

## PROCURAÇÃO

### PARTE OUTORGANTE:

Nome: José Marcelo Camacho da Silva  
brasileiro (a), estado civil: Solteiro, profissão: Médico,  
RG nº 4.051.208 S/DS/PE, CPF/MF nº 410.952.744-14, com  
endereço residencial na R. Ipanema ares Damasceno, 91  
Dois Caminhos - Jaboatão dos Guararapes - PE.  
CEP: 54000-000

### PARTE OUTORGADA:

**GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS, SÉRGIO PORTO ESTEVES e BRUNA VITALINO DA CONCEIÇÃO**, brasileiros, sendo os primeiros advogados, devidamente inscritos na OAB/PE sob os nºs 17.828, 16.236, e a última estudante de direito, todos com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Recife – PE, onde recebem as intimações legais.

### PODERES:

Para representar a PARTE OUTORGANTE em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com poderes incluídos nas cláusulas “*ad judicia*” e “*ad judicia et extra*”, podendo propor ações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, transigir, recorrer, desistir, renunciar a crédito, receber valores e dar quitação, levantar quantias em depósito judicial através de Alvará, firmar compromissos, substabelecer no todo ou em parte, bem como todos os poderes permitidos em direito sempre no interesse do outorgante.

Recife, 23 de abril de 2019.

José Marcelo Camacho da Silva  
outorgante



**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

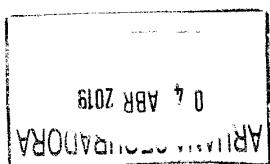
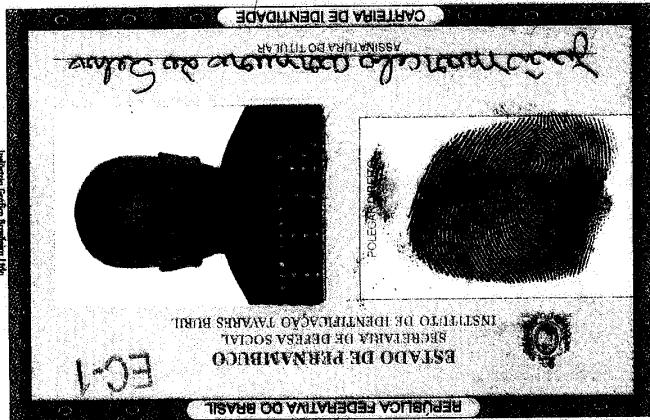
Eu, José Manoel Carneiro da Silva, brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 7.051.208.5051/PE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 710.952.744-14, residente na R. José da Cunha, 91, Dois Carneiros, Jaboatão dos Guararapes - PE, CEP: 54000-000,

declaro para os devidos fins, sob as penas da Lei de Assistência Judiciária nº 1.060/50 e demais legislações aplicáveis à espécie, e sob minha própria responsabilidade, que não tenho condições financeiras de pagar custas do processo, despesas com publicações e/ou outras despesas concernentes, sem prejuízos próprios.

Recife, 23 de abril de 2019

José Manoel Carneiro da Silva  
Declarante





Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 03/05/2019 17:35:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050317354945100000043960434>  
Número do documento: 19050317354945100000043960434

Num. 44630976 - Pág. 3

VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL	
7.051.208	
NAME	REGISTRATION
« JOÃO MARCELO CARNERIO DA SILVA »	
« 11/03/2019	
DATA DE EXPEDIÇÃO	DATA DE EXPEDIÇÃO
« 20/03/2019	
« JOÃO MARCELO CARNERIO DA SILVA »	
« ROSEAN MARIA LIMA DA SILVA »	
« JOAQUIM CARNERIO DA SILVA »	
« ROSIAN MARIA LIMA DA SILVA »	
NATURALIDADE DA MULHER DOSS	
GUAIRAPES - PE	
DATA DE NASCIMENTO	
22/10/1994	
« CN29344125A F148 CART. CAVALEIRO	
« 30.11.1984 »	
JABOATÃO DOS GUARARAPES PE 30.11.1984 »	
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL	
ASSISTÊNCIA TECNOLÓGICA DA POLÍCIA CIVIL	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
F-55 11.255	
11974720103090911.8554541	

04 ABR 2019





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA JORN. COSTA PORTO - NUM. - S/N - IBURA R  
CEP: 54000-000

