



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PAULO DIAS DA SILVA, brasileiro, solteiro, autônomo, RG: 3.009.208 SODIPE e CPF: 643.836.824-68, residente na Rua Anequim, N: 969 A, Brasília Tei-
mora, Recife/PE.

OUTORGADO: PAULO ANTÔNIO COELHO CASTOR, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/PE sob o nº 20.832 e portador do CPF sob o nº 802.111.353-72, com escritório situado na Rua José de Alencar, nº 44, sala 42, Boa Vista, CEP 50070-075, Recife/PE.

PODERES: Pelo presente instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado retro Outorgado a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e de defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante do consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife, 03.06.19



Outorgante



DECLARAÇÃO

D E C L A R O, para os devidos fins, de fato e de direito, nos termos da Lei nº 1.060/50, que sou pobre e que, portanto, não poderei arcar com as custas processuais, sem prejuízos próprios e de minha família.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente, sob as penas da lei.

Recife (PE), 20 de maio de 2019..

Paulo Antonio Coelho Castor





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2141000925

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2018 às 16:16

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 10/10/2017 às 15:30

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA VIA MANGUE, 01 - Bairro: PINA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
PAULO DIAS DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

PAULO DIAS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DOROTEA ALVES DA SILVA** Pai: **ANTONIO DIAS DA SILVA** Data de Nascimento: **28/3/1968** Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ANEQUIM, 269 - CEP: 55000-000 - Bairro: BRASILIA TEIMOSA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

ACIDENTE (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marcas/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

O SRº PAULO DIAS DA SILVA INFORMA QUE SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 10/10/2017 POR VOLTA DAS 15:30HR, O MESMO AFIRMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA DE PLACA - PEN4876- QUANDO UM VEÍCULO DE CARACTERÍSTICAS NÃO ANOTADAS ESBARROU EM SEU GUIDÃO E PROVOCOU SUA QUEDA; O SRº PAULO DIAS INFORMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E SEGUIU ATÉ A UPA-TORRÕES E EM SEGUIDA FOI DIRECIONADO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS; ACRESCENTA QUE SOFREU UMA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA E FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO;

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

Paulo Dias da Silva
PAULO DIAS DA SILVA
(VÍTIMA)



B.O. registrado por: **GIL TAVARES PEDROSA** - Matrícula: **273133-8**





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 041.11.2017
EM: 16.11.2017

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **PAULO DIAS DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **3002208** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **643.836.524-68**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-391465**, que no dia 10 de outubro de 2017, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de trânsito envolvendo moto, por volta das 15h25, na Via Mangue, nas imediações do Aeroclube, Pina, Recife/PE, em seguida, direcionado a UPA Torrões e, posteriormente, redirecionado ao Hospital Getúlio Vargas.
Recife, 16 de novembro de 2017.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife
SergioParenteCosta
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





Nome: **PAULO DIAS DA SILVA**

Nº registro: **587375**

Dt. Nasc.: **28/03/98 - 19 ano (s)**

Mãe: **DOROTEA ALVES DA SILVA**

Endereço: **R NOVA, nº 19, BRASÍLIA TEIMOSA, RECIFE - PE**

Data/hora: **10/10/2017 - 17:21**

Nº pág.: **1/1**

Sexo: **Masculino**

Fone:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : **NÃO**

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

QUEDA DE MOTO, SEM TCE: FAZIA USO DE CAPACETE, NEGA VÔMITO OU DESMAIO NO LOCAL
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM FRATURA DE CLAVÍCULA
FRATURA DE GLENOIDE??

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: #

PA: x mmHg

HGT: mg/dl

EG-REG: ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, A/A/A, GLASGOW:15
ESCORIAÇÕES EM PERNA DIR, OMBRO DIR

CONDUTA:

ANALGESIA+ TIPOIA

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S427 - FRATURAS MÚLTIPLAS DA CLAVÍCULA, DA OMOPLATA (ESCÁPULA) E DO ÚMERO|

OBSERVAÇÕES : FRATURA DE GLENOIDE???

