

## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

**WIRLA CARLA CORDEIRO**, brasileira, solteira, doméstica (atualmente desempregada), portadora do RG n.º 7.024.160 SDS/PE e do CPF n.º 052.756.414-19, residente e domiciliada na Rua Grajau, n.º 5822, Cidade Tabajara, Olinda/PE. CEP. 53.350-340.

**OUTORGADOS: Bel. ADSON JOSÉ ALVES DE FARIAS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE 1292-A, CPF n.º 917.578.194-87, e-mail: **adsonadv@hotmail.com**; e **Bela. ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS**, brasileira, divorciada, portadora do RG n.º 7.742.986 SSP/PE e do CPF n.º 884.647.684-00, e-mail: **wradvogadosjp@hotmail.com**, com escritório profissional na Avenida Joaquim Nabuco, n.º 200, Timbó, Abreu e Lima/PE.

**PODERES:** Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**, até final decisão, inclusive cumprimento de sentença, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, receber alvará junto à Serventia Judicial expedido em seu nome, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

**CLAUSULA CONTRATUAL:** Os honorários advocatícios, em não havendo contrato que os regule, serão pagos na base de **30% (trinta por cento)** sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente instrumento.

Abreu e Lima/PE, 12 de abril de 2019.

Outorgante: x Wirla Carla Cordeiro



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**WIRLA CARLA CORDEIRO**, brasileira, solteira, doméstica (atualmente desempregada), portadora do RG n.º 7.024.160 SDS/PE e do CPF n.º 052.756.414-19, residente e domiciliada na Rua Grajau, n.º 5822, Cidade Tabajara, Olinda/PE. CEP. 53.350-340. Declaro para os devidos fins de Direito, e a que se fizerem necessário especialmente para fazer prova Junto a **VARA CÍVEL DA COMARCA DO RECIFE, ESTADO DE PERNAMBUCO**, nos termos do Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, objetivando obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, por não ter condições financeiras de suportar as custas e despesas processuais sem prejuízo do seu sustento e de sua família, principalmente para ingressar com a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. Declara ainda ser conhecedor das sanções administrativas e Criminais, caso a presente não retrate a verdade. Nada mais a constar, assino o presente para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Abreu e Lima/PE, 12 de abril de 2019.

Declarante: Wirla Carla Cordeiro.







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.024.160 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/08/2018

NOME << WIRLA CARLA CORDEIRO >>

FILIAÇÃO << >>  
<< MARIA DE LOURDES CORDEIRO >>

NATURALIDADE PESQUEIRA - PE DATA DE NASCIMENTO 03/09/1982

DOC. ORIGEM << CN: 6.645 L.A06 F.01 CART. SANHARÓ-PE 12.02/1996 >>

CNPJ 052.756.414-19

ASSINATURA DO DIRETOR *Wirla Carla Cordeiro*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

418043382609075158.8294217 F-82 85.905 - 5413







Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **052.756.414-19**

Nome: **WIRLA CARLA CORDEIRO**

Data de Nascimento: **03/09/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **07/03/2002**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **17:23:27** do dia **10/10/2018** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **2AAF.93D3.D99B.CF80**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)







PARA USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS - DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDU  
Preencher o símbolo:  
 Não existe número indicado  
 CEP errado  
 Não Procurado  
 Ausente  
 Falado

**Losango**  
Conto com a perite.



CTC RECIFE PE FL2  
WIRLA CARLA CORDEIRO  
R GRAJAU 5822  
CASA CIDADE TABAJARA  
53350-340 OLINDA PE



7209036536236240000006381302706:8

**COLOMBO**





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 65681 Série 00066

Wirla Carla Cordeiro  
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome WIRLA CARLA CORDEIRO  
Loc. Nasc. PESQUEIRA Est. P.E. Data 03/SET/1982  
Filiação MARIA DE LOURDES CORDEIRO  
Doc. Nº CN-6645F.01LA06 - SANHARÓ - PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
Obs.: .....  
Data Emissão 10/OUT/2000 DRT SANHARÓ - PE

Assinatura do Funcionário  
Francisco Ramos da Silva  
C. I. C. 187.851.234-04





## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador MARIA DA PENHA PIRES  
PIRENTA

CNPJ/MF .....

Rua CASTILHO ALVES Nº 215/501

Município RECIFE Est. PE

Esp. do estabelecimento RESIDENCIA

Cargo DOMESTICA

..... CBO nº .....

