

**PROCURAÇÃO**

**PARTE OUTORGANTE:**

Nome: João Marcelo Carneiro da Silva  
brasileiro (a), estado civil: solteiro, profissão: Médico,  
RG nº 4.051.208 SDS/PE, CPF/MF nº 710.952.744-14, com  
endereço residencial na R. Foneja Alves Damoscena, 91  
Dois Carreiros - 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 judícia” e “ad judícia 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.

João Marcelo Carneiro da Silva  
outorgante



**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

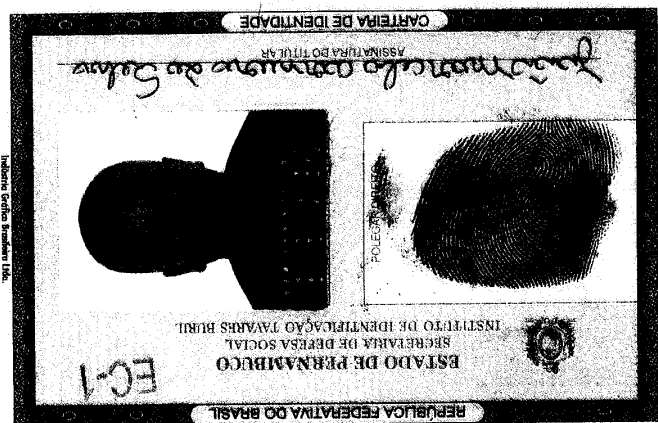
Eu, João Marcelo Carneiro da Silva,  
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 7.051.208.565/PE,  
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 710.952.744-14, residente  
na R. Poço da Alva Parnassiana, 91, Dois Carnei-  
ros Jaboatão dos Guararapes - PE.  
Cep. 54000-000

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

João Marcelo Carneiro da Silva  
Declarante





ARQUIVADO  
04 ABR 2019



119741201103090911.8554541  
F-05 13.255 - 4221

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83  
ASSINATURA DO DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL  
PAULO A. FERREIRO L. CAVALHEIRO

710.952.744-14  
CPF

JABOATÃO DOS GUARARAPES PE 30.11.1984 >>  
>> CN29344 L2SA F148 CART. CAVALHEIRO  
DOC. ORIGEM

GUARARAPES - PE  
NATURALIDADE

21/10/1984  
DATA DE NASCIMENTO

>> ROSAN MARIA LIMA DA SILVA >>  
>> JOAQUIM CARNEIRO DA SILVA >>  
FILIAÇÃO

>> JOÃO MARCELO CARNEIRO DA SILVA >>  
NOME

7.051.208  
REGISTRO GERAL

11/03/2019  
DATA DE EXPEDIÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Indante Gráfico Brasileiro Ltda.

ARQUIVADO  
04 ABR 2019





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA JORN COSTA PORTO - NUM. - S/N - IBURA R  
CELE PL 51340 226

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 67292944		Fev/2019	
RÔMÂN MARIA LIMA DA SILVA					
R JOSEFA ALVES DAMOSCENA, N. 00091 - - DOIS CARNEIROS JABOATA					
O DOS GUARARAPES, PE 54000-000					
INSCRIÇÃO: 733.580.650.0964.000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMÁTICO: 067292944					
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA	
HIDRÔMETRO A12U168294	DATA LEIT. ANTERIOR 12/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 14/03/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD		
ÁGUA:					
1111 ANI: 14 CONSUMO: 1					
1111 AIB: 44					
1111 IAI: 44 HD PARADO					
HISTÓRICO DE CONSUMO					
REFERÊNCIA CONSUMO		NÚMERO DE AMOSTRAS			
		PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
01/2019	01	TURBIDEZ	70	71	71
12/2018	01	COR APARENTE	70	71	61
11/2018	01	CLORO RESIDUAL	70	71	71
10/2018	01	COLIF. TOTAIS	70	71	67
09/2018	01	COLIF.	70	71	68
08/2018	01				
MÉDIA:	01	Qualidade de Água: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS					
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO					
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA					
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES					
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA					
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)		
ÁGUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)					
CONSUMO DE ÁGUA		1 M3	41,30		
OS ABR/12					
R\$ 41,30					
41,30					
Tributos					
BASE DE CÁLCULO		PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO		
PIS		41,30	1,65	0,68	
COFINS		41,30	7,60	3,14	

