

F: 988966562

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: NERIVALDO JOSÉ ROSA RAMOS
brasileiro, CASADO, portador da Cédula de
Identidade sob o nº 2360 252, inscrito no CPF/MF sob o
nº 402022244-49, residente e domiciliado na Rua
RUA JOSÉ DE ARKURD, 2ª TRAV. - VILA DA FABRICA - CAMAGUAPE - CEP

OUTORGADO: **RODRIGO ALVES DIAS**, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE
23.351, **JAIME MARÇAL DANTAS FILHO**, brasileiro, casado, Advogado,
devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947 todos com endereço
profissional na Rua Helena de Lemos, n. 330, Sala 102, Recife - PE, CEP 50750-
630 e o Acadêmico em Direito e **EDUARDO PORTO DANTAS**, brasileiro, solteiro,
de RG 6.260894 SDS/PE e CPF/MF 111.509.564-10.

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

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

Recife, ____ de ____ de 201 ____.

nerivaldo
AUTOR(A)





50

GETÚLIO VARGAS

AUTORIZAÇÃO ACESSO
EMERGÊNCIA

Paciente

Nivaldo José Rosa

Data

16.04.8

das

18:30 às 18:23 hs

ASSISTENTE SOCIAL
Leticia Pereira da Silva
CRESS 6675
4ª Região - PE



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

CARTÃO DE CONSULTA

27449

Preletário



27449

CNS: 200426197980001

Paciente: NERIVALDO JOSE ROSA RAMOS

Nascto: 19/04/1964 Sexo: MASCULINO Fone: (81) 9489-9734

Mae: TEREZINHA ARAUJO RAMOS

End: TRAVESSA BEIRA RIO Nº: 96 Compl:

Bairro: VILA DA FABRICA Cidade: CAMARAGIBE

UF: PE

CEP: 54750033 Dt. Cadastro: 23/10/2012 Hs. 19:05 Usuário: DBAW

ACESSO PRO 18/04/2018 Dt. Impressão: 17/04/2018 14:48

ATENÇÃO

Todas as informações contidas neste cartão deverão
ser legíveis, e de uso exclusivo dos funcionários do
Setor de Marcação e ou profissionais autorizados.

Av. Gal. San Martin s/n - Cordeiro
Recife - PE - CEP: 50.630-060
Fone: OXX.81.3184.5600

R 1001.V.01.2013



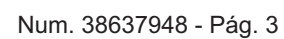
9 84 98 - 22 53 -



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 03/12/2018 15:23:54

<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18120315235476000000038085133>

Número do documento: 18120315235476000000038085133

[illegible]

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, NERIVALDO JOSÉ ROSA RAMOS
brasileiro, CASADO, com RG 2.360.252
CPF/MF 402.022.244-49, residente e domiciliado à
na RUA JOSÉ DE ARRUDA, S/N - 2º TRAV. VILA DA FABRICA
CANAAGUÍBÉ CEP , declaro sob as penas da lei que não
tenho condições de arcar com custas processuais, bem como quaisquer
custos adicionais sem prejuízo do meu sustento e de minha família, para tanto
requeiro os benefícios da assistência judiciária Gratuita nos termos da lei
1.060/1950.

Recife, ____ de ____ de ____

x nerivaldo

RG. _____



453601
0232947/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127002631**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/04/2018** às **09:59**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/4/2018** no período da **Manhã**

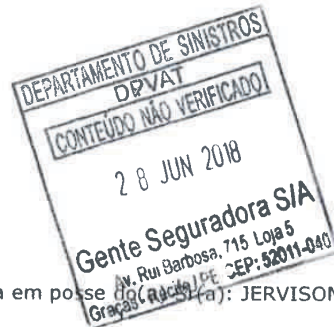
Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PEIXINHOS (BAIRRO), 1, AV PRESIDENTE KENNEDY -**
Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JERVISON DA SILVA ROCHA (AUTOR \ AGENTE)
NERIVALDO ROSA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

NERIVALDO ROSA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZINHA ARAUJO RAMOS Data de Nascimento: **9/4/1964** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA JOSE DE ARRUDA, 96 - CEP: 55000-000 - Bairro: VILA DA FABRICA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