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Getúlio Vargas

Especialidade: TRAUMATO

Senha: 5274200

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS : **NÃO**

Dr. ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA
CRM: 21457

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

Nome do profissional: **ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA, CRM: 21457, Data e Hora: 10/10/2017 17:22:06.**

Esta conta deve ser paga com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torreões CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 10/10/2017 18:21

Nome Paciente:	PAULO DIAS DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	28/03/1968
Sexo:	Masculino
Idade:	49
Senha:	E0026
Convênio:	
Atendimento:	
SAME:	

Período: 10/10/2017 18:23 - 10/10/2017 18:24

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:	AMARELO - URGENTE
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM QUEIXA DE DOR + DEFORMIDADE EM OMBRO DIREITO HÁ 1 H. NEGA DESMAIO + NEGA VÔMITOS.
Fluxograma sintoma:	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador(es):	- DOR MODERADA?
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- REGUA DE DOR: 5



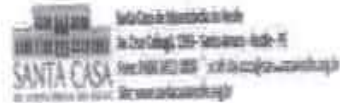
Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data impressa: 10/10/2017 18:24



Santa Casa de Recife

Relatório Médico de Alta



Nome: PAULO DIAS DA SILVA

Reg.: 538071

Pront.: 1109359

Sexo: Masculino

Dt. Nasc.: 28/03/1968

Idade: 49

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Admissão: 17/10/2017 20:52

Alta: 20/10/2017 12:00

Admissão:

FRATURA EM CLAVÍCULA DIREITA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S42.0 FRATURA DA CLAVÍCULA

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	17/10/2017 20:52	20/10/2017 12:00	3 dia(s)

Orientação:

- 1) Agendar retorno para Dr^o LEONARDO CANEJO para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo;

Condição de Alta:

Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531







HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: PAULO DIAS DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 495817

1.1 - Atendimentos em: 10/10/17

1.2 - Às 18 horas e 34 minutos,

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1066340

2.1 - Internado em: 10/10/17

2.2 - Alta em: 18/10/17

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DA CLAVICULA DIREITA + FRATURA DA ESCAPULA DIREITA.

4. Tratamento: TIPOIA NO MSD.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

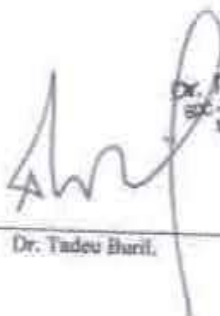
DATA: 20.11.2017

HORA: 10:41:44

PASTA: 01.11.2017

TB

RS


Dr. Tadeu Buril
SOC. - CREMEPE 3018
MAT 000000

Dr. Tadeu Buril.





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: PAULO DIAS DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 495817

1.1 - Atendimentos em: 10/10/17

1.2 - Às 18 horas e 34 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1066340

2.1 - Internado em: 10/10/17

2.2 - Alta em: 18/10/17

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DA CLAVICULA DIREITA + FRATURA DA ESCAPULA DIREITA.

4. Tratamento: TIPOIA NO MSD.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

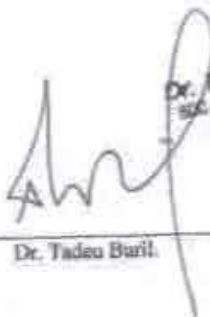
DATA: 20.11.2017

HORA: 10:41:44

PASTA: 01.11.2017

TB

RS


Dr. Tadeu Buri
RSC - CRESSAPE - 2019
MAT. 000000
Dr. Tadeu Buri.





Nome: **PAULO DI A SILVA**
Nº registro: **587375**
Dt. Nasc.: **28/03/98** - 1: **010 (S)**
Mãe: **DOROTEA AL DA SILVA**
Endereço: **R. NOVA, nº 15 - JASILIA TEIMOSA, RECIFE - PE**
Data/hora: **10/10/2017 - 17:21** Nº pag.: **1/1**
Sexo: **Masculino**
Fone:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO: **NÃO** AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)
HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
QUEDA DE MOTO, SEM TIPOLOGIA, NEGANDO VÔMITO OU DESMAIO NO LOCAL
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM FRATURA DE CLAVÍCULA
FRATURA DE GLENOIDE??