DADOS DO CLIENTE  
ROSA MARIA LIMA DA SILVA MATRÍCULA: 6/292944 Fev/2019  
R. JOSEFA ALVES DAMOSCENA, N. 00091 - DOIS CARNEIROS JABOATA  
CÓD. DOS GUARABAPES PE 54000-000  
INSCRIÇÃO: 733.580.650.094-0000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMATICO: 067292944

SITUAÇÃO AGUA LICADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDROMETRO A12U168294	DATA LEIT. ANTERIOR 12/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 14/03/2019			TÍPO DE CONSUMO (M3) MEDIA HD

ÁGUA

LEIT. ANT. 14 CONSUMO: 1  
LEIT. ATU: 44  
LEIT. FAZ: 44 HD PARADO

HISTÓRICO DE CONSUMO  
PREFERENCIA CONSUMO

DATA	PREFERENCIA	NÚMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
01/2019	01	TURBIDEZ	70	71
12/2018	01	COR APARENTE	70	71
11/2018	01	CLORO RESIDUAL	70	71
10/2018	01	COLIFORMES TOTAIS	70	71
09/2018	01	ESCHERICHIA COLI	70	67
08/2018	01	CLORO TOT	70	68
MÉDIA:		Qualidade de Água: www.compresa.com.br		

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2)OS PARAMETROS COFORMES TOTais, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES SANITARIAS DA ÁGUA  
(3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DISCRICAO DOS SERVICOS CONSUMO TOTAL(R\$)  
ÁGUA  
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA 1 M3 41,30

05 ABR/12

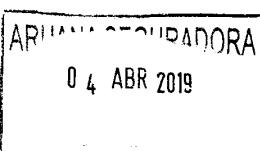
R\$ 41,30

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS COFINS	41,30 41,30	1,65 1,60	0,68 3,14

VENCIMENTO: 05/04/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30

IMAGEM:

Informamos que a partir da Fatura 02/2019 o seu vencimento  
esta sendo adequado ao nosso cronograma. Caso não concorde,  
favor entrar em contato com a COMPESA.



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 03/05/2019 17:35:49  
https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050317354945100000043960434  
Número do documento: 19050317354945100000043960434

Num. 44630976 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E2141000184

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/01/2019** às **20:28**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **4/11/2018** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES, 1 - Bairro: ENGENHO VELHO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
 Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MARCIO WANDERSON DA SILVA (AUTOR / AGENTE)  
 JOÃO MARCELO CARNEIRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MARCIO WANDERSON DA SILVA

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

**JOÃO MARCELO CARNEIRO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSAN MARIA LIMA DA SILVA** Pai: **JOAQUIM CARNEIRO DA SILVA** Data de Nascimento: **21/10/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7051208/SDS/PE (RG), 71095274414 (CPF), 1 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 988668399**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE JABOATÃO DOS GUARARAPES, 91, RUA PIRA - CEP: 0 - Bairro: SUCUPIRA - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARCIO WANDERSON DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARCIA FERREIRA DA SILVA** Pai: **JOSE SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **27/5/1990** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8023484/SDS/PE (RG), 09823820490 (CPF), 1 (CNH)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**  
 Endereço Residencial: **RUA SUECIA, 165 - CEP: 55000-000 - Bairro: SUCUPIRA - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARCIO WANDERSON DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCIO WANDERSON DA SILVA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**  
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFU5110 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**  
 Descrição: **ANO 2012/2013**

Complemento / Observação

15/01/2019 21:35



**DECLARAÇÃO QUE PRESTA O SENHOR JOÃO MARCELO CARNEIRO DA SILVA, AQUI DENOMINADO VITIMA, QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO NA GARUPA DA MOTOCICLETA ACIMA CITADA PERTENCENTE AO SENHOR MARCIO WANDERSON DA SILVA, NA CURVA EXISTENTE NO TRAJETO HOUVE O DESEQUILÍBrio E O MESMO CAIU, VINDO A SE MACHUCAR E SOCORRIDO POR TRANSEUNTES PARA UPA DA LOCALIDADE E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DOM HELDER ONDE DE FOI SUBIMENTO A CIRURGIA NO PÉ ESQUERDO. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAIS.**

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

*João Marcelo Carneiro da Silva*  
**JOÃO MARCELO CARNEIRO DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO ANTÔNIO DA SILVA PIRES** - Matrícula: **3809307**