JERVISON DA SILVA ROCHA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JERVISON DA SILVA ROCHA**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/HYUNDAI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

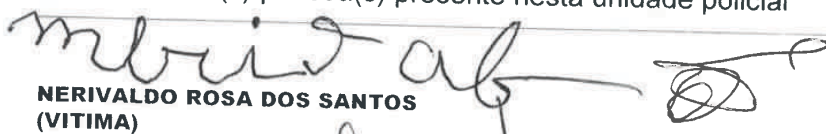
Placa: **KMD7193 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

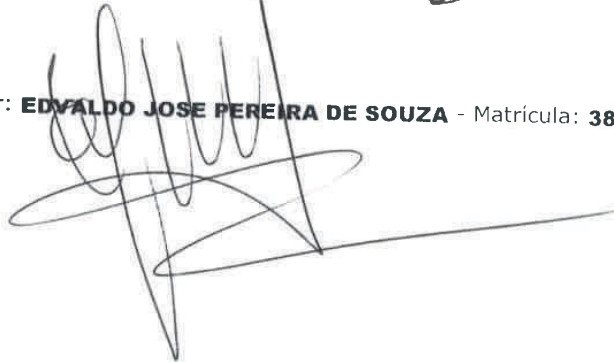
INFORMA QUE AO TENTAR ATRAVESSAR A VIA FOI ATROPELADO PELO VEICULO CITADO SENDO OSOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIRO AO HGV CONFORME ATENDIMENTO 568769, DATADO DE 06/04/2018, E DOCUMENTAÇÃO ANEXA.

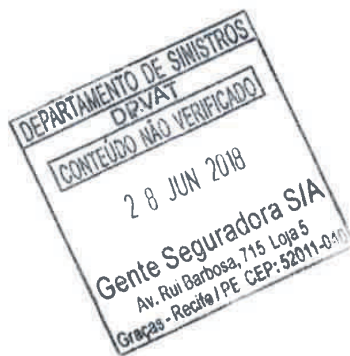


Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial


NERIVALDO ROSA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **EDVALDO JOSE PEREIRA DE SOUZA** - Matrícula: **3811085**







AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1367 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 00000-
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20160375224559

Escritório: CAMARAGIBE

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

SABOR DO CLIENTE

DULCINEIDE MARIA DA SILVA

R JOSE DE ARRUDA, N. 96 - VILA DA FABRICA - VILA DA FABRICA CAMARAGIBE PE 54759-165

INSCRIÇÃO: 766.280.680.0553.000

GRUPO: 6

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 07522455.9

RESPONSÁVEL

HENRIQUE DA SILVA

NÚMERO

07522455.9

03/2018-8

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	TIPO DE CONSUMIDOR
LIGADO	POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL
RESIDENCIAL	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	MEDIA HD /
A10B040775	01/02/2018	31/03/2018	
ÁGUA	CONSUMO: 17	ESGOTO	VOLUME: 0
LEIT. ANT.: 766	RECOR ANORM HD RET/NLOCAL	LEIT. ANT.:	
LEIT. ATUAL: 783	ANORMALIDADE DE LEITURA	LEIT. ATUAL:	
LEIT. FAT.: 783		LEIT. FAT.:	
HISTÓRICO DE CONSUMO	PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS	
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES
02/2018 17/		MS 2.914/11	REALIZADAS
01/2018 17/	TURBIDEZ	10	83
12/2017 17/	COR APARENTE	10	83
11/2017 17/	CLORO RESIDUAL	106	84
10/2017 17/	COLIFORMES TOTAIS	106	84
09/2017 17/	E.Coli	106	84
MEDIA 17/ 0	OBSERVAÇÕES:		
	(1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.		
	(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES 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 E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 37,25 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,27 POR M3

MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2018

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

10 M3	37,25
7 M3	29,89
	1,21

TARIFAS	BASE DE CÁLCULO	TAR. FIXA (R\$)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	67,14	1,65	1,11
COFINS	67,14	7,60	5,10

VENCIMENTO: 25/03/2018

TOTAL A PAGAR: 68,35

EM 31/12/2017, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO COM A COMPESA. CASO JA O TENHA PAGO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 24/02/2018



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Laje 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

