

PROCURAÇÃO

PARTE OUTORGANTE:

Nome: ADRIANO GOMES DA SILVA
brasileiro (a), estado civil: SOLTEIRO, profissão: MOTORISTA,
RG nº 5144570 SSP/PE, CPF/MF nº 022.342.824-89, com
endereço residencial na RUA CORRENTES, Nº 00088 - CS.13
CAPIBARIBE SÃO LOURENÇO DA MATA PE
CEP 54735-020

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 judicium” e “ad judicium 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, 01 de Fevereiro de 2019.

X Adriano Gomes da Silva
outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, ADRIANO GOMES DA SILVA,
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 5144570 SSP/PE,
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 022.342.824-89, residente
na RUA CORRENTES, Nº 00011 CS-13 CAPIBARIBE
SÃO LOURENÇO DA MATA PE CEP 54.735-020

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, 01 de fevereiro de 2019

Adriano Gomes da Silva
Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ADRIANO GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
5144570 SSP PE

CPF
022.342.824-89

DATA NASCIMENTO
15/01/1976

FLUXÃO
ALBERTO GOMES DA SILVA
JOSEFA PEREIRA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
RD

Nº REGISTRO
00414308450

VALIDADE
11/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
07/04/1995

OBSERVAÇÕES
sem observações

Assinatura do Titular
Adriano Gomes da Silva

LOCAL
RECIFE - PE

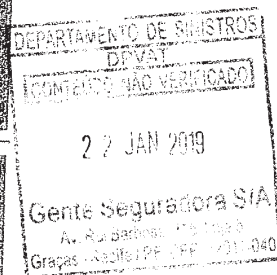
DATA EMISSÃO
27/07/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
77386805548
PE067862810

DETRAN - PE/PERNAMBUCO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1104352774

PROVIDO PLASTIFICAR
1104352774





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20181123351536

Escritório: SAO LOURENCO DA MATA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

JOSEFA PEREIRA DA SILVA

R CORRENTES, N. 00011 - CS-B - CAPIBARIBE SAO LOURENCO DA MATA PE 54735-020

INSCRIÇÃO: 137.215.365.0061.000

GRUPO: 15

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 02335153.6

02335153.6

11/2018-7

LIGADO	POTENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	REAL /
A16S403630	10/11/2018	11/12/2018	

ÁGUA
LEIT. ANT.: 102
LEIT. ATUAL: 106
LEIT. FAT.: 106

CONSUMO: 4

ESGOTO
LEIT. ANT.:
LEIT. ATUAL:
LEIT. FAT.:

VOLUME: 0

PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	NÚMEROS DE AMOSTRAS	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	MS 2.914/11	59	59	59
COR APARENTE	59	59	59	59
COLORO RESIDUAL	59	59	59	59
COLIFORMES TOTAIS	59	59	59	56
E.Coli	59	59	59	59

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLORO 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

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

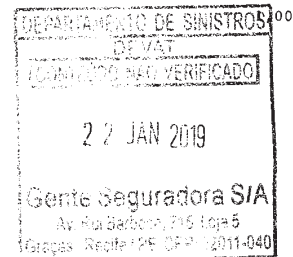
CONSUMO DE ÁGUA

4 M3

8,65

DOACAO AO PRO-CRIANCA

11/2018



BASE DE CÁLCULO	SERVIDOR (R\$)	VALOR DO SERVIÇO
PIS	8,65	1,65
COPINS	8,65	7,60
		0,14
		0,66

05/01/2019

TOTAL A PAGAR:

9,65

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 17/01/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185



0800-2813844

MATRÍCULA:

02335153.6

11/2018-7

05/01/2019

TOTAL A PAGAR:

9,65

VIA COMPESA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



499483
0024779/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0096005059**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/09/2018** às **16:50**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **25/6/2017** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DAS PAPOULAS, 1** - Bairro: **PENEDO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA / RUA DAS PAPOULAS TAMBÉM CONHECIDA COMO RUA ORIENTAL SINISTROS**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ROGERIO GOMES PERERIA DA SILVA (OUTRO)
ADRIANO GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ADRIANO GOMES DA SILVA**

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

ADRIANO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA PEREIRA DA SILVA**
Pai: **ALBERTO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **15/1/1976** Naturalidade: **SAO LOURENCO DA MATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5144570/SSP/PE (RG), 02234282489 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA**
Endereço Residencial: **RUA CORRENTES, 11, CASA " B " - CEP: 55000-000 - Bairro: CAPIBARIBE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