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

INFORMAÇÃO

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

ARQUIVADA  
04 ABR 2019





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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2141000184**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados)** 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 (VÍTIMA)**

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

**VEÍCULO:** (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: MECÂNICO Telefones Celulares: - 988668359**

**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 (VEÍCULO)** 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 HOUE 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

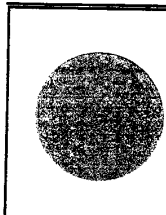


# HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

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:

URGENTE AMARELO

Cor:

AMARELO

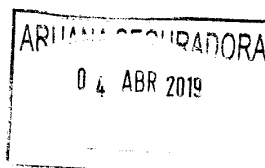
Queixa Principal:

PACIENTE PROVENIENTE DA UPB DO IBURA, COM SENHA 5549171, COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA. ESTAVA DE CAPACETE, NEGA BATER COM A CABEÇA, NEGA VÔMITOS E DESMAIOS. POSSÍVEL FRATURURA DE FIBULA. AO EXAME FÍSICO: 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



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







# HOSPITAL METROPOLITANO DOM HELDER CAMARÁ



Atendimento: 465719

Senha da Classificação: [REDACTED]

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: 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: \_\_\_\_\_

### Queixa Principal

Acidente de moto ciclística. Fratura  
do fêmur do lado esquerdo.

### Exame Físico

Exame físico normal.

ARTIGO SECURADORA

04 ABR 2019

### Diagnóstico

Fratura do fêmur do lado esquerdo.

### Conduta Terapêutica

Internamento.

### Prescrição Médica

[REDACTED]

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIDADE: [REDACTED]  
LEITO DO PACIENTE: [REDACTED]



Exame Físico: \_\_\_\_\_

*Não em tornozelo DNR*

Antecedentes Pessoais: \_\_\_\_\_

*N/DN*

Medicações em Uso \_\_\_\_\_

*Não*

Antecedentes Familiares: \_\_\_\_\_

*N/DN*

Hipótese Diagnóstica Principal: \_\_\_\_\_

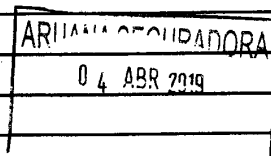
*fratura de tornozelo Esg*

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

\_\_\_\_\_

Plano Terapêutico: \_\_\_\_\_

*Aguardar cirurgia*



Cabo de Santo Agostinho, 09.11.18

Dr. Saul Martins  
Traumatologia  
CRM-PE 22419

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



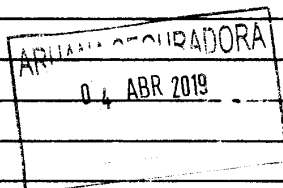
## HISTÓRIA CLÍNICA

### Identificação

Nome: João Marcos Gomes da Silva Registro: \_\_\_\_\_ Nº Atendimento: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cor: \_\_\_\_\_ Acompanhante: ( ) Sim - ( ) Não  
Clínica: Ortopedia Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Ocupação: \_\_\_\_\_

Queixa Principal e Duração: Acidente de moto com fratura de fêmur DNR

História da Doença Atual: Fratura de fêmur DNR



Interrogatório Sintomatológica: NEN



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

PE

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, anestésias, 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: Liberação

Diagnóstico: Fratura de fêmur

Procedimento: Placa e parafusos

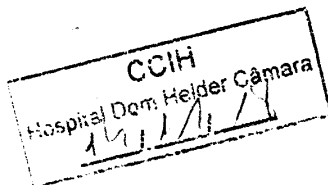
Alta em: 04/11/2018

Hora: 14:36

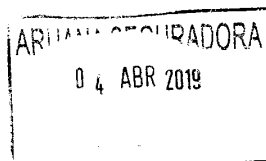
Médico e C.R.M.: Ijaciél Soares de Oliveira Araújo

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

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



Hospital Dom Helder Câmara  
Solange Lyra  
Faturamento / SAME  
13 NOV. 2018



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. JABOATÃO 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:**