07522455.9

03/2018-8

VENCIMENTO: 25/03/2018

TOTAL A PAGAR: 68,35

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82840000000-9 68350018766-6 07522455901-1 03201680003-4



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 03/12/2018 15:23:54

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1812031523547600000038085133

Número do documento: 1812031523547600000038085133



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

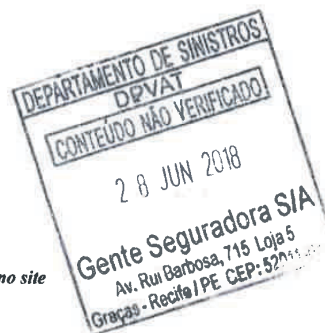
CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000683 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). NERIVALDO JOSE ROSA RAMOS , 54 anos, BRASILEIRO (a), SOLTEIRO(a), RG nº 2360252 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 402.022.244-49, residente à RUA JOSE DE ARRUDA, SEGUNDA TRAVESSA BEIRA RIO , nº , , VILA DA FABRICA , CAMARAGIBE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 16/04/2018, por volta das 08:28 hs, no endereço: ESTRADA DE AGUAZINHA , 473, AGUAZINHA OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo CAMINHONETE BRANCA KMD7193-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) NERIVALDO JOSE ROSA RAMOS , inscrito sob o CPF nº 402.022.244-49 e Registro Geral ° 2360252, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 707259-7 MICHELE. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 27449. Ficou aos cuidados do médico SAMANTHA AZEVEDO, registro 23884. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 22/05/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000683

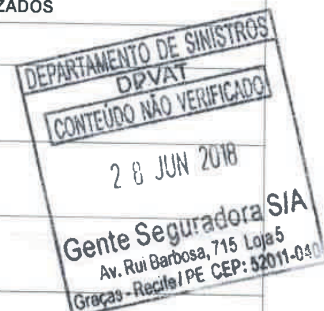


Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Nerivaldo José Rosa Ramos			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 24	Nº DO REGISTRO: 27449	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura Exposta V Metatarsiano Direito				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: Tratamento Cirúrgico (Limpeza cirúrgica + debridamento)				
DATA DA INTERNAÇÃO: 16/04/18	DATA DA ALTA: 17/04/2018		DIAS DE INTERNAÇÃO: 01	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID S92.9	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	Dr Andre Telles		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	Dr Fabio Leal		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente com fratura exposta em pé direito, submetido a limpeza + sutura.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA				
ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + Nimesulida				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA				
BEG, orientado, corado, eupneico. com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA		ÓBITO		
CURADO ____ MELHORADO <u>X</u> TRANSFERÊNCIA ____		IML ____ SVO ____ BO: ____		
OUTROS:				
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO				
Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de Traumatologia				
DATA: 17/04/18				



Rodrigo de Araújo Silva
Ortopedia e Traumatologia
TEODR 1406
CREMEPE 17439
Médico Responsável



Atendimento: 568769

Pedido: 
280070

Data Pedido: 16/04/2018

Controle: 11806

Paciente: 27449 NERIVALDO JOSE ROSA RAMOS

Nascimento: 19/04/1964 (53a 11m 28d)

Leito.: Unid. Intern:

Medico Solicitante: 99999 PLANTONISTA HGV

Setor Solicitante: UNIDADE DE EMERGENCIA

Setor Executante: TOMOG/MG SERVICOS DE IMG RADIO

Local: SALA DE EXAME

Sexo: MASCULINO

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações: PE DIREITO.

Medico Executante: 0 - Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	Entrega
495809	 790C1	283	TOMOGRAFIA SEGMENTOS APENDICULARES SEM CONTRASTE	26/04/2018



023 2947/18



HOSPITAL GERAL DE JABOATÃO
JULIO VARGAS
CLINICA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: NERIVALDO

Data Nas:

CPF:

Endereço:

Bairro:

CEP: 541

Nome da Mãe:

Acompanha:

Nome do Conjugado:

Local de Procedimento: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: PAC VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO REFERE ATROPELAMENTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 16/04/2018 HORA: 09:48 h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Paciente vítima de atropelamento há 2h. Relato que o carro passou por cima do pé direito. Nega perda de consciência.