15/01/2019 21:35



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 03/05/2019 17:35:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050317354954700000043960456>  
Número do documento: 19050317354954700000043960456

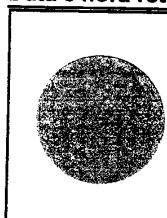
Num. 44630999 - Pág. 2

# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 04/11/2018 13:55



Nome Paciente: JOAO MARCELO CARNEIRO DA SILVA  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 21/10/1984  
Sexo: Masculino  
Idade: 34  
Senha: 0028  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 04/11/2018 14:12 - 04/11/2018 14:15

LUCY MARY PEREIRA SAMPAIO DE SOUZA - COREN: 402283 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGENCIA AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE PROVENIENTE DA UPA DO IBURA, COM SENHA 5549171, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA. ESTAVA DE CAPACETE, NEGA BATER COM A CABEÇA, NEGA VOMITOS E DESMAIOS. POSSIVEL FRATURA DE FIBULA. AO EXAME FISICO: SPO2:98, FC:96BPM, PA:PA:120X80 MMHG, NEGA HAS, DM E ALERGIAS

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

ARIANA SECURADORA

04 ABR 2019

Acolhido(a) por: LUCY MARY PEREIRA SAMPAIO DE SOUZA - COREN: 402283 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/11/2018 14:15

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





DOM HELDER CÂMARA

## HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CÂMARA



Atendimento: 465719

Senha da Classificação:

Data e Hora: 04/11/2018 14:21

Paciente: 110633 JOAO MARCELO CARNEIRO DA SILVA Sexo: MASCULINO  
 Data do Nascimento: 21/10/1984 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG  
 Nome da Mãe: ROSAN MARIA DA SILVA Nome do Pai:  
 Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA CRM: 17726  
 Endereço: EUCLIDES MACENA PEREIRA -- 91 Bairro: CENTRO  
 Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE Usuário Atendimento: JACIANEBO  
 RG (Identidade): Data de Emissão:  
 CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 987255292  
 Cartão SUS: Data de Emissão CRN:

## RESUMO DE TRATAMENTO

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

07 NOV 2018

Queixa Principal

*Acidente de moto ciclística. fractura do tornozelo esq*

Exame Físico

*edema e dor*

ARMAZÉM SECURADORA

04 ABR 2019

Diagnóstico

*fratura da fibula esq*

Conduta Terapêutica

*internamento*

Prescrição Médica

*Dr. Saul Martins  
Traumato-Ortopédico  
CRM-PE 21.129 T-01-15.985*

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR



Exame Físico: \_\_\_\_\_

*nor em ferimento DIRE*

Antecedentes Pessoais: *MM*

Medicações em Uso: *Nas go*

Antecedentes Familiares: *NDM*

Hipótese Diagnóstica Principal: *nor em ferimento Eny*

Hipóteses Diagnósticas Secundárias: \_\_\_\_\_

Plano Terapêutico: *Aqui volta lágrima*

ARIANIA OCUPADORA  
04 ABR 2019

Cabo de Santo Agostinho, 04/11/18

Dr. *Seu Martins*  
Traumato-Ortopedia  
CRM-PE 26299 TCR-15.000  
Assinatura e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES / PE  
Hospital Metropolitano Sul - Dom Hélder Câmara  
Rodovia BR 101 Sul - KM 95, CEP 54.510-000  
Cabo de Santo Agostinho - PE



## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

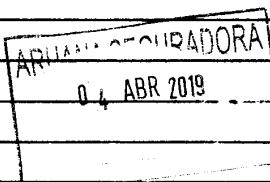
Nome: João Henrique Coimbra da Silveira Regist. Nº Atendimento: \_\_\_\_\_

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

Clinica: Outra prática Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: Acidente de moto com  
quebra de tornozelo DIR

História da Doença Atual: Fratura de tornozelo DIR



Interrogatório Sintomatológico: NAO



### FICHA DE INTERNAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento do Paciente: 465722

Data e Hora do Atendimento: 04/11/2018 14:36

Usuário do Atendimento: JACICLEIDEBOS

Convênio: SUS - INTERNACAO

Nome do Paciente: JOAO MARCELO CARNEIRO DA SILVA

Prontuário: 110633

Nome da Mãe: ROSAN MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Data do Nascimento: 21/10/1984

Idade: 34 anos Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

RG:

Data Emissão:

CPF:

