

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES FERREIRA, brasileiro, portador(a) da Cédula de Identidade sob o nº. 3.421.343-SDS/PE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 007.546.354-73, residente e domiciliado(a) na Rua 117, Nº 05-JARDIM MARAGUAPE-PAULISTA- PE – CEP: 53000-000.

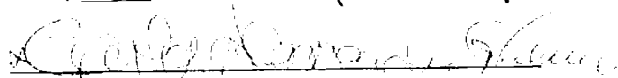
OUTORGADO: RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351, JAIME MARÇAL DANTAS FILHO, brasileiro, casado, Advogado, devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947, THIAGO FELIPE DIAS DE MELO, Identidade sob o nº 18.533 MT/PE, estagiário de direito, todos com endereço na Rua Helena de Lemos, 330, Sala 102, Ilha do Retiro/Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-juditia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber intimação, notificação, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, como também realizar levantamento de alvará judicial de pagamento em seu nome, cheques administrativos e realizar acompanhamento também na esfera administrativa, podendo agir em Juízo ou fora dele, perante todos entes públicos Municipais, Estaduais e/ou Federais, e ainda perante quaisquer Instituições financeiras, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido, em fim praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste Mandado.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento, lido e firmado por ambos os contratantes, fica convencionado que o Outorgante, ora contratante, pagará ao Advogado ora contratado honorários advocatícios **no percentual de 30% (trinta) por cento**, sobre quaisquer valores percebidos pelo contratante, seja em complemento positivo, RPV e/ou Precatório, ou Alvará. Ficando o MM. Juiz autorizado a **reter** os honorários advocatícios na condenação nos termos estipulados neste contrato.

Recife, 12 de abril de 2019.

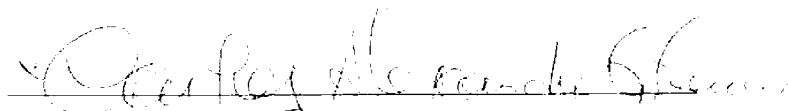

AUTOR(A)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES FERREIRA** ; declaro sob as penas da lei que não tenho condições de arcar com custas processuais, bem como quaisquer custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto requeiro os benefícios da assistência judiciária gratuita nos termos da lei 1060/50.

Recife, ____ de _____ de 2019.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
682150691

PROIBIDO PLASTIFICAR
682150691

NOME
CARLOS ALEXANDRE GONCALVES FERREIRA

DOC IDENTIDADE Org. EMISSORA
3421343 SDB FM

CPF
007.546.354-73

DATA NASCIMENTO
12/10/1970

FUNÇÃO
DEBASTADOR GONCALVES
FERREIRA
MARIA JOSE FERREIRA

PERMISSÃO
E

ACC
AD

DATA HAS
AD

Nº REGISTRO
04542557840

VALIDADE
08/02/2018

1ª HABILITAÇÃO
08/01/2009

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Carlos Alexandre Gonçalves Ferreira
ASSINATURA DO PORTADOR

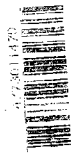
LOCAL
PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO
20/02/2013

[Assinatura]
ASSINATURA DO DIRETOR

1107101001
PROVISO 07/01/13





720903653938309000000259620171010

DT. POST.: 17/10/2018 - DT. VENC.: 26/10/2018



LOJAS AMERICANAS VISA INTL
Vencimento 26/10/2018
Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 13/11

Central de Atendimento BradesCard

REG. METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITAIS
EM TODAS AS LOCALIDADES

4004-7332

DATA
26/10

LOJAS AMERICANAS MARCA VISA

OTIMIZADO E DONALDES

11/07 ANUIDADE DIFERENCIADA 11/07

11/07 ANUIDADE DIFERENCIADA 11/07

11/07 MULTA POR ATRASO

11/07 JUROS RENOVACAO 11/07

11/07 JUROS DE MORA

CARLOS A G PEREIRA

11/07 SHOPPING DO BSA

11/07 SUPERMERCADO FRIGIO 11/07

11/07 SUPERMERCADO FRIGIO 11/07

11/07 MERCADOPAGO 11/07

11/07 B307 HIPER 10 BENTONIA 11/07

11/07 MARIA B 11/07

11/07 1056 SAC TACANUMA REC 11/07



NEW! DENT-BAN

[illegible][illegible]