Data admissão 01 de NOVEMBRO de 2016

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada SALARIO MINIMO

ATUAL DE R\$ 880,00

.....

pp/ Antonia Pimenta

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída 06 de MARÇO de 2017

pp/ Antonia Pimenta

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....

## CONTRATO DE TRABALHO

Empregador .....

CNPJ/MF .....

Rua ..... Nº .....

Município ..... Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

..... CBO nº .....

Data admissão ..... de ..... de .....

Registro nº ..... Fls./Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º ..... 2º .....

Data saída ..... de ..... de .....

.....

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

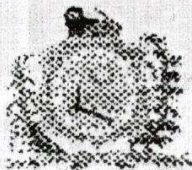
1º ..... 2º .....

Com. Dispensa CD Nº .....



2 of 2

07/08/2018 15:



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO DE VARADOURO  
DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0114006313**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 07/08/2018 às  
15:40

Complementa o BO Número: 18E0114005658

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que  
aconteceu no dia 8/7/2018 às 23:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA GRAJAU, 1** - Bairro: **CIDADE TABAJARA -  
OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **MERCADO DE DEYSI**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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

CONDUTOR DESCONHECIDO DA MOTOCICLETA CAUSADORA DO ACIDENTE. (AUTOR (AGENTE))  
PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA MOTOCICLETA CAUSADORA DO ACIDENTE. (OUTRO)  
WIRLA CARLA CORDEIRO (VITIMA)

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a):  
CONDUTOR DESCONHECIDO DA MOTOCICLETA CAUSADORA DO ACIDENTE.

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

**WIRLA CARLA CORDEIRO (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ARIA LOURDES CORDEIRO Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 3/8/1982 Naturalidade: PESQUEIRA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7024160/SDS/PE (RG), 85275641419 (CPF) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 81884731247**

Endereço Residencial: **RUA GRAJAU, 5522, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CONDUTOR DESCONHECIDO DA MOTOCICLETA CAUSADORA DO ACIDENTE. (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA MOTOCICLETA CAUSADORA DO ACIDENTE. (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**





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

**MOTOCICLETA DE PLACA E MODELO NAO ANOTADA. (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): PROPRIETARIO DESCONHECIDO DA MOTOCICLETA CAUSADORA DO ACIDENTE., que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DESCONHECIDO DA MOTOCICLETA CAUSADORA DO ACIDENTE.**

**Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A**

**Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Descrição: MOTOCICLETA DE PLACA E MODELO NAO ANOTADA.**

**Complemento / Observação**

**COMPARECEU A ESTA DP A SENHORA WIRLA CARLA CORDEIRO, QUEIXANDO QUE SOFREU UM ATROPELAMENTO. ALEGA A QUEIXOSA QUE SE ENCONTRAVA TRANSITANDO A PÉ PELA VIA PÚBLICA, QUANDO DE REPENTE SURTIU UMA MOTOCICLETA DE PLACA E MODELO NAO ANOTADA, BEM COMO CONDUTOR DESCONHECIDO, ONDE O MESMO ADENTROU NA VIA, EM ALTA VELOCIDADE, DEIXANDO DE OBSERVAR AS NORMAS DE TRANSITO, VINDO A ATINGIR QUEIXOSA, ATROPELANDO-A, ONDE A VITIMA SOFREU FRATURA NA TIBIA E FIBULA, E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. ALEGA A QUEIXOSA QUE FOI SOCORRIDA PELO SAMU, AS 01:00 HORA DO DIA 08/07/2018 PARA A UPA DE OLINDA E DEPOIS FOI ENCAMINHADA PARA O MIGUEL ARRAES, RO 116515.**

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

**WIRLA CARLA CORDEIRO  
(VITIMA)**

*Wirla Carla Cordeiro*

**B.O. registrado por: ELY RODRIGUES DA SILVA - Matrícula: 3811395**

*Ely Rodrigues da Silva*







**PREFEITURA MUNICIPAL DE OLINDA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA/SAMU**

**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins, que o Sra, **WIRLA CARLA CORDEIRO**, portador do RG de nº 7024160 - SDS-PE, foi socorrido pelo Serviço Móvel de Urgência / SAMU 192 Olinda, Nº ocorrência S- 499401, no dia 08/07/2018, aproximadamente a 01:10h, na Rua: Grajaú s/n – Cidade Tabajara - Paulista-PE, Próximo a Segunda Parada do BRT, via pública causas externas, (Paciente Vitima de Atropelamento Por Moto). Encaminhado para; UPA DE OLINDA.