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: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: mQueimadura: 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.: C°

REG, AAA, corado, hidratado, supleno, normo-ventilado

B: Respiratório

MV ⊕ em AHT, VIRA

C: Circulatório

PA: x mmm Pulso: bpm:

PCR em 2T, BCNF VIRA

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

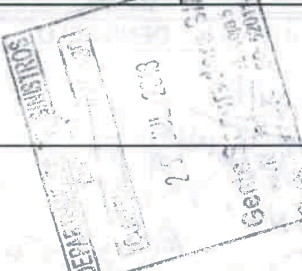
Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Escore: Hora:

Escore: Hora:

ECG : 15



Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 16/04/2018 09:40

Nome Paciente: NERIVALDO JOSE ROSA RAMOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 19/04/1964
Sexo: Masculino
Idade: 53
Senha: E0011
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 16/04/2018 09:41 - 16/04/2018 09:42

REGINA CELIA DOS SANTOS - COREN: 57570 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

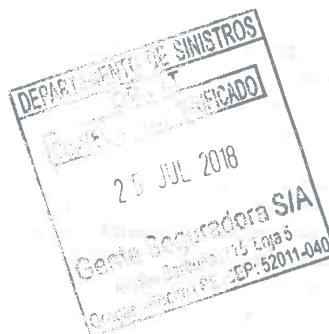
Queixa Principal: VITIMA DE ATROPELAMENTO 2H , NEGA DESMAIO E VOMITOS . TRAUMA MID .

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 7
- FREQUENCIA CARDIACA: 90.00 BPM (RÍTMICO)
- TEMPERATURA: 36.00 °C



Acolhido(a) por: REGINA CELIA DOS SANTOS - COREN: 57570 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 16/04/2018 09:42





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA

NOME: _____

Nº DO REGISTRO: _____

SETOR: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____/____/____

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐ IDADE > OU IGUAL 85 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO
MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☒ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☒ SIM
☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO): _____

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade de solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranqüilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN: _____

Avenida General San Martín s/n - Dordóro
Recife/PE - CEP 50.630-060
Fone: 0XX 51 31846800

HGV, 1028.V.1.2013.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: NERIVALDO JOSE ROSA RAMOS REGISTRO: 27449

Data da operação: 16/04/2018

Operador: Dr. ANDRE TELES

1º auxiliar: DR FABIO LEAL (MR1)

Anestesista: PLANTONISTA

DIAGNÓSTICO: FERIMENTO CONTUSO EM PÉ DIREITO.

TIPO DE CIRURGIA: LMC+ DESBRIDAMENTO + SUTURA DE PELE

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local
- 2) Assepsia + Antissepsia
- 3) Aposição dos campos cirúrgicos
- 4) Relizada ampliação dos ferimentos e desbridamento dos bordos da lesão
- 5) Irrigação exaustiva com SF 0,9%
- 6) Aproximação dos bordos do ferimento com Nylon 3-0
- 7) Curativo estéril
- 8) Aposição de tala bota.
- 9) Observada boa perfusao distal ao final do procedimento



Dr. Rhaonny R.G. Araújo
MÉDICO
CREMEPE 26556





Getulio Vargas



NOME:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA – EXCLUSIVO PARA SALA DE RECUPERAÇÃO

REGISTRO:

SECTOR DE INTERNAÇÃO

AUTORIZADO ACOMPANHANTE

SEX: ☐ M ☐ F

MEDICAMENTOS / CUIDADOS[illegible]

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

HGV 1001 V 1 2013

Avenida General San Martín s/n - Cordoba

Recipe/PF -- CEP 50 630-060 - Fone: 0XX.81.31845600

CNPJ: 10.572.048/0005-51



Assinado eletronicamente por: JAIME MARCAL DANTAS FILHO - 03/12/2018 15:23:54

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1812031523547600000038085133>

Número do documento: 1812031523547600000038085133

Num. 38637948 - Pág. 16

SINISTRO 3180297966 - Resultado de consulta por
beneficiário

VÍTIMA NERIVALDO JOSE ROSA RAMOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO NERIVALDO JOSE ROSA RAMOS
CPF/CNPJ: 40202224449
Posição em 14-10-2018 10:53:28

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