I
P
V
A

INTRA 2010 - SUMMER

Prize Pool \$100,000

(3)

1. **TRANSACTIONS** **1997** **1998** **1999** **2000** **2001** **2002** **2003** **2004** **2005** **2006** **2007** **2008** **2009** **2010** **2011** **2012** **2013** **2014** **2015** **2016** **2017** **2018** **2019** **2020** **2021** **2022** **2023** **2024** **2025** **2026** **2027** **2028** **2029** **2030** **2031** **2032** **2033** **2034** **2035** **2036** **2037** **2038** **2039** **2040** **2041** **2042** **2043** **2044** **2045** **2046** **2047** **2048** **2049** **2050** **2051** **2052** **2053** **2054** **2055** **2056** **2057** **2058** **2059** **2060** **2061** **2062** **2063** **2064** **2065** **2066** **2067** **2068** **2069** **2070** **2071** **2072** **2073** **2074** **2075** **2076** **2077** **2078** **2079** **2080** **2081** **2082** **2083** **2084** **2085** **2086** **2087** **2088** **2089** **2090** **2091** **2092** **2093** **2094** **2095** **2096** **2097** **2098** **2099** **2100** **2101** **2102** **2103** **2104** **2105** **2106** **2107** **2108** **2109** **2110** **2111** **2112** **2113** **2114** **2115** **2116** **2117** **2118** **2119** **2120** **2121** **2122** **2123** **2124** **2125** **2126** **2127** **2128** **2129** **2130** **2131** **2132** **2133** **2134** **2135** **2136** **2137** **2138** **2139** **2140** **2141** **2142** **2143** **2144** **2145** **2146** **2147** **2148** **2149** **2150** **2151** **2152** **2153** **2154** **2155** **2156** **2157** **2158** **2159** **2160** **2161** **2162** **2163** **2164** **2165** **2166** **2167** **2168** **2169** **2170** **2171** **2172** **2173** **2174** **2175** **2176** **2177** **2178** **2179** **2180** **2181** **2182** **2183** **2184** **2185** **2186** **2187** **2188** **2189** **2190** **2191** **2192** **2193** **2194** **2195** **2196** **2197** **2198** **2199** **2200** **2201** **2202** **2203** **2204** **2205** **2206** **2207** **2208** **2209** **2210** **2211** **2212** **2213** **2214** **2215** **2216** **2217** **2218** **2219** **2220** **2221** **2222** **2223** **2224** **2225** **2226** **2227** **2228** **2229** **2230** **2231** **2232** **2233** **2234** **2235** **2236** **2237** **2238** **2239** **2240** **2241** **2242** **2243** **2244** **2245** **2246** **2247** **2248** **2249** **2250** **2251** **2252** **2253** **2254** **2255** **2256** **2257** **2258** **2259** **2260** **2261** **2262** **2263** **2264** **2265** **2266** **2267** **2268** **2269** **2270** **2271** **2272** **2273** **2274** **2275** **2276** **2277** **2278** **2279** **2280** **2281** **2282** **2283** **2284** **2285** **2286** **2287** **2288** **2289** **2290** **2291** **2292** **2293** **2294** **2295** **2296** **2297** **2298** **2299** **2300** **2301** **2302** **2303** **2304** **2305** **2306** **2307** **2308** **2309** **2310** **2311** **2312** **2313** **2314** **2315** **2316** **2317** **2318** **2319** **2320** **2321** **2322** **2323** **2324** **2325** **2326** **2327** **2328** **2329** **2330** **2331** **2332** **2333** **2334** **2335** **2336**

PAULINE
PAULINE
PAULINE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, BRUNO SILVA GING,

RG nº 11.111.111, data de expedição

Órgão SSS, portador do CPF nº _____, com

domicílio na cidade de Paulista, no Estado de

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

D M RA GUA, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima CARLOS ALEXANDRE GONÇALVES FERREIRA, cujo o condutor era

FERREIRA

Veículo:

Modelo:

Ano:

Placa:

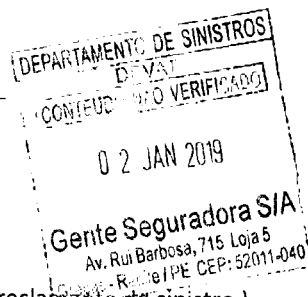
Chassi:

Data do Acidente:

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante

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



[Handwritten signatures and notes]





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



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 16498 / 2017

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 026A. CIRCUNSCRICAO - RIO DOCE
Ofício nº 026 / 2017 Data 13 / 6 / 2017
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 026A. CIRCUNSCRICAO - RIO DOCE

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 07:52 do dia 13 de Junho de 2017, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **CARLOS ALEXANDRE GONCALVES FERREIRA** filho(a) de **SEBASTIAO GONCALVES FERREIRA** e de **MARIA JOSE FERREIRA**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Solteiro** (a), aparentando a idade de **46 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **OLINDA - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado: Documento: **Carteira de habilitação - 04542557840 DETRANPE**, profissão **NÃO INFORMADO**, endereço **RUA BELO JARDIM, nº 35, complemento: NÃO INFORMADO, bairro JARDIM MARANGUAPE, telefone/s, (81)98651-3280, PAULISTA - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Perciciando refere acidente de trânsito em 18/09/2016, trouxe cópia de atendimento da UPA Nova Descoberta, referindo o acidente de motocicleta, transferido para o Getúlio Vargas e depois em 21/09/2016 para hospital Santa Casa onde trouxe cópia de laudos onde está escrito fratura-luxação úmero proximal esquerdo, tratamento cirúrgico da fratura luxação e da retração muscular em 04/10/2016, seguido de alta. Atestado de afastamento assinado por Osvaldo José Macedo Coimbra CRM 16658, afastando-a por cento e vinte dias em 18/10/2016.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Perciciando apresenta limitação dos movimentos de flexão-extensão, abdução e rotação externa do braço esquerdo, com cicatriz hipocrômica na face anterior do ombro e braço esquerdos, com 14,5 cm. Não há outros achados.

QUESITOS:

1º) Houve lesão a 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. Sim, incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias. Debilidade permanente de função (flexão-extensão, abdução e rotação externa do braço esquerdo).

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

Sim. Deformidade permanente (cicatrizes).

CÓPIA AUTÊNTICA



POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA

245762
0000916/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

BRUNO DA SILVA GONÇALVES (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA CENTO E DEZESETE, 3 - CEP: 53066-999 - Bairro:
JARDIM MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
EXAMINADO
CORRETO - N. VERIFICADO
02 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracos - Recife/PE CEP: 52011-060



Data do Atendimento: **18/09/2016** Hora: **09:35:53** PRONTUÁRIO: **30**
No. Atendimento: **928963** ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: MELQUIADE
Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: **CARLOS ALEXANDRE GONCALVES** Sexo: **M**

Data de Nascimento: **21/10/1970** Idade: **45 Anos, 10 Meses e 28 Dias** C.I.: **/**

Pais ou responsáveis: **MARIA JOSE FERREIRA**

Endereço: **RUA BELO JARDIM, 35 - ARTUR LUNDGREN II - 53417120**

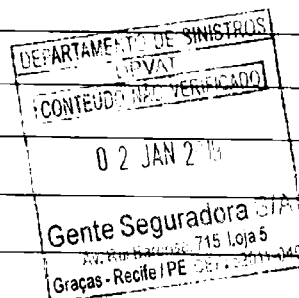
Cidade: **PAULISTA** Tel.:

Hora do Atendimento: **/** Hs Peso: Kg Temperatura:

QPD / HDA:

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO:



CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO **Dado 15 cur**

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

*Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Alta à Pedido () Atestado Dias

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

*Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura

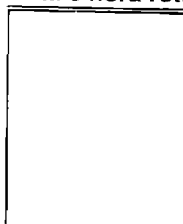


UPA24H-UNID PRONTO ATEND NOVA DESCOBERTA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA NOVA DESCOBERTA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 18/09/2016 09:23



Nome Paciente: CARLOS ALEXANDRE GONCALVES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/10/1970
Sexo: Masculino
Idade: 45
Senha: C0019
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/09/2016 09:23 - 18/09/2016 09:27