Olinda, 17 de Julho de 2018.

Carlos Alberto A. de Souza.  
Aux. Adm. / SAMU Olinda  
Auxiliar Administrativo Olinda  
Mat: 000457  
SAMU - Olinda 192

---

Avenida Santos Dumont, N.º 177 – Varadouro Olinda - PE CEP: 53.010-230.  
E-mail: samu.olinda@hotmail.com  
Fone: 81 – 3439-6523



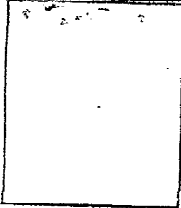


# UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP


Data e hora retirada da senha: 08/07/2018 01:45

	<b>Nome Paciente:</b> WIRLA CARLA CORDEIRO
	<b>Cód. Paciente:</b>
	<b>Data de Nascimento:</b> 03/09/1982
	<b>Sexo:</b> Feminino
	<b>Idade:</b> 35
	<b>Senha:</b> 0014
	<b>Convênio:</b> -
	<b>Atendimento:</b>
	<b>SAME:</b>

Período: 08/07/2018 01:49 - 08/07/2018 01:50

CICERO FERNANDES DE ARAUJO - COREN: 251624 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: TRAZIDA PELO SAMU. RELATO DE DOR EM MID,  
SIC SOFREU ATROPELAMENTO POR MOTO

Observação: ALERGIA: NEGA  
HAS-  
DM-  
NEGA VÔMITO OU DESMAIO

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: CICERO FERNANDES DE ARAUJO - COREN: 261624 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/07/2018 01:50

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1319038

Senha da Classificação:

Data e Hora: 08/07/2018 01:51

0014

Paciente: 251774 WIRLA CARLA CORDEIRO

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 03/09/1982 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA DE LOURDES CORDEIRO Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567

Endereço: ASPICUETA NAVARROS 32 Bairro: CIDADE TABAJARA

Cidade/UF: OLINDA PE Cep: 53350270 Usuário Atendimento: ALEXSANDRAMS

RG (Identidade): Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 81-8531 1280

CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTC

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Queixa Principal

Torção por SAMU Admitida por Neta  
Dor - edema TNE

Exame Físico

Edema TNE

Hipótese Diagnostico

Fratura Distal Tibia

Induta Terapeutica

Prescrição Médica

1) Dose Amarela  
2) Tramadol 100mg - 12h + 5h EV, 8/8h 30/50  
3) Celecoxib 200mg - 12h + 5h EV, 12/12h 24/50  
4) Ibuprofeno 400mg - 12h + 5h EV  
5) Oxacetolona 400mg - 12h + 5h EV

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

Transferido:

Para: HMA Senha: 5464199

Carimbo/Médico



1319038





### Protocolo de Encaminhamento

**TIPO DE OCORRÊNCIA**  
 Causa Externa: Acidente/Violência ( ) Causa Clínica ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) **SENHA** 5464199  
 Em caso de violência/acidente: Via Pública ( ) Domicílio ( ) Local de Trabalho ( )

**IDENTIFICAÇÃO**  
 Nome do Paciente: \_\_\_\_\_ Idade: 35  
 Sexo: M ( ) F ( ) Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: Olinda

Pac: 281774 - WIRLA GARLA CORDEIRO  
 Mãe: MARIA DE LOURDES CORDEIRO  
 1319058 09/09/1992

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

**CAUSAS CLÍNICAS**  
 História Clínica Atual: Dor Perna @ após Atropelamento  
 Hipótese Diagnóstica: Fratura Diáfise da tíbia @

**AVALIAÇÃO CLÍNICA**  
 Glicemia Capilar (HGT): \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ F.C.: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_ x  
 Vias Aéreas: FR \_\_\_\_\_ Dispnéia 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 ( )  
 Colocação 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 NEUROLOGICO**

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 6  
 Localiza Estímulo Doloroso 5  
 Retirada ao Estímulo Doloroso 4  
 Descorticação 3  
 Descerebração 2  
 Sem resposta motora 1