EXAME FÍSICO:
Peso: **55 kg** IMC: **19** Temperatura: **36,5 °C**
PA: **120/80 mmHg**
EC: **REG. ORIENTADO, EUPNEICO**
ES: **FRATURAS EM PERNA DA**
CORADO, HIDRATADO, AVIVA, GLASSGOW: **15**
IBRO DIR

CONDUZA:
ANALGESIA+TIPOIA

Exames Complementares: **Resultados:**

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:
S427 - FRATURAS MÚLTIPLAS DA CLAVÍCULA, DA OMOPLATA (ESCÁPULA) E DO ÚMERO

OBSERVAÇÕES: **FRATURA DE GLENOIDE???**

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:
Transferência encaminhada para: **Hosp. Getúlio Vargas**
Especialidade: **TRAUMATOLOGIA**
Banco: **5274200**

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS: **NÃO**
ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA
CRM: **21457**

Dr. Alexandre Lima
Ortopedia-Traumatologia
CRM/PE: **21457**

Este documento foi assinado eletronicamente por: **PAULO ANTONIO COELHO CASTOR** - 17/06/2019 12:59:38
Nome do profissional: **ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA** CRM: **21457** Data e Hora: **10/10/2017 17:22:05**
Este documento deve ser pago com recursos públicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Mirabela, nº 20, Torres CEP: 50640-560 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



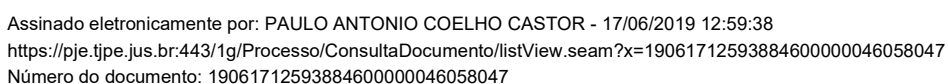


USF-342
FICHA DE SOLICITAÇÃO LABORATORIAL
Albuquerque
DS VI - F. 3326-6122



RECIFE

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE	
CNPJ	Nome da Unidade Solicitante
Telefone	
IDENTIFICAÇÃO DO(A) USUÁRIO(A) DO SUS	
Nome Completo	Sexo ☒ M ☐ F
Nome da Mãe	Telefone Celular / Fixo
Endereço (Rua, Avenida, Casa, etc.)	Telefone Celular / Fixo / Celular
Cidade	UF
Estado	CEP
Atenção: Preencher FICHAS SEPARADAS para CONSULTA, EXAMES LABORATORIAIS E DE IMAGEM, sendo específicos a UNIDADE (NOME) USUÁRIO (A).	
CONSULTA / ATENDIMENTO	
☐ Retorno para a Unidade	Profissional
Endereço da Clínica/Atendimento	Quota de Serviço
EXAMES (LABORATORIAIS, IMAGEM, OUTROS)	
Descrição do Exame	Descrição do Exame (cont.)
JUSTIFICATIVA DE SOLICITAÇÃO	
História Clínica:	Classifique o Risco do Caso:
Coloque as Clínicas que justificam a Solicitação (opcional em caso de RETORNO)	☒ Estável (AZUL) ☐ Prioritário (VERDE) ☐ Urgência (AMARELO) ☐ Emergência (VERMELHO)
Resultado de Exames Realizados:	Carimbo e Assinatura Profissional Solicitante
Data de Solicitação:	
IMPAQ - RESPONSÁVEL PELA ETIQUETA DE AUTORIZAÇÃO	
Solicitação enviada para:	Código de Solicitação:
☐ FILA DE ESPERA ☐ RESULADO	Data de Emissão:
Data de Autorização:	
AUTORIZAÇÃO / AGENDAMENTO	
Nº Ordem	Data e Hora
Unidade Solicitante	Unidade Executante
Nome do(a) Profissional Responsável	Nome do(a) Profissional Executante
Endereço	Endereço
Observações:	Observações



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 495817

Prontuário: 1066340

Nome: PAULO DIAS DA SILVA

Data Nas.: 29/03/1965

Idade: 49

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 3002208

CNS: 703106632523890

Endereço: RUA *Anguim*

Nº: *269*

Bairro: BRASILIA TEIMOSA

Cidade: RECIFE

Estado: PE

CEP: 51010540

Fone: 34830337

Profissão:

Nome da Mãe: DOROTEA ALVES DA SILVA

Acompanhante: PAULO CLETON DIAS DA SILVA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: UPA TORROES

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5274200 PAC VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO DATA: 17/06/2017 HORA: 18:34 A Médico:

Queixa Principal / HDA:

Queda do moto com dor no ombro e no braço

História do Trauma

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: ☐

Atrófico: Sim ☐ Não ☒ Local de Impacto:

Tempo de Paralisação: Sim ☐ Não ☒ Por: *ASPERGIL* Sofreu Q. de: Sim ☐ Não ☒ Altura:

Quemadura: Sim ☐ Não ☒ Por: Transporte Realizado por:

Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒ Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral: Via aérea esta pervia: Sim ☒ Não ☐ O paciente fala: Sim ☒ Não ☐ Temp.:

FCB, CONSCIENTE A ORIENTADO

B: Respiratório

EUPNEICO

C: Circulatório: PA: x mmHg Pulso: bpm:

PULSO + E SIMÉTRICOS

D: Exames Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular: Glasgow: Resposta Verbal: Glasgow: Resposta Motora:

Escore: 4 Hora: Escore: 5 Hora: Escore: 6 Hora:



Nome: Paulo Dias da Silva

0301	0401	0501	0601	0701	0801
1201	1301	1401	1501	1601	1701
2201	2301	2401	2501	2601	2701
3201	3301	3401	3501	3601	3701





HOSPITAL GETULIO VARGAS

EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
PR Ombro (D)	
Diagnóstico Inicial: 1 - FX CLAVICULA (D) + ESCAPULA (D)	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
CO. 1 - SOLICITO TAC DE OMBRO	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames: Dr. Renato G. Medeiros - Ortopedista TEOT: 15.035 Ass: 18.000	
Código Procedimento:	
Tratamento / Procedimentos: 2 - TATUADO 100mg + 100ml ST 9.50.10	
Ass. Médico + Carimbo	
Código Procedimento:	
Ass. Médico + Carimbo	
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo: Dr. Renato G. Medeiros - Ortopedista TEOT: 15.035 Ass: 18.000	
Evolução de Enfermagem:	
Ass. Enfermeira + Carimbo	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	
Internamento ☐ Cirurgia ☐ Out ☐ Transf. de Alta ☐ Pedido ☐ Exatidão ☐	
Condição de Alta: Curado ☐ Melhorado ☐ Int. terado ☐ Piorado ☐ Óbito ☐	
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐	
Assist. Social	
Observações:	
Assist. Social	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico: CRM/CRO: Data: Hora:	
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
- 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.	
Data: Nome completo legível:	
Nº da Identidade: Assinatura:	
Termo de Responsabilidade de Alta e Pedido:	
- 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: 10/10/2017 18:35 h DENNIS/ELD Impressão: 10/10/2017 18:35 h DENNIS/ELD	

Ata de - TAC DE OMBRO
COM FX CLAVICULA + ESCAPULA, COM DEBILIDADE
PLEURAL + FX COSTELA
FX CLAVICULA + ESCAPULA = TATUADO COM
EVOLUÇÃO DA ORTOPEDIA
CO. 1 - SOLICITO TAC DE OMBRO
2 - TATUADO 100mg + 100ml ST 9.50.10





Nome: **PAULO DIAS DA SILVA**
Nº registro: **587375**
Dt. Nasc.: **28/03/98 - 19 ano (s)**
Mãe: **DOROTEA ALVES DA SILVA**
Endereço: **R. NOVA, nº 19, BRASÍLIA TEIMOSA, RECIFE - PE**
Data/hora: **10/10/2017 - 16:33** Nº pág.: **1/2**

Sexo: **Masculino**
Fone:

FICHA DE ATENDIMENTO

CR: ORTOPEDIA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

TRIAGEM:
- QUEIXA
- PACIENTE REFERE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NO OMBRO D. E TORAX. ALERGIA - DM - HAS - EMESÉ -
DESMATO -

ORIGEM

TIPO DE CHEGADA

OBSERVAÇÕES

FLUXOGRAMA
- Problemas em extremidades

DISCRIMINADOR
- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?
- SIM

AValiação E MEDIDAS CLíNICAS
- DOR 5
DOR 5

ENCAMINHAMENTOS
- Ortopedia

TRANSPORTADO POR

JUSTIFICATIVA

MEDICA:
TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO. NEGA VOMITO OU DESMATO NO LOCAL DO ACIDENTE.
REFERE USO DE CAPACETE.
QUEIXA-SE DE DOR EM REGIAO DE TORAX A DIR EM MNII