Certidão de Nascimento:

Data Emissão:

Naturalidade:

Escolaridade: NAO SABE/SEM DECLARACAO

Carteira Nacional SUS:

Ocupação Habitual: OUTROS

Endereço: RUA EUCLIDES MACENA PEREIRA 91

CAVALEIRO

Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

CEP: 54210270

Fone: 987255292

### DADOS DO ATENDIMENTO

Origem: UPA IBURA

Médico: IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Especialidade: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Acomodação: SALA VERDE/AMARELA - TRAUMA

Leito: LEITO 04

### TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Cabo de Santo Agostinho, 04/11/2018

Assinatura e R.G. do Responsável: \_\_\_\_\_

### SUMÁRIO DE ALTA

Condições de Alta: *melhorado*

Diagnóstico: *rot del fémur*

Procedimento: *placa + parafuso*

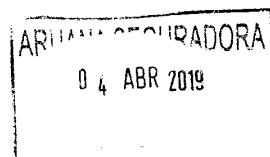
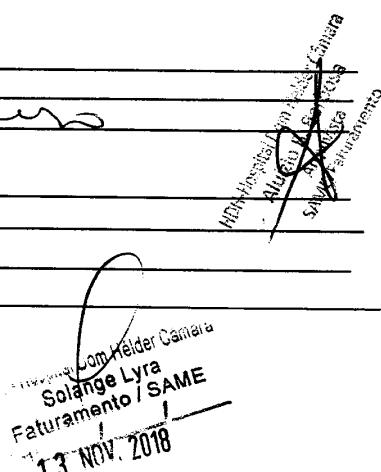
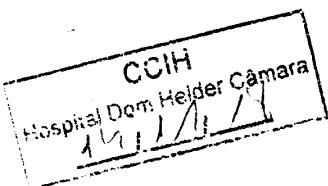
Alta em: *04/11/18*

Hora: *10:00*

Médico e C.R.M: *DR. JACICLEIDEBOS*

Responsável pela retirada do paciente: Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura e R.G: *DR. JACICLEIDEBOS*





Nome: JOAO MARCELO CARNEIRO DA SILVA Nº registro: 211513  
Dt. Nasc.: 21/10/84 - 34 ano (s) Sexo: Masculino  
Mãe: ROSAN MARIA LIMA DA SILVA Fone: 81987255292  
Endereço: R EUCLIDES MACENA PEREIRA, nº 91, CAVALEIRO. JABOTAO DOS GUARARAPES - PE  
Data/hora: 04/11/2018 - 10:21 Nº pág.: 1/1

#### RESUMO DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SENHA: N075

17/11/2018 - MARIANA SILVA

Classificação de Risco: NÃO URGENTE - VERDE

Especialidade: ORTOPEDIA

Encaminhado Para: CONSULTÓRIO - ORTOPEDIA

#### ANAMNESE ENFERMAGEM

**ALERGIA: NEGA**

**QUEIXA PRINCIPAL:**

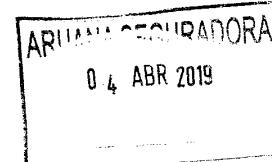
- Dor - Trauma

REFERE DOR EM PÉ ESQUERDO APÓS TORÇÃO HOJE

#### **EXAME FÍSICO:**

PA: 120 x 80 mmHg | Temperatura:  
HGT: | Sat O2: | FC: | Peso: | Altura:

**OBSERVAÇÕES:**



**Dr.ª MARIANA VERONICA DA SILVA**  
COREN : 461565

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.  
Nome do profissional: MARIANA VERONICA DA SILVA. Data e Hora: 17/11/2018 05:58:28.

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4594



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 03/05/2019 17:35:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050317354962700000043960476>  
Número do documento: 19050317354962700000043960476

Num. 44631019 - Pág. 6



Nome: **JOAO MARCELO CARNEIRO DA SILVA** Nº registro: **211513**  
Dt. Nasc.: **21/10/84 - 34 ano (s)** Sexo: **Masculino**  
Mãe: **ROSAN MARIA LIMA DA SILVA** Fone: **81987255292**  
Endereço: **R EUCLIDES MACENA PEREIRA, nº 91, CAVALEIRO. JABOATAO DOS GUARARAPES - PE**  
Data/hora: **04/11/2018 - 10:25** Nº pág.: **1/1**