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

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

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

**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 ALCÓOL E OUTRAS DROGAS**

Usou álcool: S ( ) N ( ) Informante: Vítima ( ) Outros ( )  
 Hálito Alcoólico ( ) 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: \_\_\_\_\_  
 Oxigêniooterapia: 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***cirurgia***CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO**

Hospital para onde foi encaminhado: AMA Hora: \_\_\_\_\_  
 Médico Regulador: \_\_\_\_\_  
 Transferência com acompanhamento Médico: S ( ) N ( )

08/07/18  
 Local e data

*Dr. Roberto F. da Silva Nascimento*  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PE 20324  
 Médico Assistente







# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 09/07/2018 20:06

  
**Nome Paciente:** WIRLA CARLA CORDEIRO  
**Cód. Paciente:** 116515  
**Data de Nascimento:** 03/09/1982  
**Sexo:** Feminino  
**Idade:** 35  
**Senha:** 0030  
**Convênio:** 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA  
**Atendimento:** 435846   
**SAME:** 103562

Período: 09/07/2018 20:21 - 09/07/2018 20:22

**AMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação**

Prioridade: **NAO URGENTE - VERDE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 03 DIAS. APRESENTA DOR EM MID.

Observação: ENCAMINHADA DA UPA DE OLINDA COM SENHA 5464199.

Histórico sintoma: TRAUMA

Sintomas: - DOR LEVE (1-3/10)  
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 93.00 BPM  
- P.A. SISTOLICA: 120.00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 100.00 %

**REVISADO  
NEPL-HMA**

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim ( ) Não (X)

Local .....

  
Enfermeiro  
Kamila Carnauba

Acolhido(a) por: KAMILA RAQUEL DA SILVA CARNAUBA - COREN: 364448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 09/07/2018 20:22



Atendimento: 435846

Senha da Classificação:

Data e Hora: 09/07/2018 20:11

0030

Paciente: 116515 WIRLA CARLA CORDEIRO

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 03/09/1982 Idade: 35 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: MARIA LOURDES CORDEIRO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA GRAJAU

5822

Bairro: TABAJARA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Usuário Atendimento: ADRIANABP

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ Hora: 21:20

Queixa Principal

paciente vem de dor de muito na 3 dias com trauma em MID. ASSUBGRIA EVIDENCIA FRATURAS MULTIFOCAS DE OSSAS DE PIVA D. NELA MARGEM, NELA CONJUGADAS

Exame Fisico

ELER, NITIDA, COMA, GEMIDOS, REFLEXO, ORIENTADO, CONSCIENTE

MID - BOBNA 2/1/1, Sem SINAIS DE PROFISSÃO OSSA

Hipotese Diagnostico

IF - OSSAS PIVA (FECURVA)

Prescrição Médica

VIDE INTERVENCOES

Daniel Cabral  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 12346

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: ( ) Encaminhado ao Ambulatorio ( ) Residência

( ) Transferido: Para \_\_\_\_\_ Senha: \_\_\_\_\_

( ) Encaminhado ao setor de internação





**Laudo para solicitação de autorização de internação**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

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

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome do Paciente		6 - Nº Prontuário	
CARLA CORDEIRO		116515	
5 - Nome Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
224285034	03/09/1982	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	03 - Parda
11 - Nome da Mãe		10.1 - Etnia	
LOURDES CORDEIRO		0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome do Responsável		12 - Telefone de Contato	
ANE		8198353880	
14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
GRAJAU, 5822 - TABAJARA			
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
GRAJAU	260960	PE	53350340

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**Principais Sinais e Sintomas Clínicos**  
 ANTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA 3 DIAS COM TRAUMA EM MID. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DIAFISARIA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

**Condições que justificam a Internação**  
 TRATAMENTO CIRURGICO

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas**  
 RINESE + EXAME FISICO + RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	*24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA	S822	W199	

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA	0408050500

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS ( ) CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	09/07/2018	Daniel Castro Ortopedia / Traumatologia CRM/PE 24.731 16339	

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

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
<input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Trajeto	Vínculo com a Previdência		
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado
		<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segurado

**AUTORIZAÇÃO**

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	AIH 261810162287-3
48 - Nome do Profissional Autorizador	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
	( ) CPF	
51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		
Francisco Couto CRM 3271 - 15077447 Traumatologia Ortopedia		