SOFIA GOMES DA SILVA - COREN: 401.434 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: URGENCIA - AMARELO

Cor: AMARELO

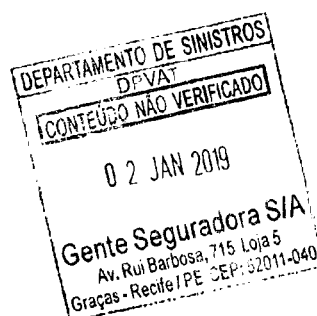
Queixa Principal: ACIDENTE DE MOTO COM MULTIPLAS ESCORIAÇÕES. E DOR EM OMBRO ESQUERDO

Observação: HAS (-) DM (-)
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Fluxograma sintoma: TRAUMA MODERADO

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: SOFIA GOMES DA SILVA - COREN: 401.434 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2016 09:27

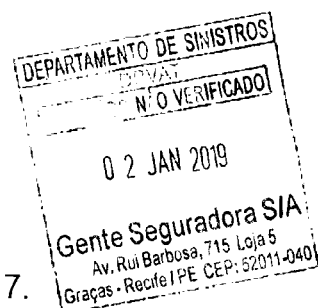
Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de



DECLARAÇÃO DE RETIFICAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que na ficha de atendimento do Paciente: Carlos Alexandre Gonçalves, Atendimento: 928963, data: 18/09/2016. Houve um erro no nome do paciente: Carlos Alexandre Gonçalves Ferreira, este é o correto e completo, comprovado pelo documento de habilitação: 04542557840. o endereço correto é: Rua: Belo Jardim, N.35 – Jardim Maranguape.



Recife, 02 de Fevereiro de 2017.

Atenciosamente,

SERVIÇO SOCIAL
UPA NOVA DESCOBERTA





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS ALEXANDRE GONCALVES FERREIRA

1. Ocorrência da Emergência: 356769

1.1 - Atendimentos em: 18/09/2016

1.2 - Às 16 horas e 10 minutos:

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1029717

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO UMEROS PROXIMAL ESQUERDO.

4. Tratamento: TIPOIA A ESQUERDA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DO SANTO AMARO EM 22/09/2016.

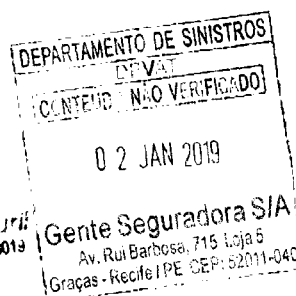
DATA: 6.2.2017

HORA: 13:39:28

PASTA: 01.02.2017

TB

TSL



Dr. Tadeu Buril



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 18/09/2016 16:02

Nome Paciente: CARLOS ALEXANDRE GONCALVES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 45
Senha: E0025
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/09/2016 16:03 - 18/09/2016 16:04

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

REFERE DOR E DEFORMIDADE EM MSE APOS COLISÃO MOTO/CARRO.
ALERGIA NEGA
HAS+
DM-

Observação:

UPA NOVA DESCOBERTA
SENHA:5004711

Fluxograma sintoma:

PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es):

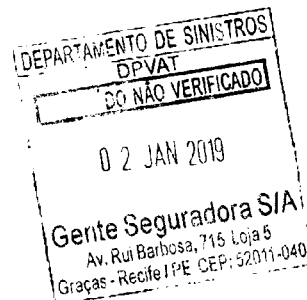
- DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- REGUA DE DOR: 5



Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/09/2016 16:04

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul
HOSPITAL
Getúlio Vargas



NOME DA UNIDADE
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
CGC Nº.
10.572.048/0005-51
(03 vias)

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTEIRA SUS

GENERA

NOME DO PACIENTE

Carlos Alexandre Cavalcini Ferreira

DATA DE NASCIMENTO

SEXO

NÚMERO DE REGISTRO

21/10/1970

1009717

NOME DA Mãe

ENDEREÇO

41100-000 - Fátima

UF

CEP

BAIRRO

CIDADE

MEMBROS

Reinold

117-11

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA

Acidente de trânsito, vítima de colisão

EXAME FÍSICO

Estável

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

Exame Lúmen de Urso Ed.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

L1

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COMISSÃO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA E ESPECIALIDADE