EXAME FÍSICO:

Peso: Altura: IMC: ()
PA: x mmHg HGT: mg/dL Temperatura: °
BG REG, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, A/A/A, GLASGOW: 15
ESCORIAÇÕES EM PERNÁ DIR, OMBRO DIR

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: **ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA**, CRM: 21457, Data e Hora: 10/10/2017 12:22:43.
Esta conta dever ser paga com recursos publicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torres CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440



Nome: **PAULO DIAS DA SILVA**
Nº registro: **587375**
Dt. Nasc.: 28/03/98 - 19 ano (s)
Mãe: DOROTEA ALVES DA SILVA
Endereço: R. NOVA, nº 19, BRASÍLIA TEIMOSA, RECIFE - PE
Data/hora: 10/10/2017 - 16:33
Sexo: Masculino
Fone:
Nº pág.: 2/2

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Y03 - AGRESSÃO POR MEIO DE IMPACTO DE UM VEÍCULO A MOTOR | PANCADA, GOLPE OU ATROPELAMENTO, DE MODO DELIBERADO COM VEÍCULO A MOTOR

OBSERVAÇÕES:

Evolução do paciente:

TRMADOL, DIPIRONA E CETOPROFENO AGORA
SOLICITO TRANSFERENCIA P TOMO - HGV:5274200

Resultados de Exames:

FRATURA DE CALVICULA
FRATURA DE GLENOIDE???

Dr. ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA
CRM: 21457

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA CRM: 21457 Data e Hora: 10/10/2017 17:22:43.
Esta conta dever ser paga com recursos publicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabela, nº 30, Torres CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440





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: **PAULO DIAS DA SILVA**
Nº Registro: 538071 Nº Protuário: 1109359 Sexo: Masculino Idade: 49 ano (s)
Data: 20/10/2017 / 07:39 Convênio: SUS - AMB
Data do Internamento: 17/10/2017 20:52 Data da alta: 20/10/2017 15:21
Intervalo: 3

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura de Clavícula Direita CID:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Tratamento Cirurgico de Fratura de Clavícula Direita + Neurolise CÓDIGO: 0408010150 / 0403020077

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Leonardo Canêjo	13783
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Mariana Matoso	19763
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

USO DE PRÓTESE, ÓRTESE

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente motociclístico há 01 semana, resultando em Fratura de clavícula Direita. Evoluindo com dor e edema local.

Requerendo de procedimento cirúrgico.
Terado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fratura de Clavícula Direita CID:





Nome: **PAULO DIAS DA SILVA**

Nº registro: **587375**

Dt. Nasc.: **28/03/98 - 19 ano (s)**

Mãe: **DOROTEA ALVES DA SILVA**

Endereço: **R NOVA, nº 19, BRASÍLIA TEIMOSA, RECIFE - PE**

Data/hora: **10/10/2017 - 17:21**

Nº pág.: **1/1**

Sexo: **Masculino**

Fonte:

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

REMOÇÃO COM MÉDICO : **NÃO**

AMBULÂNCIA BÁSICA(USB)

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

QUEDA DE MOTO, SEM TCE: FAZIA USO DE CAPACETE, NEGA VÔMITO OU DESMAIO NO LOCAL
TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO COM FRATURA DE CLAVÍCULA
FRATURA DE GLENOIDE??

EXAME FÍSICO:

Peso:

Altura:

IMC: ()

Temperatura: °

PA: x mmHg

HGT: mg/dL

EG REG, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO, HIDRATADO, A/A/A, GLASGOW:15
ESCORIAÇÕES EM PERNA DIR, OMBRO DIR

CONDUTA:

ANALGESIA+ TIPOCIA

Exames Complementares/Resultados:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S427 - FRATURAS MÚLTIPLAS DA CLAVÍCULA, DA OMOPLATA [ESCÁPULA] E DO ÚMERO]

OBSERVAÇÕES : FRATURA DE GLENOIDE???

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hosp. Getúlio Vargas.

Especialidade: TRAUMATO

Senha: 5274200

PACIENTE SOLICITA TRANSPORTE POR MEIOS PRÓPRIOS :NÃO

Dr. ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA
CRM: 21457

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

Nome do profissional: ALEXANDRE JOSE PEREIRA DE LIMA, CRM: 21457, Data e Hora: 10/10/2017 17:22:06.