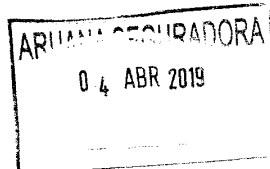
**- Dor - Trauma**

**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**





**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:

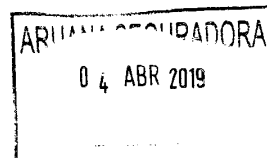
RX COM FRATURA DE MALEOLO LATERAL ESQUERDO

### Conduta:

TRANSFERENCIA + TALA BOTA + ANALGESIA

### HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S900 - Contusão do tornozelo





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



 <b>HOSPITAL DOM HELDER CÂMARA</b>		<b>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE</b> <b>BLOCO CIRÚRGICO</b>		 <b>GESTÃO IMIP HOSPITALAR</b>
Nome: <u>João Marcelo Carmine</u>		Registro: <u>110633</u>	Leito: _____	
Procedimento Cirúrgico: <u>Tto. cirúrg. Fract. FVZ (E)</u>		Data: <u>05-33-18</u>	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			
2. Ventilação prejudicada ( )	<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			
3. Padrão de eliminação urinária ( ) Diminuído ( ) Aumentado	<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			
4. Dor ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderada ( ) Severa	<input type="checkbox"/> Verificar qual posição adequada do paciente no pós anestésico		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>ARQUIVADA</b>  <b>04 ABR 2019</b> </div>	
	<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			
5. Integridade tissular prejudicada ( <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> Descrever características da lesão			
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo de <u>24/24h</u>			
	<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 <u>24h</u>			
6. Sangramento ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Local: _____ ( ) Leve ( ) Moderado ( ) Severo	<input type="checkbox"/> Aferir pressão arterial de ___/___h			
	<input type="checkbox"/> Manter decúbito: _____			
	<input checked="" type="checkbox"/> Realizar curativo compressivo			
	<input type="checkbox"/> Outros			
7. Imobilidade no leito prejudicada ( )	<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:			



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: JABOATAO DOS GUARARAPE 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: \_\_\_\_\_

#### Queixa Principal

*Acidente moto ciclística no asfalto*

#### Exame Físico

*Coluna e dor*

#### tese Diagnóstico

*fratura da fibula esquerda*

#### Conduta Terapêutica

*Internamento*

#### Prescrição Médica

Carimbo/Médico

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

ARIMA SEGURODORA

04 ABR 2019



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: João Marcos da Silva Registro: \_\_\_\_\_

Clinica: Neoplasia Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
04/11/18 15:00h	<p>Realização de testes procurando de TME King. Solicitado exames Deposito Linfe.</p> <p>Dr. Paul Martins Traumato-Ortopedia CRM-PE 21.425-7201; 15.997</p>
04/11/18	<p># Serviço Social #</p> <p>Realização visita ao leito para entrevista social e orientações quanto normas e rotinas do hospital, direito do usuário do SUS, rede de saúde, previdência social e regime OPVAT. Paciente afirma ser assistido por rede básica de saúde. Sensibilização quanto doação de sangue.</p> <p>JH - Hospital Dom Helder Câmara Solange Lyra Faturamento / SAME.</p> <p>MDH - Hospital Dom Helder Câmara Larissa Maria Barros da Silva Assistente Social CRESS/PE 10412</p>
5/11/18 16:00	<p># Enfermagem #</p> <p>Paciente com fratura de fêmur tratado com fixação interna. Apresenta presença de dor e BOM, limpo, corado, com sem. Vassalhas presentes Resposta 11</p>

ARITMÉTICA DE CUADRADORA

04 ABR 2019

Dr. Luciano L. Cunha Jr.  
Médico  
CRM/PE 25.608



Aviso de Cirurgia : 38572      Sala : 0005      SALA 05  
Paciente : 110633      JOAO MARCELO CARNEIRO DA SILVA      Atendimento : 465722  
Convênio Atend. : 1      SUS - INTERNACAO      Carteira :  
Leito : 560      LEITO 04      Idade : 34 Anos  
Dt. Início : 05/11/2018 16:01      Dt. Fim : 05/11/2018 17:01  
Cid Pré-Operatório :  
Cid Pós-Operatório :

