



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. **18E0127004533**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/07/2018** às **09:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/12/2016** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE TIMBI (BAIRRO), 1, PROXIMO AO MERCADINHO** - Bairro:
TIMBI - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
DESCONHECIDO (OUTRO)
MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS

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

MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**Mãe: **MARIA GOUVEIA DOS SANTOS** Pai: **SEVERINO FLORENCIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **12/3/1973** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA GOIAS, 63, LOTEAMENTO SANTANA - CEP: 55000-000 - Bairro: ALBERTO MAIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/POP 100** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJX9766** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **980436605** Chassi: **9C2HB02108R057990**

Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a):

DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO A SUA MOTO, QUANDO AO ENTRAR NUMA VIA, ONDE ESTAVA BASTANTE ESCURO, NÃO VIU DE IMEDIATO UM VEICULO ESTACIONADO, VINDO A BATER NA TRASEIRA DO MESMO. A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS, CHEGANDO COM FRATURA EXPOSTA DA TIBIA DIREITA, TENDO SIDO SUBMETIDO DE IMEDIATO A PROCEDIMENTO CIRURGICO COM FIXADOR EXTERNO. NUMERO DE ATENDIMENTO NO HGV 379568.

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

Marcilio Florencio dos Santos

MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH001285 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS, 45 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 4561693 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 859.097.934-20, residente à RUA GOIAS, nº 63, , LOTEAMENTO SANTANA, CAMARAGIBE-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 05/12/2016, por volta das 23:25 hs, no endereço: RUA JOÃO ALVES DE BARROS, S/N, TIMBI CAMARAGIBE-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA POP 100, PRETA, KJX9766-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS, inscrito sob o CPF nº 859.097.934-20 e Registro Geral ° 4561693, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710249-6 ERASMO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1036966. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 11/09/2018

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 2018APH001285

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

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ubiratania Cabral Gonçalves,

RG nº 3.244.060, data de expedição 28 / 11 / 2011, Órgão SDS / PE,

CPF nº 772.146.764-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Santana</u>
Número	<u>175</u>
Apto / Complemento	<u>Loteamento Santana</u>
Bairro	<u>Alberto Masia</u>
Cidade	<u>Camaragibe</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>54.777-455</u>
Telefone de Contato	<u>81.9.8875-7804 / 9.9263-5021</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Camaragibe, 17 de outubro 2018.

Assinatura do Declarante: Ubiratania Cabral Gonçalves



DECLARAÇÃO DE POBREZA

MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, desempregado, sem endereço eletrônico, portador do RG sob o nº 4.561.693 SDS/PE e inscrito sob o CPF nº 859.097.934-20, residente e domiciliado na Rua Santana nº 175, loteamento Santana-Alberto Maia – Camaragibe/PE, CEP: 54.777-455, desejando obter os benefícios da “Justiça Gratuita”, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Jaboatão dos Guararapes-PE, 17 de Outubro de 2018.

Marcilio F. Florencio dos Santos

Declarante



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS

1. Ocorrência da Emergência: 379568

1.1 - Atendimentos em: 06/12/16

1.2 - Às 00 hora e 53 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1036966

2.1 - Internado em: 06/12/16

2.2 - Alta em: 09/12/16

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 06/12/16 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA COM FIXADOR EXTERNO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 18.6.2018

HORA: 09:57:38

PASTA: 01.06.2018

TB

RS

Dr. Tadeu Buri
SOC - CREMEPE - 3019
MAT. 0566883

Dr. Tadeu Buri.





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 379568

Prontuário: 1036966

Nome: MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS

Data Nasc.: 12/03/1973

Idade: 43

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 4561693

CNS: 898004610578958

Endereço: RUA GOIAS

Bairro: SANTANA

Cidade: CAMARAGIBE

Nº: 63

Estado: PE

CEP: 54777010

Fone: 85724607

Profissão:

Nome da Mãe: MARIA GOUVEIA DOS SANTOS

Acompanhante: DIRCE FERREIRA (ESPOSA)

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: CADASTRO AUTORIZADO PELA ENFERMEIRA CHEFE MARGARETE (TRIAGEM) SOCORRISTA / CB ERASMO (RESG)

dente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA 06/12/2016 HORA: 00:53 h Médico:

Leixa Principal / HDA: *paciente sofreu acidente de moto há 3h com fratura exposta em om de perna D. sem qualquer outro trauma*

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: SAMU

Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐

Por que:

Observações: *do e sangramento + apert. femoral em perna D. zona trans. cirurgica leve*

Exame Físico: *trauma de abdome, apert. on*

Geral: *consciente, orientado, hidratado, aguçado, limbo pupilo, pulso cheio, quente,*

B: Respiratório *hemodinamicamente estável*

com padão sintomático

C: Circulatório *PA: 90 x 80 mm* *Pulso: 87 bpm*

hemodinamicamente estável

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

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:

Glasgow 15





E: Abdômen <i>NDM</i>	
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura exposta de om. péua D.</i>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
<i>sem qualquer diagnóstico de emergência</i>	
Exames Solicitados: 1 - Especializados <i>qual</i>	
Resultado de Exames: <i>Ator claudando da traumatologia</i>	Código Procedimento: <i>Rogério C. A. Ferraz</i> Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento: Ass. Médico + Carimbo Ass. Enfermeira + Carimbo
Tratamento / Procedimentos: <i>SF 0,9% - 2000ml te. 3087/m</i>	
Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:	
Evolução de Enfermagem: <i>06/12/16 TRAUMATOLOGIA 02:15</i>	
Diag. Definitivo: <i>110: Fratura exposta péua D</i>	
Definição do Caso:	Condição de Alta:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se <i>10: 01 Pd</i>	☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Piorado ☐ Óbito
Informação do Serviço Social: <i>(2) Cepelotus 2g + AD 16/10/16</i>	Assist. Social:
Confirmação do Nome: <i>(3) SPT 5.000 U SPT</i>	Assist. Social:
Confirmação do Endereço: <i>(4) SF 0,9% SPT 5U</i>	
Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Casa ☐ Exame Externo: ☒	
Observações: <i>(5) SF 0,9% SPT 5U</i>	
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 e transporte se forem necessários.	
Data: Nome completo legível:	
Nº da Identidade: Assinatura:	
Termo de Responsabilidade de Alta a 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: 06/12/2016 00:53 h SEPHORAF	impressão: 06/12/2016 00:53 h SEPHORAF

Médico

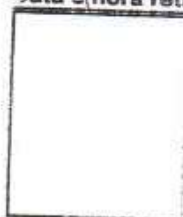


HOSPITAL GETULIO VARGAS

Unidade de Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 06/12/2016 00:30



Nome Paciente: MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 12/03/1973
Sexo: Masculino
Idade: 43
Senha: E0001
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 06/12/2016 00:30 - 06/12/2016 00:32

MARGARETE EZEQUIEL DE LIMA - COREN: 105836 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PAC. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 2 HORAS

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Livres:
- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 80.00 BPM (RTV 00)
- TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: MARGARETE EZEQUIEL DE LIMA - COREN: 105836 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/12/2016 00:33

Sistema de Atendimento por Classificação de Risco

Pág. 1 de 1





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



FICHA PARA AVALIAÇÃO
RISCO DE QUEDA

NOME: Marcelo Fournier

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 65 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, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

ENFERMEIRA/COREN:

Margarete E. de Lima
COREN 105336

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-080
Fone: 0XX.51.31845630

HGV 1026 V.1.2013



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas						SUMÁRIO DE ALTA									
NOME: Marciano FERNANDES DOS SANTOS						02 (DUAS) VIAS									
NOME DA MÃE: [blank]						CARTÃO SUB:									
CLÍNICA:				ENFERMAGEM:		LEITO:		Nº DO REGISTRO:				1036966			
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1973				IDADE: 43		PESO:				ALTURA:		SEXO: ☒ M ☐ F			
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura exposta de perna D)															
COMORBIDADES:															
PROCEDIMENTO SOLICITADO: tratamento cirurgico															
PROCEDIMENTOS REALIZADOS EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):															
DATA DA INTERNAÇÃO: 06, 12, 96						DATA DA ALTA: 09, 12, 96				DIAS DE INTERNAÇÃO: 04					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: 0408050500								CID: S829		CAMBIO/REVISOR/FATURAMENTO					
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL													
1	QUIRURGIA	Leonardo R. Silva													
2	1ª AJUDIA QUIRÚRGICA	Gilberto H. Vitorino													
3	2ª AJUDIA QUIRÚRGICA														
4	ANESTESISTA														
5	CLÍNICO														
			PROCEDIMENTOS ESPECIAIS												
☐			☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL												
☐			☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO												
☐			☐ USO DE OXIGÊNIO												
☐			☐ USO DE ORTESE E PRÓTESSES												
☐			☐ NEFROLÍSE												
☐			☐												
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: Paciente internado com acidente motorizatório em fratura da perna direita.															
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA: Fratura exposta de perna D)															
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:															
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:															
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS ☐															
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:															
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento sem todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente. 09, 12, 96 André Almeida P. Teles Instituto Trauma e Ortopedia CRM - RJ 100.000-0															





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS Registro: 1036966

Data da operação: 06/12/16 Operador: DR. LEONARDO SILVEIRA

1º auxiliar: Dr. LUIZ HIRATA MR1 2 AUXILIAR: DR. DUILIO (MR1 ITORK)

Anestesista: DRA MARIA JOSE

Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta de TIBIA D

Tipo de operação: Fixação com fixador externo linear

Descrição operatória:

1. Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia
2. Antissepsia e assepsia com PVPI degermante
3. Aposição de campos estéreis
4. Observado extenso ferimento em perna direita com fratura exposta perna d
5. Limpeza exaustiva de foco de fratura com SF 0,9%
6. Desbridamento de tecidos desvitalizados
7. Aposição de fixador externo linear em perna D
8. Sutura de pele com Nylon 2.0
9. Curativo
10. Observado boa perfusão distal após o procedimento