Código do Laudo: 435846



**Ficha de Cirurgia Descritiva**

Aviso de Cirurgia : 50647 Sala : 0002 SALA 02 Atendimento : 436017  
Paciente : 116515 WIRLA CARLA CORDEIRO Carteira :  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Idade : 35 Anos 9 Dias 11 Horas  
Leito : 710 VERD2-34  
Dt. Início : 12/07/2018 09:02 Dt. Fim : 12/07/2018 10:28  
d Pré-Operatório :  
d Pós-Operatório :

**Procedimentos**

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

**Equipe Médica**

CIRURGIAO 14313 CRYSTIAN PEDROSA FERREIRA

**Descrição**

**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA  
INTERVENÇÃO: RFFI COM HIB  
OPERADOR: DR. CRYSTIAN PEDROSA  
1º AUXILIAR: DR. PEDRO CUNHA  
2º AUXILIAR: DR. JOAO BOSCO  
INSTRUMENTADOR: FERNANDA  
ANESTESISTA: DRA. TEREZA  
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA  
RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA EM MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO DE PELE LONGITUDINAL MEDIANA AO NÍVEL DO TENDÃO PATELAR  
- INCISÃO LOGITUDINAL TRANSTENDÃO PATELAR COM ABORDAGEM PONTO DE ACESSO MEDIAL À ESPINHA LATERAL DA TÍBIA E REALIZADO FRESAGEM COM FRESA INICIAL  
INTRODUZIDO FIO GUIA E REALIZADO FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESAS Nº 9, 10 E 11
7. APLICADA HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA NÚMERO 10X38 E OBSERVADO DESVIO LATERAL DO FRAGMENTO DISTAL DA TÍBIA
8. RETIRADO HASTE E APLICADO PARAFUSO POOLER 4,5MM EM REGIAO PROXIMAL MEDIAL DO FRAGMENTO DISTAL DA TÍBIA, SENTIDO ANTERO-POSTERIOR
9. APLICADA HASTE E VERIFICADO BOM POSICIONAMENTO E REDUÇÃO DA FRATURA, COM AUXILIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS
10. REALIZADO BLOQUEIO PROXIMAL COM 02 PARAFUSOS E DISTAL COM 02 PARAFUSOS
11. LAVAGEM COM SF 0,9%
12. SUTURA COM VYCRIL 2-0 E NYLON 3-0
13. CURATIVO ESTÉRIL
14. RX DE CONTROLE

João Bosco B. C. Neto  
Ortopedia/Traumatologia  
CREMEPE 26670

**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR







### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: WIRLA CARLA CORDEIRO REG: 116515

IDADE: 35 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO 9/7/2018 DATA DA ALTA 13/07/18

DIAGNÓSTICO: Fratura de ossos de perna (D)

#### TRATAMENTO REALIZADO:

Redução fechada + fixação interna com haste intramedular e tibia (D).

#### ORIENTAÇÃO:

- Retorno ao ambulatório após 02 semanas (Ortopedia)
- Cefalexina 500mg, VO, q6h por 07 dias
- Uratário diário
- Analgesia

#### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ( )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Manoel Oliveira Ferreira  
Ortopedia Traumatologia  
CRM PE 24889

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM





HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Paulista - PE  
CEP. : 53.400 - 000

**Cód. Atendimento: 436017**

Usuário: JULIANAPP

## DADOS DO PACIENTE

<b>Paciente:</b> WIRLA CARLA CORDEIRO	<b>Prontuário:</b> 116515
<b>Idade:</b> 35a 10m 8d	<b>Sexo:</b> F
<b>Profissão:</b>	<b>Estado Civil:</b> SOLTEIRO
<b>R.G.:</b> 7024160	<b>Escolaridade:</b>
<b>Endereço:</b> RUA GRAJAU	<b>Telefone:</b> CEP 53350340
	5822 - TABAJARA - OLINDA - PE
<b>Dados da Internação</b>	
<b>Origem:</b> INTERNACAO	<b>Data e Hora da Internação:</b> 10/07/2018 20:12
<b>Convênio:</b> SUS - INTERNACAO	<b>Plano:</b> GERAL
<b>Unidade Internação:</b> VERDE 2 ORTOPEDIA	<b>Acomodação:</b> ENFERMARIA DE OBSERVACA
<b>Médico Internação:</b> PLANTONISTA ORTOPEDIA	<b>Leito:</b> VERD2-34