## CONSULTA ORTOPÉDICA

### Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE COM DOR EM PE E TNZ ESQUERDO APOS TORÇ~QAO HA 4 HORAS

### Exame Físico:

DOR EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO

### Resultados de Exames:

RX COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

### Conduta:

TRANSFERENCIA + TALA BOTA + ANALGESIA

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S900 - Contusão do tornozelo

ARILIANA OCORRÊDORA  
04 ABR 2019

Óbito: Não

Dr. AIRLLAN WILLAMES MATIAS ALVES SILVA  
CRM: 22472

Rua Vale do Itajai, s/n, Ibura CEP: 51320-180 - Recife/PE  
Contato: (81) 3184-4616



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 03/05/2019 17:35:49  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050317354962700000043960476>  
Número do documento: 19050317354962700000043960476

Num. 44631019 - Pág. 7

		Nome: <i>João Marcos Farniço</i>	Registro: <i>110633</i>	Leito:
		Procedimento Cirúrgico: <i>110 Cirurg. Frou TNZ (E)</i>	Data: <i>05-03-18</i>	Hora:
DIAGNÓSTICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM			HORÁRIOS
1. Ansiedade	<input checked="" type="checkbox"/> Encorajar verbalização dos sentimentos e medos <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar apoio emocional <input checked="" type="checkbox"/> Dar informação ao paciente e familiares <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito elevado <input type="checkbox"/> Aspirar vias aéreas superiores de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Ensinar o paciente a tossir de forma eficaz <input type="checkbox"/> Manter o paciente em posição de fowler <input type="checkbox"/> Anotar horário/valor de queda da saturação, FC e FR <input type="checkbox"/> Instalar ( ) manter ( ) Anotar oximetria de pulso <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Registrar frequência, volume e aspecto da diurese de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Estimular eliminação por meios físicos (ligar torneira, compressas frias no abdômen). <input checked="" type="checkbox"/> Colocar o paciente em posição de Fowler <input checked="" type="checkbox"/> Orientar o aumento da ingestão hídrica <input type="checkbox"/> Registrar-se: ( ) Dor ao urinar ( ) Abaulamento em região suprapúbica ( ) Ausência de diurese espontânea <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico <input checked="" type="checkbox"/> Avaliar a localização e a intensidade da dor <input checked="" type="checkbox"/> Reavaliar a dor após 30 min. Da administração da medicação <input type="checkbox"/> Identificar fatores desencadeantes da dor <input type="checkbox"/> Registrar características e intensidade da dor <input type="checkbox"/> Outros			
4. Dor (✓)	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de 24/24h <input type="checkbox"/> Realizar mudança de decúbito de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Medir decúbito de dreno de ___ / ___ h <input checked="" type="checkbox"/> Manter curativo oclusivo por 24h <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___ / ___ h <input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo <input type="checkbox"/> Outros			
	<input type="checkbox"/> Pinçar dreno ao transportar paciente <input type="checkbox"/> Avaliar mobilização do dreno (Tracionado) <input type="checkbox"/> Manter repouso no leito em posição:			
Local: <i>Leve ( ) Moderada ( ) Severa</i>		ARI	ADM CURADORA	
				<i>04 ABR 2019</i>
5. Integridade tissular prejudicada (✓)				
6. Sangramento (✓)				
Local: <i>Leve ( ) Moderado ( ) Severo</i>				
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )				



Data do Nascimento: 21/10/1984 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe:: ROSAN MARIA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: JACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: EUCLIDES MACENA PEREIRA --

91

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: JABOATÃO DOS GUARARAPES PE

Usuário Atendimento: JACIANEBO

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 987255292

Cartão SUS:

Data de Emissão CRN:

### RESUMO DE TRATAMENTO

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

07/04/2019

Queixa Principal

*Neuroma de unha cicatriz. fratura  
do tornozelo esq*

Exame Físico

*edema e dor*

Diagnóstico

*fratura de fibula esq*

Conduta Terapêutica

*internamento -*

Prescrição Médica

Dr. Sérgio Martins  
Traumato-Ortopedista  
CRM-E 21.129 TCE-PE 15.985

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

ARQUIVADA POR

04 ABR 2019



Evolução Clínica

Nome: José Mar de Lourdes de S Registro: \_\_\_\_\_

Clínica: Uropestein Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	Observação
01/11/18 10:00h	<p>Avoltura de nível 5 prostata de 702 kg.</p> <p>Selvito exames Desenvolvo linfe</p> <p>Dr. Paul Martins Traumato-Ortopedia PROF. DR. PAUL MARTINS CRM-PE 15.591</p>
04/11/18	<p># Serviço Social #</p> <p>Realizada visita ao leito para entrevista social e orientações quanto serviços e rotina do hospital, direito do usuário do SUS, rede de saúde, previdência social e regime DPVAT. Paciente afirma ser assistido por rede básica de saúde.</p> <p>Sensibilização quanto doação de sangue.</p> <p>JH-Hospital Dom Helder Solange Lyra Faturamento / SAME</p> <p>DOM-Hospital Dom Helder Câmara Larissa Maria de Brito da Silva Assistente Social CRESS/PE 10412</p>
04/11/18 10:00	<p># Enfermagem</p> <p>Presente no farto 1. Melha lata) - no intuito de gerar um profissional cíngulo e SCB. Cíngulo, coroa e corc num. Cíngulo pronta profess. #</p>

ARIXIMA DE OLINDA

04 ABR 2019

6.0. Procedimento Cirúrgico

Dr. Luciano L. Lira, Jr.  
Médico  
CRM-PE 25.698



**HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARA**  
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001  
Data.....: 05/11/201  
Hora.....: 16:55

Aviso de Cirurgia : 38572  
Paciente : 110633  
Convênio Atend. : 1  
Leito : 560  
Dt. Início : 05/11/2018 16:01

Sala : 0005 SALA 05  
JOAO MARCELO CARNEIRO DA SILVA  
SUS - INTERNACAO  
LEITO 04

1

Atendimento : 465722  
Carteira :  
Idade : 34 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LL  
DO TORNOZELO (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 86 RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

CIRURGIAO 17726 IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA  
ANESTESISTA 11671 DANIELLA GOUVEIA DE MELO

**Descrição Cirúrgica :**

**Descrição**

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM MESA CIRÚRGICA
2. GARROTEAMENTO DE MIE
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
5. ACESSO LATERAL AO TORNOZELO
6. REDUÇÃO ANATOMICA DA FRATURA
7. PLACA 7 FUROS SEMI-TUBULAR E APOSIÇÃO DE 3 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMAS + 02 CORTICAIS DISTAIS.
8. VERIFICADA PINÇA ARTICULAR COM REDUÇÃO ADEQUADA
9. LIMPEZA COM SF0,9%
10. SUTURA
11. JRATIVO
12. RETIRADA DE GARROTE
13. TALA BOTA MIE
14. BOA PERFUSÃO DISTAL

ARQUIVADA  
04 ABR 2019

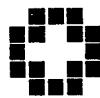
**Achados Cirúrgicos:**

**Descrição Complementar**

Ijaci Soares  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 17726  
DR(A) IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA  
CRM : 17726  
Sofiane Lyra  
Faturamento / S.A.M.E  
T3 AMV 2018

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA





# HOSPITAL **DOM HELDER CÂMARA**

**ARMAZÉM GOURADOURA**

 GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

04 ABR 2019

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Isao Marinho C do S<sup>o</sup>o Registro: 10633

Clinica: ONU Enfermaria: ONU Leito: \_\_\_\_\_





## GERÊNCIA DE ENFERMAGEM EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

### 1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: João Marcelo Carneiro Data: 05/11/18 Hora: 15:30 Registro: 110633  
Convênio: SUS Leito: — Peso: — Altura: —

da Silveira

### 2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Antônio L. Góes Anestesista: Dr. Daniela  
Auxiliar: — 2º Auxiliar: — Instrumentador: Gaelene

### 3 - LADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: TCR Fratura de Pernigolo Início: 15:30 Término: 16:50  
Anestesia: Anest + Sedacor Início: 15:30 Término: —

### 4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral:	<input type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	
Nível de Consciência:	<input type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Sonolento	<input type="checkbox"/> Coma
Respiração:	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Entubado	<input type="checkbox"/> Traqueostomizado	
Tricotomia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não		

Chegou no CC em uso de: \_\_\_\_\_

### 5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler  Lateral  Dorsal  Ventral  Ginecológica   
Banco de Sangue  Laboratório  Radiologia  Peça Cirúrgica: Sim

