICLETA NO ACOSTAMENTO DA VIA QUANDO, UM MOTOCICLISTA QUE VINHA EM "ALTA VELOCIDADE", COLIDIU EM SUA LATERAL, ARREMESSANDO-O EM VIA PÚBLICA. A VÍTIMA APRESENTOU DURANTE O REGISTRO DO B.O. CERTIDÃO Nº2017APH001906DIV.OP. CBMPE, BEM COMO "LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO" DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES ASINADO PELO MÉDICO CLAUDIO COSTA NETO CRM-PE 24.099. É O QUE NOTICIA.

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



LUCAS ROBERTO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **VANDERLAN BRAGA VIANA** - Matrícula: **208653-0**

P/ Ação - COMISSÁRIO - MAT 320624-3





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH001906 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). MARIA JOSILENE DA SILVA, 44 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 4998833 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 030.184.874-27, residente à RUA DA MANGUEIRA, nº 68, , PARATIBE, PAULISTA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 13/10/2017, por volta das 18:00 hs, no endereço: BR 101, XXX, ARTHUR LUNDGREN II PAULISTA-PE, referente a um(a) COLISÃO ENTRE MOTOCICLETAS, envolvendo HONDA BROS, PRETA DE PLACA PET4388-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) LUCAS ROBERTO DA SILVA, inscrito sob o CPF nº 026.179.344-62 e Registro Geral nº 4590284, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT MAT 950292 MARCOS ANDRÉ. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 108206. Ficou aos cuidados do médico CLÁUDIO COSTA, registro 24099. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 02/12/2017

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 2017APH001906

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

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





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: LUCAS ROBERTO DA SILVA REG: 108206

IDADE: 38 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 13/10/2017 DATA DA ALTA 23/10/17

DIAGNÓSTICO: 1) Fratura de plav. h. lateral @

TRATAMENTO REALIZADO:

1) Fixador externo em 15/10/17
2) RFF com placa e parafusos em 21/10/17

ORIENTAÇÃO:

1) Não pisar! Deitar o joelho
2) Curto no dia 15
3) Captação por 07 dias
4) Sincice por 07 dias

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATORIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ___/___/___

Dra. Luciana Mose
CRM 17171
R. Mato Grosso 14

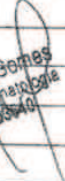
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Lucas Roberto Registro: 102906
Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

| Data/Hora | # SOT # |
|-----------|--|
| 08/11/17 | HD: PO <i>[illegible]</i> E (21/10/17) |
| | <i>[illegible]</i> Paciente evoluindo bem, momentaneamente sem dor, referida FO sem sinais de infecção, sem febre |
| | CD: 1. R. estado para extensão 2. R. estado para |
| |  Marília Lima Gomes Ortopedia e Traumatologia CRM/PE 23549 |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



-Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

| | | | |
|-----------------------------|--|----------|--|
| ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | 2 - CNES | |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES | | 6431569 | |
| ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES | |
| HOSPITAL MIGUEL ARRAES | | 6431569 | |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------------|--|------------------------|--|--|--|
| Nome do Paciente | | | | 6 - Nº Prontuário | |
| ROBERTO DA SILVA | | | | 108206 | |
| Número Nacional do SUS | | 8 - Data de Nascimento | | 9 - Sexo | |
| 8033108045 | | 14/11/1978 | | Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3 | |
| 10 - Raça/Cor | | | | 10.1 - Etnia | |
| 04 - Amarela | | | | 0000 - Não Se Aplica | |
| Nome da Mãe | | | | 12 - Telefone de Contato | |
| A DA SOLEDADE DA SILVA | | | | 8198574573 | |
| Nome Responsável | | | | 14 - Telefone de Contato | |
| NOME | | | | | |
| Endereço (Rua, Nº, Bairro) | | | | | |
| MIRAGUEIRA, 68 - MIRUEIRA | | | | | |
| Município | | 17 - IBGE | | 18 - UF | |
| MIRAGUEIRA | | 261070 | | PE | |
| | | | | 19 - CEP | |
| | | | | 53405900 | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 PACIENTE VITIMADO COLISÃO MOTOX MOTO HA 2 HORAS, QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM MIE. SEM OUTRAS QUEIXAS. REFERE NAUSEAS, NEGA VÔMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA.