Esta conta dever ser paga com recursos publicos.

Unidade de Pronto Atendimento
Rua Mirabels, nº 30, Torres CEP: 50640-580 - Recife/PE
Contato: (81) 3184-4440





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **PAULO DIAS DA SILVA**, prontuário nº **110.9359**, admitido neste hospital em **17/10/2017** com diagnóstico de **Fratura de Clavícula Direita**, sendo submetido a tratamento Cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em **20/10/2017**.

Recife, 21 de Novembro de 2017.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Rua Cabanga 1583 Santo Amaro - Recife - PE

Tel/Fax: 81.3412.30
www.santacasa-recife.org

diretoria@sa-recife.org





Diagnóstico por Imagem

Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada Multi Slice
Ultrassonografia com Doppler Colorido
Densitometria Óssea
Radiologia Digital

Paciente: 451746 - PAULO DIAS DA SILVA

Data: 11/10/2017

Nº Laudo: 11223961

Dat. de Nasc.: 28/03/68

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

Técnica:

Imagens axiais obtidas com técnica helicoidal, sem injeção endovenosa do meio de contraste iodado. Realizadas reconstruções nos planos sagital e coronal.

Relatório:

Fratura completa com importante desalinhamento do terço médio da clavícula.
Fraturas completas desalinhadas do segundo ao sétimo arcos costas à direita.
Fratura cominutiva da da escápula em seu terço médio e inferior.
Enfisema de subcutâneo na parede torácica.
Pequeno derrame pleural à direita.
Demais estruturas ósseas de morfologia e atenuação preservadas.
Relações articulares glenoumeral e acromioclavicular mantidas.
Ausência de sinais de derrame articular.

Opinião:

Fratura completa com importante desalinhamento do terço médio da clavícula.
Fraturas completas desalinhadas do segundo ao sétimo arcos costas à direita.
Fratura cominutiva da da escápula em seu terço médio e inferior.
Enfisema de subcutâneo na parede torácica.
Pequeno derrame pleural à direita.

Dr. Marcel Pereira Rios de Oliveira
CRM-SP 127757

Rua Guilherme Pinto 100 | Graças | Recife/PE
CEP 52.011-210 | Fone: (81) 3445.1220



SUS	Sistema União da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS	Página 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde Nome do Estabelecimento de Saúde: _____				
HSA _____				
Identificação do Paciente PAULO DIAS DA SILVA 1. NOME DO PACIENTE: _____ 2. NOME DO PAI: _____ 3. NOME DA MÃE: _____ 4. NOME DO RESPONSÁVEL: _____ 5. ENDEREÇO: _____ 6. CIDADE: _____ 7. ESTADO: _____ 8. CEP: _____				
20. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIDH)				
21. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: _____ 22. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 23. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 24. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 25. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
26. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 27. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 28. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 29. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 30. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
31. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 32. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 33. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 34. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 35. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
36. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 37. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 38. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 39. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 40. MUDANÇA DE PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____				
41. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Paciente vítima de acidente motociclistico há 01 semana, resultando em Fratura de Clavícula Direita. Evoluindo com dor e edema local. Necessitando de procedimento cirurgico. Operado. Alta Hospitalar após melhora.				
42. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL Dr. Leonardo Gurgio 90676092420 AUTORIZAÇÃO				
43. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 19/10/17				
44. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 19/10/17				
45. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 19/10/17				
46. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 19/10/17				
47. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 19/10/17				
48. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 19/10/17				
49. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 19/10/17				
50. ASSINATURA DO RESPONSÁVEL 19/10/17				





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1363 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@saltacisarecife.org.br
Site: www.saltacisarecife.org.br

Nome: **PAULO DIAS DA SILVA**
Nº Registro: 538071 Nº Protuário: 1109359 Sexo: Masculino Idade: 49 ano (s)
Data: 19/10/2017 / 13:55 Convênio: RETAGUARDA GETULIO
Intervalo:

BOLETIM OPERATRIO

Recife, 19/10/2017 - 13:55

Diagnostico pr-operatrio: Fratura da clavícula direita

Diagnostico ps-operatrio: o mesmo

Cirurgia: Tratamento cirurgico de fratura da clavícula + Neurolise do nervo supraclavicular