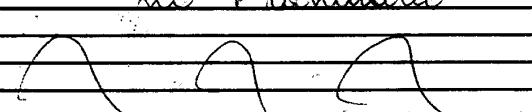
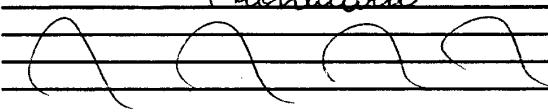
### 5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso <input checked="" type="checkbox"/>	Monitor Cardíaco <input type="checkbox"/>	PNI <input type="checkbox"/>	Bomba CEC <input type="checkbox"/>	Aspirador <input type="checkbox"/>	
Colchão Térmico <input type="checkbox"/>	Bisturi Ultrassônico <input type="checkbox"/>	Artroscópio <input type="checkbox"/>	Microscópio <input type="checkbox"/>	Capnógrafo <input type="checkbox"/>	
Bisturi Elétrico <input type="checkbox"/>	Local da Placa _____	Nº ( )			
Carro de Anestesia <input type="checkbox"/>	Diprofusor <input type="checkbox"/>				Intensificador <input type="checkbox"/>
Ap. Video <input type="checkbox"/>	Bomba de Infusão <input type="checkbox"/>	ARTIF. SEGURO DORA 04 ABR 2019			
Oxigênio <input checked="" type="checkbox"/>	Início _____ Término _____				
Protóxido <input type="checkbox"/>	Início _____ Término _____				
Gás Carbônico <input type="checkbox"/>	Início _____ Término _____				
Outros: _____					

### 5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cámla Orotraqueal: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> _____	Punção Venosa: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> _____
Sonda Vesical de Demora: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> _____	Sonda Gástrica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> _____
Drenagem (Tipo e Local): Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> _____	
Curativo (Tipo e Local): Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> _____	

### 5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: <u>Segue em anexo no Prontuário</u>	CIRURGIA: <u>Segue em anexo no Prontuário</u>
	

### 6 - OBSERVAÇÕES: Operação 15:35 ate 16:50

### 7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: <u>Acordado</u> <input checked="" type="checkbox"/>	Narcose <input type="checkbox"/>	Entubado <input type="checkbox"/>	Traqueostomizado <input type="checkbox"/>		
Encaminhado para: <u>SRPA</u> <input checked="" type="checkbox"/>	<u>S. Intensiva</u> <input type="checkbox"/>	<u>LICOR</u> <input type="checkbox"/>	<u>UTI</u> <input type="checkbox"/>	<u>Aptº</u> <input type="checkbox"/>	<u>Residência</u> <input type="checkbox"/>

Data: 05.11.18 Hora: 14:15 Enfermeira: Danielle Circulante: Gisele Kelly





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodaç

05/11/18 ENI

Paciente

J. R. MARCELO CARNEIRO DA SILVA

110633

Sexo

M

Cor

Idade

34

Risco

F

CRM

Nome do Anestesista

51571

Nome do Cirurgião

DR. NELSON G. DE MELLO

Nome do Cirurgião

DR. SACURU

Medicação Pré-anestésica

Urgência

NÃO

SIM

Cirurgia

TTO CIR. FRAT. TORNOCERNO ESR

Horário

10:00h

14:00h

N.O

5/1

1/4/

Liquidos

500ml

500ml

ETCO<sub>2</sub>

100 99 98 99 100 100

ECG

RS RS RS RS RS RS

240

220

200

180

160

140

120

100

80

60

40

20

0

Anotações

Drogas Usadas

Quantid

Neoc. pes

1,7

Dimeorf

0,1

Levazolana

2g

Dipirona

2g

Etorprofeno

60

Diazepam 5

ARIANA SCAURADORA

04 ABR 2019

Técnica Anestésica

Próximamente  
d-ly puncão  
unica LER  
figiolo gico  
Ag. 25 desc.

Monitorização

BIS

Cardioscópio

Temperatura

Oxímetro

Swan-Ganz

PNI

Analisador Gases

Sonda Vesical

PVC

Capnógrafo

Estimulador de Nervo

Estet. Pré-Cordial

Linha Arterial

Outros

Volemia IBP Plus

Encaminhado

Acordado

Sonoento

Intubado

Destino

SRPA

Apart/Enf.