Ortopedia

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

DATA

21/05/16

DATA

21/05/16

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

Jales

ASSINATURA DO MÉDICO AUTORIZADOR

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE

10.572.048/0005-51 - 117-11

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

DATA DO ENCERRAMENTO

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA INTERNAÇÃO

Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 06/05/2019 18:31:16

https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050618311533600000044031638

Número do documento: 19050618311533600000044031638



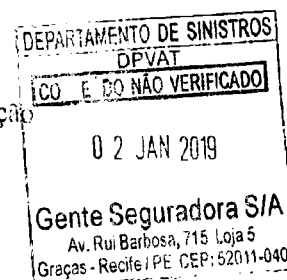
SUS - PE / SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA HOSPITAL SANTO AMARO

Nome do Paciente:	Carlos Alexandre Gonçalves Ferreira		
Nome da Mãe:			
Clínica:	Ortopédica	Enfermaria:	Santa Maria
Leito:	7B		
Identificador:	452657	Nº AIH	
Diagnóstico inicial (Constante no Laudo Médico)	Fratura do Úmero Proximal Esquerdo		CID:
Procedimento solicitado:	Trat. Cir. de Frat. do Úmero Proximal Esquerdo + Neurolise + Retração Muscular		Código: 0408060670
Tempo de Permanência Previsto:			0408020334 / 0403020077
Procedimento Realizado:	O Mesmo		Código:
Ord.	Equipe	Nome	Matricula Nº
1	Cirurgião	Dr. Osvaldo Coimbra	16658
2	1.Aux Cirúrgico		
3	2.Aux Cirúrgico		
4	3.Aux Cirúrgico		
5	Anestesista	Dr. Patrícia	9189
6	Clínica Médica		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

- ☐ Mudança de Procedimento
☐ Diária UTI
☐ Diária de acompanhante
☐ Vacina Anti RH
☐ Longa Permanência

- ☒ Uso de Prótese, Órtese
☐ Uso de Fat. De Coagulação
☐ Uso de Oxigenadores
☐ Nutrição Parenteral



RESUMO DE CASO

Paciente sofreu queda de moto por acidente há 03 dias, resultando em Fratura do Úmero Proximal Esquerdo. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de procedimento cirúrgico.

Operado. Alta Hospitalar após melhora.

Diagnóstico Principal:	Fratura do Úmero Proximal Esquerdo	CID
Diagnóstico Secundário:		CID

Resultado da Alta:

- ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ A pedido ☐ Outros

Admissão Internamento:	21/09/16	Data Alta:	05/10/16	Dias de Hospitalização:	14 DIAS
------------------------	----------	------------	----------	-------------------------	---------

Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 06/05/2019 18:31:16





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **CARLOS ALEXANDRE GONCALVES FERREIRA**
Nº Registro: 452657 Nº Protuário: 1059887 Sexo: Masculino Idade: 45 ano (s)
Data: 04/10/2016 / 13:01 Convênio: RETAGUARDA GETULIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Diagnóstico pré-operatório: Fratura luxação úmero proximal esquerdo

Diagnóstico pós-operatório: Fratura luxação úmero proximal esquerdo

Cirurgia: Neurólise (cod: 040302007-7) + Tratamento cirúrgico de fratura do úmero proximal (cod: 040802033-4) + tratamento cirurgico de retração muscular (cod: 040806067-0)

Cirurgião: Osvaldo Coimbra Jr.

Anestesista: Patrícia

Anestesia: Geral / Bloqueio de Plexo

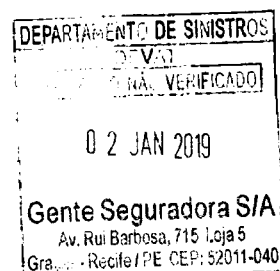
Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.
- 2) assepsia
- 3) antisepsia.
- 4) Aposição de campos cirúrgicos
- 5) Realizado incisão delto-peitoral de ombro esquerdo. Dissecção por planos até abordagem de foco de fratura / tenotomia e tenodese de cabo longo do biceps em peitoral. Neurólise de nervo radial distal a placa. Liberação de retração muscular e fibrose.
- 6) Observada grande fragmentação de tuberosidades e Redução cruenta de fratura com placa bloqueada de umero proximal e parafusos bloqueados, amarrilhas com fios ethibond 5 com manguito rotador e placa e observada redução por escopia
- Realizado limpeza com SF0,9%. Revisão da hemostasia.
- 7) Sutura por planos com Vycril e Nylon.
- 8) Curativo
- 9) Verificada boa perfusão distal