Dr. Luiz Hirata
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22.434



RG 4567693

Nº Cartão 898004610518958

56

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas		SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: Marciano. Francisco dos Santos		02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE: Santos		DATA DO SURTO:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: 1036966
DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1973	IDADE: 43	PESO:	ALTURA:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): Fratura exposta de perna (D)		SEXO: ☐ F ☒ M	
COMORBIDADE:			
PROCEDIMENTO SOLICITADO:			
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):			
DATA DA INTERNAÇÃO: 06, 12, 16	DATA DA ALTA: 09, 12, 16	DIAS DE INTERNAÇÃO: 04	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CD: 5829	DIÁRIO/REVISOR/FATURAMENTO
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	QUIRURGIÃO	Leandro ALVES M	
2	1º AUXÍLIO QUIRÚRGICO	WIZ TRIVINS	
3	2º AUXÍLIO QUIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS ESPECIAIS ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO ☐ USO DE OXIGÊNIO ☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE ☐ HEMODIALISE			
RESUMO DO CASO (LETRA LIGVEL) AGNADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: Paciente internado de acidente motorciclístico com trauma em Fratura exposta de perna (D)			
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:			
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO:			
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente			
DATA: 09, 12, 16		Assinado eletronicamente por: Sharon Stéphanie Lins Barros CRM 15211	

1GV.1016.V.1.2018

 Avenida General San Martín s/n - Odeão
 Recife/PE - CEP 80.880-080
 Fone: DDC 81.344-0800

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o (a) Sr (a) MARCILIO
PAZ MACHADO DOS SANTOS
necessita de 15
05/12/16 dias de
afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo
de doença 582.9
CID: _____

Hornikel
HOSPITAL OU AMBULATÓRIO
Recife, 06/12/16
LOCALIDADE E DATA
Dra. Almeida P. Teles
Ortopedia - Traumatologia
CRM 15211
Assinatura do Médico - CRM nº _____

NOTA: Este atestado é valido para finalidades previstas no Art. 86 do RGPS aprovado pelo Decreto nº60.501 de 14/03/1967 e será expedido para justificativa de 01 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Av. da General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.630-090
Fone DXX 81 31845600
HGV 1017 V 1 2013



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, desempregado, sem endereço eletrônico, portador do RG sob o nº 4.561.693 SDS/PE e inscrito sob o CPF nº 859.097.934-20, residente e domiciliado na Rua Santana nº 175, loteamento Santana-Alberto Maia – Camaragibe/PE, CEP: 54.777-455.

OUTORGADA: SHARON STÉPHANE LINS BARROS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PE 29010 D, com escritório profissional à Rua Arão Lins de Andrade, nº 711, sala 09, Piedade, Jaboatão dos Guararapes-PE. CEP: 54310-335. E-mail: sharonbarros.adv@gmail.com, onde recebe intimações e/ou notificações judiciais.

PODERES: Para promover defesa dos meus interesses administrativos e judiciários, concedendo-lhes poderes incluídos nas cláusulas “Ad Juditia” e “At Juditia Et Extra” (Art. 70 parágrafo 3º e 4º da Lei nº 4215, de 27/04/63), em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, em todas as fases do processo de DPVAT, representar a outorgante em processos, desistir de ações, interpor recursos, transigir, receber e dar quitação, Levantar quantias em depósito judicial através de Alvará, renunciar, firmar compromissos, usar de todos os recursos legais, por mais especiais que sejam, mesmo extraordinários, promover justificações, inquirir e contestar testemunhas, inclusive receber a citação inicial, confessar, reconhecer a procedência do pedido, usando, em suma, de todos os poderes permitidos em Direito, para que a sua defesa seja a mais ampla e cabal, inclusive substabelecer em Advogado de sua confiança, e quando lhe convier, com, ou sem reservas de poderes.

JUSTIÇA GRATUITA: Desejando obter os benefícios da “Justiça Gratuita”, declara, sob as penas da lei, que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz *jus* aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Jaboatão dos Guararapes-PE, 17 de outubro de 2018.

x Marcilio Florencio dos Santos
Outorgante



MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
859.097.934-20

Nome
MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS

Nascimento
12/03/1973

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **4.561.693** DATA DE EXPEDIÇÃO **11/12/2012**

NOME
->> **MARCILIO FLORENCIO DOS SANTOS** <<-

FILIAÇÃO
->> **SEVERINO FLORENCIO DOS SANTOS** <<-
->> **MARIA GOUVEIA DOS SANTOS** <<-

NATURALIDADE **CAMARAGIBE - PE** DATA DE NASCIMENTO **12/03/1973**

DCC ORIGEM << **CN.42879 L.A-47 F.148-V CART.**
SEDE **CAMARAGIBE - PE 25.10.2004** >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-53 18.208 - 3122