21 - Condições que justificam a internação
 CIRURGIA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
 RADIOGRAFIA E EXAME FÍSICO

| | | | | | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------|--|------------------------|--|-------------------------------|--|
| 23 - Diagnóstico Inicial / Código | | 24 - CID 10 Principal | | 25 - CID 10 Secundário | | 26 - CID 10 Causas Associadas | |
| FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO | | S837 | | W199 | | | |

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
PROCEDIMENTO SOLICITADO
 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

| | |
|---|--|
| 28 - Código do Procedimento | |
| 0408050551 | |
| 29 - Especialidade | |
| CIRÚRGICA | |
| 30 - Carater de Atendimento | |
| 2 | |
| 31 - Documento | |
| (X) CNS () CPF | |
| 32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente | |
| 980016278437533 | |
| Nome do Profissional Solicitante/Assistente | |
| SORMANE DE CARVALHO BRITTO | |
| 34 - Data da Solicitação | |
| 13/10/2017 | |
| 35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) | |
| Cláudio ... 16339 | |

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

| | | | | | | | |
|---|--|----------------------|--|---------------------|--|------------|--|
| 36 - () Acidente de Trânsito | | 39 - CNPJ Seguradora | | 40 - Nº Bilhete | | 41 - Série | |
| 37 - () Acid. Trabalho Típico | | | | | | | |
| 38 - () Acid. Trabalho Trajeto | | 42 - CNPJ / Empresa | | 43 - CNAE / Empresa | | 44 - CBOR | |
| 45 - Vínculo com a Previdência | | | | | | | |
| () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Apos | | | | | | | |

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. Luciana MC 17171 Ortop | |

AIH
 261710093049-9

AIH
 261710093050-0

Código do Laudo: 399304



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **399410**
Uslário: PAULAFSC

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **LUCAS ROBERTO DA SILVA**
 Idade: 38a 11m 1d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Endereço: 08206
 Profissão: Escolaridade: Data de Nascimento: 14/11/1978
 R.G.: C.P.F.: Telefone: CEP: 53405900
 Endereço: MANGUEIRA - MIRUEIRA - PAULISTA - PE
Dados de Internação
 Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 14/11/2017 19:15
 Convênio: SUS - INTERNACAO Unidade Internação: VESTIB 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: Cidade: Estado Civil: Profissão: Telefone: Assinatura: *[Assinatura]*

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 23/11/17
 Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão
 Condições de Alta: Bom
 Diagnóstico Principal: Fret. de plav. hml e
 Diagnóstico Secundário01.:
 Diagnóstico Secundário02.:
 Procedimento: 11 FE
21 RAPS e placa e parafusos
 REVISADO
 CCIH-HMA
 Médico e CRM: *[Assinatura]*

[Assinatura]
 Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

em 23 de 10 de 17

[Assinatura]
 Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 13/10/2017 19:10

Nome Paciente: LUCAS ROBERTO DA SILVA
Cód. Paciente: 108206
Data de Nascimento: 14/11/1978
Sexo: Masculino
Idade: 38
Senha: 0030
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 399304
SAME: 95874

Período: 13/10/2017 19:20 - 13/10/2017 19:26

GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA AMARELO

Dor:

AMARELO

Queixa Principal:

VITIMA DE COLISÃO COM MOTO X MOTO. COM DORES EM MIE.
NEGA VOMITOS /PERDA DE CONCIENCIA / DESMAIO.

Observação:

REFERE DM. + ALERGIAS.
NEGA HAS.

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 105.00 BPM
- GLICOSE: 250.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

Acolhido(a) por: GEDALVA PEREIRA DE LIMA - COREN: 485419 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/10/2017 19:26

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Endereço: 399304

Senha da Classificação:

0030

Data e Hora: 13/10/2017 19:14

Paciente: 108206 LUCAS ROBERTO DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/11/1978

Idade: 38 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA DA SOLEDADE DA SILVA

Nome do Pai:

CRM: 12346

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

Endereço: MANGUEIRA

68

Bairro: MIRUEIRA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: WESLEYFS

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Diagnóstico: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Depoimento do Paciente: Dor no membro superior direito, início há 2 dias, piora noturna, não melhora com analgésicos. Sem outras queixas.

Exame Físico

ECG: Normal, sem alterações. MEF: R+ e L+ em not. Vele Integ. NVC (+)

Hipótese Diagnóstico

Transtorno de ansiedade? Fobia? ESD?

Prescrição Médica

Solicite radiografia dos braços + Coxo + fêmur + pelve + mãos + pés + 80 mg de Paracetamol de 4 em 4h.