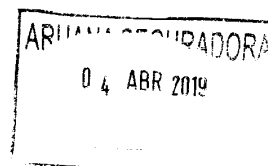
Procedimento: 0408050497      TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LL DO TORNOZELO (PRINCIPAL)  
Convênio: 001      SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 86      RAQUI ANESTESIA + SEDACAO

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 PROXIMAIS + 02 CORTICAIS DISTAIS.
8. VERIFICADA PINÇA ARTICULAR COM REDUÇÃO ADEQUADA
9. LIMPEZA COM SF0,9%
10. SUTURA
11. CURATIVO
12. RETIRADA DE GARROTE
13. TALA BOTA MIE
14. BOA PERFUSÃO DISTAL



**Achados Cirúrgicos:**

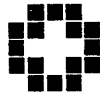
**Descrição Complementar**

DR(A) : IJACIEL SOARES DE OLIVEIRA  
CRM : 17726

Ijaciél Soares  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 17726

Suzyr Lyra  
Faturamento / SAME  
19/11/2018

HOSPITAL METROPOLITANO SUL - DOM HELDER CAMARA



**HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA**



GESTÃO  
**IMIP**  
HOSPITALAR

ARIZONA SECURADORA

04 ABR 2019

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: João Marcelo C do Rê Registro: 110633

Clínica: OUTO Enfermaria: OUTO Leito: \_\_\_\_\_

Data/Hora	
6/11/17	Homenagem
	Ponte real do império de Portugal
	Sí guas Po gene cal alfo do Artyr
	Dra. S. de Almeida Araújo CRP-PE/08-13 CRM-PB 10267



GERÊNCIA DE ENFERMAGEM  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Nome: João Marcelo Carneiro da Silva Data: 05.11.18 Hora: 15:30 Registro: 110633  
Convênio: 503 Leito: \_\_\_\_\_ Pes: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

2 - EQUIPE MÉDICA:

Cirurgião: Dr. Antônio / Jaciel Anestesiologista: Dr. Daniela  
Auxiliar: \_\_\_\_\_ 2º Auxiliar: \_\_\_\_\_ Instrumentador: Jacilene

3 - DADOS DA CIRURGIA:

Cirurgia: PPA - Fratura de Vomer Início: 15:55 Término: 16:50  
Anestesia: Ralví + Sedação Início: 15:30 Término: \_\_\_\_\_

4 - PRÉ-OPERATÓRIO:

Estado Geral: ( ) Bom (x) Regular ( ) Grave  
Nível de Consciência: (x) Orientado (x) Consciente ( ) Sonolento ( ) Coma  
Respiração: (x) Espontânea ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado  
Tricotomia: (x) Sim (x) Não  
Chegou no CC em uso de: \_\_\_\_\_

5 - TRANS-OPERATÓRIO:

Posição: Fowler ( ) Lateral ( ) Dorsal (x) Ventral ( ) Ginecológica ( )  
Banco de Sangue ( ) Laboratório ( ) Radiologia ( ) Peça Cirúrgica: Sim ( ) \_\_\_\_\_

5.1 - EQUIPAMENTOS:

Oxímetro de Pulso (x) Monitor Cardíaco (x) PNI (x) Bomba CEC Aspirador ( )  
Colchão Térmico ( ) Bisturi Ultrasônico ( ) Artroscópio ( ) Microscópio Capnógrafo ( )  
Bisturi Elétrico ( ) Local da Placa \_\_\_\_\_  
Carro de Anestesia ( ) Diprofusor ( ) Intensificador ( )  
Ap. Vídeo ( ) Bomba de Infusão ( )  
Oxigênio (x) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Protóxido ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Gás Carbônico ( ) Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
Outros: \_\_\_\_\_

ARTIMA SEGURADORA  
04 ABR 2019

5.1 - PROCEDIMENTOS:

Cânula Orotraqueal: Sim ( ) Não (x) Punção Venosa: Sim ( ) Não (x)  
Sonda Vesical de Demora: Sim ( ) Não (x) Sonda Gástrica: Sim ( ) Não (x)  
Drenagem (Tipo e Local): Sim ( ) Não (x)  
Curativo (Tipo e Local): Sim ( ) Não (x)

5.2 - MEDICAÇÕES E MATERIAIS USADOS:

ANESTESIA: Segue em anexo no prontuário CIRURGIA: Segue em anexo no prontuário

6 - OBSERVAÇÕES: Parte 15:55 até 16:50

7 - PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Paciente: Acordado (x) Narcose ( ) Entubado ( ) Traqueostomizado ( )  
Encaminhado para: SRPA (x) S. Intensiva ( ) LICOR ( ) UTI ( ) Aptº ( ) Residência ( )

Data: 05.11.18 Hora: 17:15 Enfermeira: Daniela Circulante: Gláucia Kelli





HOSPITAL  
DOM HELDER CÂMARA



GESTÃO  
IMIP  
HOSPITALAR

# FICHA DE ANESTESIA

Data

Acomodaç

05/11/18

PM

Paciente

ROA MARCELO CARNEIRO DA SILVA

110633

Sexo

M

Cor

Idade

34

Risco

F

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

51671

DANIELA G. DE MENEZES

S. SACRISTAN

Medicação Pré-anestésica

Urgência

☒ NÃO

☐ SIM

Cirurgia

TTT CIR. FRAT. TORNOZELO ESQ

Horário

10:30h

N<sub>2</sub>O

Líquidos

5F / 1000ml  
1000ml / 1000ml

ETCO<sub>2</sub>

ECG

RS RS RS RS RS RS RS

Anotações

ETCO<sub>2</sub> 35

ETCO<sub>2</sub> 35

Drogas Usadas

Quantid

Neoc. pes

17

Dinorfe

0,1

Cefazolina

2g

Dipirona

2g

Eupropik

1g

Dorivene

ARRAIA CIRURGICA

04 ABR 2019

Técnica Anestésica

Raquianestesia  
2-4 pontos  
única LER  
fisiológico  
Ag. 25 desc.

Monitorização

- ☒ Cardioscópio
- ☒ Oxímetro
- ☒ PNI
- ☐ Sonda Vesical
- ☐ Capnógrafo
- ☐ Estet. Pré-Cordial
- ☐ Outros

☐ BIS

- ☐ Temperatura
- ☐ Swan-Ganz
- ☐ Analisador Gases
- ☐ PVC
- ☐ Estimulador de Nervo
- ☐ Linha Arterial
- ☐ Volemia IBP Plus

Encaminhado

- ☒ Acordado
- ☐ Sonoletivo
- ☐ Intubado
- Destino**
- ☒ SRPA
- ☐ Apart/Enf.
- ☐ UTI
- ☐ Externo

Intercorrência:

☐ NÃO ☐ SIM

Descrever:

Observações:

Dra. Daniela Melo  
Anestesiologista  
CRM 11671

Hospital Dom Helder Câmara  
Dra. Lyra  
13 NOV 2018





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: JABOATÃO 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

Há risco de via aérea difícil / broncoaspiração?

- ☐ Não  
☐ Sim e há equipamento disponível

- ☒ Sítio cirúrgico do lado correto / ou não se aplica  
☒ Checagem do equipamento anestésico  
☐ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

Há risco de perda sanguínea > 500ml (7mL/kg em crianças)?

- ☐ Não  
☐ Sim e há equipamento disponível

O paciente tem alguma alergia?

- ☐ Não  
☐ Sim \_\_\_\_\_

#### 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?

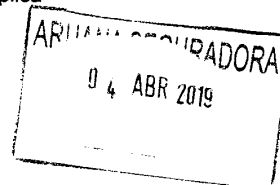
- ☐ Sim  
☐ Não se aplica

- ☒ Antecipação de eventos críticos:  
Revisão do cirurgião: Há passos críticos na cirurgia?  
Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?

Exames de imagem estão disponíveis?

- ☐ Sim  
☐ Não se aplica

- ☒ 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 - Fract TUB*  
☐ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta(ou não se aplica)  
☐ Biópsias estão identificadas com o nome do paciente *Não*  
☐ 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

*[Assinatura]*  
Enfermeira  
CREFEN-PE 000490-97





## 1. Identificação

Nome: João Marcelo Carmo de Silva Data: 05/11/18 Registro: 110633  
Convênio: SUS Leito: - Hora: 14:53

Cirurgião: Dr. Antonio / Jaciel 1º auxiliar: —  
Anestesista: Dr. Daniela Instrumentador: Jacielme  
Circulante: Gláucia Sella

[illegible]

**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