## DADOS DO RESPONSÁVEL

<b>Nome:</b>	<b>R.G.:</b>	<b>C.P.F.:</b>
<b>Endereço:</b>	<b>- Numero:</b>	
<b>Telefone:</b>	<b>Cidade:</b>	<b>Estado civil :</b>

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

**Data da Alta:** 13 / 07 / 18 **Hora da Alta:** \_\_\_\_\_

**Motivo:**  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

**Condições de Alta:** Boas.

**Diagnóstico Principal.....:** FX ossos da perna (D)

**Diagnóstico Secundário01.:** -

**Diagnóstico Secundário02.:** -

**Procedimento.....:** RFFI e/ HTM Hagedada e Tbra (D)

**Márcio Oliveira Ferreira**  
Ortopedia/Traumatologia  
Médico e CRM 24588

**Responsável pela retirada do paciente. Assinatura e RG**

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 12 de 07 de 18

*Wirla Carla Cordeiro*  
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável







11/07/18  
8:30

Sol H Fr. tíbia e fíbula distal D

fratura bem, sem massas ósseas no  
momento. Fr. proximal  
ELR superior, 20%

Col: D. progressiva benigna -

Atestado de incapacidade  
para o trabalho  
por 30 dias

07/18  
08h

#5071

HD: PO(12/07/18) RFFI e HMM e Tibia D.

Per. estável, refere dor leve e MB distal L  
perna D.

ELR, consuetude, orientada, e precisa

TND: PO de aspecto, ADI7 joelho plena; RAVC;

Boc perfusões.

Rx: Boc reduções.

ED: Alta e/ retorno ao ambulatório após 02 semanas.

Deambular conforme dor.

ATB + analgesia

Urutivo diário

Atestado 30 dias

Manoel Oliveira Fm  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PE 24508



Atendimento: 436017  
Dt Atendimento: 10/07/2018 - 20:12 Dt Alta: 13/07/2018 - 13:20  
Paciente: 116515 WIRLA CARLA CORDEIRO

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO  
Leito: 710 VERD2-34 Plano: 1 GERAL  
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: MONICABSL  
CID:

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

Observação de Alta

MONICA BARBOSA DOS SANTOS LIMA

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR







**UPA24h**  
UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO  
OLINDA

GESTÃO



RECEITUÁRIO

Caro médico  
Declaro para os devidos fins  
que a paciente Ulberla Carla Cordellio  
encontra-se internada nesta unidade  
aguardando transferência para  
realizar tratamento cirúrgico  
sem previsão de alta no  
momento

Cid-10: S 82.2

09/07/18

Dr. Francisco Rossi  
Traumatismo - Ortopedia  
GRUPO 23.348 TERT 15001

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO





RECEITUÁRIO

laudo médico

Declaro que os devidos  
Temos que a Paciente  
Wanda Carla Caroline Fuzi  
submetida à Tratamento  
Cirurgica de Fx Desfeitura  
de tibia ① G 12/07/18.  
Ainda em Acompanhamento  
Ambulatorial, com necessidade  
de Reabilitação motor fisio-  
terápica.



CID: S82.

30/07/18

Dra. Nayana Adour  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE-25483

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



 <b>OLINDA</b> <small>MUNICÍPIO</small>	Secretaria de Saúde/PMO Centro de Reabilitação de Olinda Fone: <b>3431.6785</b>	 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde
--	---	---

<b>Receituário:</b>	<b>Requisição nº.:</b>
<b>Nome:</b> <i>Wirla Carla Pardini</i>	
<b>Endereço:</b> <i>Rua Onofre nº 5822, Cidade Tebojana.</i>	
<b>Mat.:</b>	<b>Data do Nascimento:</b>

### Declaração

A paciente acima citada, iniciou o tratamento fisioterapêutico referente ao pós-operatório fratura de tíbia e fíbula. Até o presente data ela realizou duas sessões. Apresenta edema de tornozelo direito, diminuição de amplitude de movimento desta articulação e dor no joelho homolateral, na região da cicatriz.

*ATT*

Dr. Juliana Siebra  
 Fisioterapeuta  
 CREFITO 112.423-F

Data: 29/10/2018

\_\_\_\_\_  
 Médico - CRM



**SINISTRO 3180509496 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** WIRLA CARLA CORDEIRO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE

SEGURADORA S/A

**BENEFICIÁRIO** WIRLA CARLA CORDEIRO**CPF/CNPJ:** 05275641419**Posição em 10-04-2019 11:06:38**

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