Tratamento: Frotas de heparina + fisioterapia

CP: INTERNAÇÃO

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

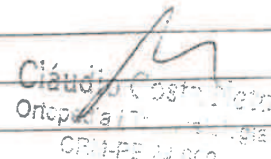
Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: LUCAS ROBERTO DA SILVA REG: 108206
CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

| | |
|-------------------|--|
| DATA/HORA | |
| 13/10/2017 | # SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA |
| HAS - | # ADMISSÃO |
| DM- | |
| | PACIENTE VITIMADE COLISÃO MOTOX MOTO HÁ 2 HORAS, QUEIXA-SE DE DOR E EDEMA EM MIE. SEM OUTRAS QUEIX. REFERE NAUSEAS , NEGA VÔMITOS E PERDA DE CONSCIENCIA. |
| | EXAME FISICO: |
| | GERAL: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO , EUPNEIO |
| | MSE: PELE ÍNTEGRA, DOR À MOBILIZAÇÃO EM MIE. PULSO PRESENTES |
| | HD: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL SCHATZKER 6 |
| | CD: DISCUTO CASO COM DR LEONARDO SILVEIRA QUE SOLICITA TOMOGRAFIA PARA DECIDIR TIPO DE IMOBILIZAÇÃO (TALA OU FIZADOR EXTERNO) |
| |  Cláudio Costa Neto Ortopedia CRM-PE 24.069 |
| 22:00 | REVALUADO DOR NO EMB. DA TALA DEVIDO OUT. MOVIMENTOS NAS POSIÇÕES E RESOLUÇÃO ANTES NOSSO DURANTE |


 Cláudio Costa Neto
 Ortopedia
 CRM-PE 24.069



Plano de Cirurgia : 45708 Sala : 0003 SALA 03
Paciente : 108206 LUCAS ROBERTO DA SILVA Atendimento : 399410
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 746 VERD2-47 Idade : 38 Anos 1 Dia 14 Horas
Dt. Início : 15/10/2017 14:02 Dt. Fim : 15/10/2017 14:48
Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO
INTERVENÇÃO: APLICAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR
OPERADOR: DR GUSTAVO PEZZI
1º AUXILIAR: DRA MARIANA CAVALCANTI
INSTRUMENTADOR: NANE
ANESTESISTA: DR ARTHUR
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. APLICADO FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR NO JOELHO ESQUERDO
CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

DR(A) : JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757



Plano de Cirurgia : 45821 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 108206 LUCAS ROBERTO DA SILVA Atendimento : 399410
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 77 ORTL-513-LEITO 001 Idade : 38 Anos 7 Dias 19 Horas
Dt. Início : 21/10/2017 16:09 Dt. Fim : 21/10/2017 19:05
Pré-Operatório : S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA
Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050551 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 19769 THIAGO GOMES DOS ANJOS

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO TIPO IV DE SCHATZKER
INTERVENÇÃO: REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM PLACAS E PARAFUSOS
OPERADOR: DR THIAGO DOS ANJOS
1º AUXILIAR: DR RODRIGO MOUSINHO
2º AUXILIAR: DR BRUNO VIEIRA
3º AUXILIAR: DRA MARIANA CAVALCANTI
INSTRUMENTADOR: NANE
ANESTESISTA: DR GENESIO GOMES
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASEPSIA + ANTISSEPÇÃO + GARROTE DE MIE
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO PELA VIA PÓSTERO-MEDIAL, DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTÉRIO;
ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA E REDUÇÃO.
5. SECCÃO DOS TENDÕES DO GRÁCIL E SEMITENDÍNEO E INCISÃO LONGITUDINAL NO LCM PARA MELHOR VISUALIZAÇÃO DA FRATURA.
6. APLICADA PLACA ~~3,5cm~~ ^{4,5cm} EM T COM 2X5 FUIROS DE SUPORTE, COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS AO FOCO DE FRATURA.
7. INCISÃO PELA VIA ANTERO-LATERAL, DIVULSÃO POR PLANOS ANATÔMICOS, HEMOSTASIA COM ELETROCAUTÉRIO;
ABORDAGEM DO FOCO DE FRATURA E REDUÇÃO.
8. APLICADA PLACA ~~2,5cm~~ ^{4,5cm} EM L COM 2X7 FUIROS, COM 03 PARAFUSOS CORTICAIS DISTAIS AO FOCO DE FRATURA.
9. VERIFICADA BOA REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DA PLACA E DOS PARAFUSOS COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
10. RETIRADO GARROTE, FEITA HEMOSTASIA E VISUALIZADA BOA PERFUSÃO DISTAL DO MEMBRO
11. SUTURA DOS TENDÕES DA PATA DE GANSO
12. SUTURA DOS PLANOS PROFUNDOS COM VICRYL E DA PELE COM NYLON
13. CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Antonio de Albuquerque Duarte
CRM: 19797

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento: 399410

Dt Atendimento: 14/10/2017 - 19:15

Dt Alta: 23/10/2017 - 16:59

Paciente: 108206 LUCAS ROBERTO DA SILVA

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 77 ORTL-513-LEITO 001

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: DRIELLYFSB

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