Cirurgio: leonardo canejo

Anestesista: Bloqueio de plexo

Anestesia: mariana

Acidentes durante a cirurgia: nenhum

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- 1) Paciente em decubito dorsal sob anestesia em posição de cadeira de praia.
- 2) Assepsia e antissepsia.
- 3) Aposição de campos cirurgicos
- 4) Realizado incisão longitudinal em topografia de clavícula direita. Dissecção por planos e hemostasia. Neurolise de nervo sensitivo supraclavicular. Identificado o foco da fratura. Realizado redução da fratura (com osteotomia para facilitar redução) e fixação com placa de reconstrução 3,5, parafusos corticais e liberação de retração muscular.
- 5) Realizado limpeza com SF0,9%. Reviso da hemostasia
- 6) Sutura por planos com Vycril e Nylon
- 7) Curativo
- 8) Tipia

MEDICO: Dr. LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO
CRM: 13783

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: LEONARDO CAMAROTTI DE OLIVEIRA CANEJO. CRM: 13783. Data e Hora: 19/10/2017 14:02:06.

Dr. Leonardo Canejo
CRM: 13783 - Data: 19/10/2017





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: **PAULO DIAS DA SILVA**
Nº Registro: 538071 Nº Protuário: 1109359 Sexo: Masculino Idade: 49 ano (s)
Data: 20/10/2017 / 07:39 Convênio: SUS - AMB
Data do Internamento: 17/10/2017 20:52 Data da alta: 20/10/2017 15:21
Intervalo: 3

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:



Paciente _____: 451746-Paulo Dias Da Silva
Data _____: 11/10/2017
Nº Laudo _____: 11226631
Dat. Nasc. _____: 28/03/1968



Diagnóstico por Imagem

Ressonância Magnética
Tomografia Computadorizada Multi Slice
Ultrassonografia com Doppler Colorido
Densitometria Óssea
Radiologia Digital

Exame: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

TÉCNICAS DE EXAME:

Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados volumétricos multislice, com reconstruções, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

COMENTÁRIOS:

Múltiplos traços de fratura em arcos costais, escapula e clavícula a direita.
Presença de enfisema subcutâneo, discreto pneumotórax e moderado derrame pleural associado a atelectasia pulmonar adjacente à direita, relacionado às fraturas descritas.
Discreta atelectasia basal à esquerda.
Traqueia centrada, com calibre conservado.
Carina e brônquios fonte péricios.
Não há evidências de linfonodomegalias mediastinais, detectáveis ao método.
Estruturas vasculares mediastinais de morfologia e calibre normais.
Coração com aspecto tomográfico normal.

Dr Saulo Acioly CRM PE - 14112

11226631

Rua Shalvorne Pinto, 100 | Graças | Recife/PE
CEP 52.011-210 | Fone: (01) 3445.1222





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

Nome: **PAULO DIAS DA SILVA**

Nº Registro: 538071 Nº Protuário: 1109359 Sexo: Masculino Idade: 49 ano (s)
Data: 01/11/2017 / 07:55 Convênio: SUS - AMB
Intervalo: 3

LAUDO CLAVICULA DIREITA AP/P

Exame para controle de tratamento cirúrgico.

CHAPA: 117.268037

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY, CRM: 10735, Data e Hora: 03/11/2017
08:41:59.





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

Nome: **PAULO DIAS DA SILVA**

Nº Registro: 538071 Nº Protuário: 1109359 Sexo: Masculino Idade: 49 ano (s)

Data: 29/12/2017 / 07:05 Convênio:

SUS - AMB

Intervalo: 3

LAUDO OMBRO DIREITO AP/P

Exame para controle de tratamento cirurgico.

CHAPA: 117.308750

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

Nome do profissional: MARCELO OLIVEIRA WANDERLEY, CRM: 10755. Data e Hora: 29/12/2017 11:00:43.



SINISTRO 3180194844 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PAULO DIAS DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO

CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME

BENEFICIÁRIO PAULO DIAS DA SILVA

CPF/CNPJ: 64383652468

Posição em 27-05-2019 15:30:40

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
16/05/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