observação: no pré-operatório explicado ao paciente tentativa de reconstrução de cabeça umeral, porém risco de necrose da cabeça no futuro (cabeça ficou 15 dias luxada). Explico sobre possibilidade também de prótese no futuro.

Recife, 04/10/2016-13:01



Dr. OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR
CRM: 16658

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR. CRM: 16658. Data e Hora: 04/10/2016 13:09:53.



HGV

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA 500471**
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Carlos Idade: 45

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: **Motociclista** () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

DETERMINADO O SINISTROS
VERIFICADO

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: _____

Hipótese Diagnóstica: _____

AValiação CLÍNICA

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

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

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



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo 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
Localiza Estímulo Doloroso
Retirada ao Estímulo Doloroso
Descorticação
Descerebração
Sem resposta motora**TOTAL DE PONTOS ECG:** _____Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()
Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () 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 () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()**USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**Usou álcool: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Hálito Alcolóico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
Loló () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()**CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO**Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()
Antibioticoterapia: S () N () Especificar: _____
Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()
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: _____
Intercorrências: _____**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA**

fio uniao

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTOHospital para onde foi encaminhado: HGV
Médico Regulador: _____ Hora: _____
Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()UPD N.D. 18/09/16
Local e data_____
Médico Assistente

HOSPITAL GETULIO VARGAS

EMERGÊNCIA

ATENDIMENTO: 356769

Prontuário: 1029717

Nome: CARLOS ALEXANDRE GONCALVES FERREIRA

Data Nasc.: 21/10/1970

Idade: 45

Sexo: MASCULINO

Cor: X

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: RUA BELO JARDIM

Bairro: JARDIM MARAGUAPE

Cidade: PAULISTA

Nº: 35

CEP: 53439440

Fone: 86513280

Profissão:

Estado: PE

Nome da Mãe: MARIA JSE FERREIRA

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA NOVA DESCOBERTA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT PELO ENF ALESSANDRO SENHA 5004711

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Queixa Principal / HDA:

Perda de consciência e queda de cabeça no chão e olho e

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Atropelado a 15 km/h

A: Geral

Via aérea esta pérvia: Sim ☐ Não ☐

O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp. C°

GOB, consciente, orientado

B: Respiratório

NDN

C: Circulatório

PA:

x

mmm

Pulso:

bpm:

NDN

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

ECG: 15



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

Fratura de umos hoxad @

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

CD - Infere - to p limpa
elhor

Resultado de Exames:

Renato Paes Barreto
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10518

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

TC evidencia fratura, luxação
proximal úmero ESQUERDO

Ass. Médico + Carimbo
Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

EF: Neurológico normal
PSE

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Q: Aperto úmego proximal

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Assist. Social:

Observações:

Assist. Social

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

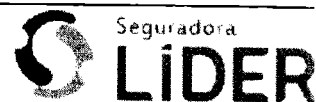
Assinatura:

Cadastramento: 18/09/2016 16:10 h PATRICIASP

impressão: 18/09/2016 16:10 h PATRICIASP

Médico



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO****Número:** 3190007763**Cidade:** Recife**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** CARLOS ALEXANDRE GONCALVES
FERREIRA**Data do acidente:** 18/09/2016**Seguradora:** CENTAURO VIDA E
PREVIDÊNCIA S/A**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA****Data da análise:** 07/01/2019**Valoração do IML:** 0**Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** FRATURA/LUXAÇÃO PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA, PARAFUSOS E AMARRILHAS COM FIOS ETHIBOND) E ALTA MÉDICA.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO OMBRO ESQUERDO.**Documentos****complementares:****Observações:****DANOS**

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

ESPECIALISTA**Empresa:** Líder- Serviços AMD**Grupo:** EQ3**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA**CRM:** 5245228-1**UF do CRM:** RJ**Assinatura:**