UTI

Externo

Intercorrência:  NÃO  SIM

Descrever:

Observações:

Dra. Daniella Melo  
Anestesiologista  
CRM 1671

*Dra. Daniela Melo  
Anestesiologista  
CRM 1671*  
13 NOV 2018

## HOSPITAL DOM HELDER CAMARA



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

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

### CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

#### FUND. MARTINIANO FERNANDES

Registro: 110633 Atendimento: 465722 Dt. Cad: 04/11/2018  
Nome: JOAO MARCELO CARNEIRO DA SILVA Dt. Nasc: 21/10/1984  
Mãe: ROSAN MARIA DA SILVA Bairro: CAVALEIRC  
End.: RUA EUCLIDES MACENA PEREIRA Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES  
Enferm.: LEITO 04 Leito: 560 CNS: 898002911662891

#### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- Confirmação sobre o paciente  
 • Identificação do paciente  
 • Local da cirurgia a ser feita  
 • Procedimento a ser realizado  
 • Consentimento informado realizado
- Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica  
 Checagem do equipamento anestésico  
 Oxímetro de pulso instalado e funcionando
- O paciente tem alguma alergia?  
 Não  
 Sim \_\_\_\_\_

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?  
 Não  
 Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?  
 Não  
 Sim e há equipamento disponível

#### ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

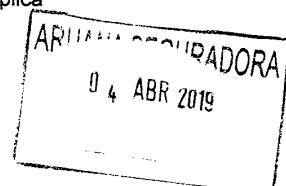
- Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões  
 O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam  
 • Identificação do paciente  
 • Local da cirurgia a ser feita  
 • Procedimento a ser realizado

O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?

- Sim  
 Não se aplica

Exames de imagem estão disponíveis?

- Sim  
 Não se aplica



- Antecipação de eventos críticos:**  
 Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?  
 Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?  
 Revisão do anestesista: Há alguma preocupação em relação ao paciente?  
 Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico?

#### ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA CIRÚRGICA

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

- Nome do procedimento realizado *TTO Cirurg - Frat TNZ*
- A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)
- Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *WW*
- Houve algum problema com equipamentos que devem ser resolvido *Não*
- O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória desse paciente

*[Handwritten signature]*  
 Enfermeira  
 CORE/PE 000490-97





HOSPITAL  
**DOM HELDER CÂMARA**



## **IDENTIFICAÇÃO INSTRUMENTAL**

## 1. Identificação

Nome: João Marcelo Carmim de Siqueira Data: 05/11/18 Registro: 110633  
Convenio: SUS Leito: \_\_\_\_\_ Hora: 14:53

## 2. Equipe médica:

Cirurgião: Dr. Antônio L. Faciel 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesista: Dr. Daniela Instrumentador: Faciel  
Circulante: Glácia Kelli

INSTRUMENTAL	VALIDADE	INDICADOR
Lap Capote Aletaria 10cm II	blue → black MSS 27.10.18 01 ↑ [STEAM] ↓	MOTOR BROCA SN FUNDACAO PROFESSOR MARTINIANO FERNA CME
Furto de F900 et. 3,0. B. mm 55 motor	27.01.192955 FDH blue → black FGF ↑ [STEAM] ↓	LOTE:281921 PLASMA EST:03/11/2018 VAL:03/11/2019 003825950 LAIS PASCHOAL COREN/PE 541.126 WWW.FMRAESTER.COM.BR
Aletaria 15 cm II Faxe Smach II	27.11.18 02 blue → black S 01.12.183306 FDH blue → black CLF ↑ [STEAM] ↓	ADH blue → black VCO 2.11.18 02 ↑ [STEAM] ↓
	11.11.183323 31.10.18 01 blue → black S 01.11.18 04 FDH blue → black CLF ↑ [STEAM] ↓	01.01.183017 FDH blue → black ERA ↑ [STEAM] ↓
	11.11.183377 29.08.18 01 blue → black S 29.11.182864 FDH blue → black LN ↑ [STEAM] ↓	04.12.11.18 02 FDH blue → black SE ↑ [STEAM] ↓
	11.11.18 02 03.01.193373 FDH blue → black S 04.11.18 02 ↑ [STEAM] ↓	1933.3 11.11.183378



## SINISTRO 3190260136 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOAO MARCELO CARNEIRO DA SILVA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** ARUANA

**SEGURADORA S/A**

**BENEFICIÁRIO** JOAO MARCELO CARNEIRO DA SILVA

**CPF/CNPJ:** 71095274414

### Posição em 23-04-2019 10:21:15

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**

15/04/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------