ROGERIO GOMES PERERIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA JOSE CARNEIRO LEAO, 107 - CEP: 55000-000 - Bairro: PIXETE - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROGERIO GOMES PERERIA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ADRIANO GOMES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGT8955 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014**

Complemento / Observação

05/09/2018 16:48

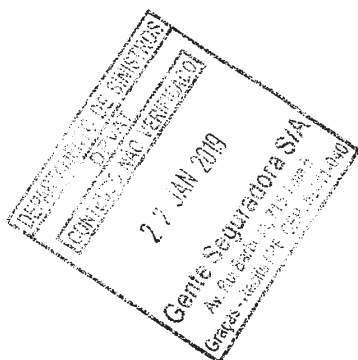
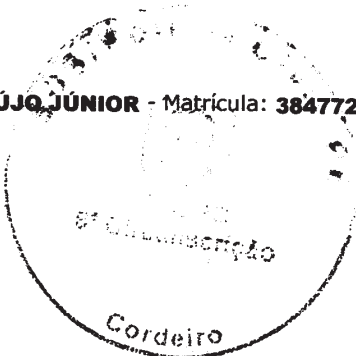


RELATA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO, VINHA CONDUZINDO MOTOCICLETA SUPRACITADA, QUANDO OUTRA MOTOCICLETA EM SENTIDO CONTRARIO COLIDIU EM SUA MOTO, FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE DA MOTO E CAISSE EM SOLO, EN CIMA DO PÉ DIREITO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL PETRONILA CAMPOS E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS.

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

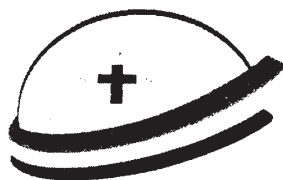
Adriano Gomes da Silva
ADRIANO GOMES DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GERALDO MOTA DE ARAÚJO JÚNIOR** - Matrícula: **3847721**



05/06/2019 16:40

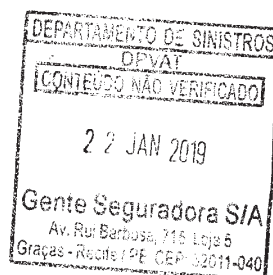




PREFEITURA DE
**São Lourenço
da Mata**
Um novo tempo para nossa cidade

HOSPITAL E MATERNIDADE PETRONILA CAMPOS

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que a
Sr.^a ADRIANO GOMES DA SILVA, deu entrada nesta unidade
Hospital no dia **25/06/2017**, ÀS **23:22** Prontuário **12371-4** Para
atendimento médico de emergência, sendo avaliado e transferido
ao Hospital Getúlio Vargas.

LUIZ NILTON FELIPE DE LIMA
HOSPITAL PETRONILA CAMPOS
FATURAMENTO E CONTA MÉDICA
[Assinatura]
SUPERVISOR CHÉFE

HOSPITAL E MATERNIDADE PETRONILA CAMPOS
Av. Manoel Henrique da Mata, s/n, Parque Capibaribe
São Lourenço da Mata - PE
CNPJ: 12.257.765/0001-90

São Lourenço da Mata, PE 14/07/2017.

Rua Siqueira Campos, S/N, Vila do Reinado - São Lourenço da Mata, CEP.: 54.780-000
Fone: 3519-2590 / www.slm.pe.gov.br





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ADRIANO GOMES DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 451564

1.1 - Atendimentos em: 26/06/17

1.2 - Às 01 hora e 16 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1055452

2.1 - Internado em: 26/06/17

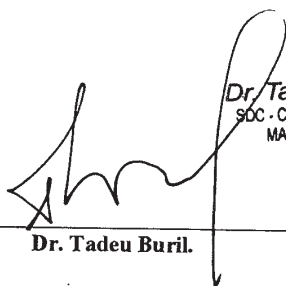
2.2 - Alta em: 27/06/17

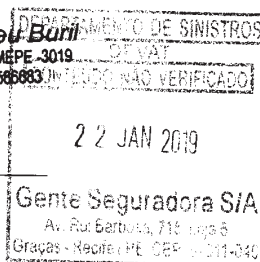
3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DO 4º E 2º METATARSOS DIREITOS + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 4º PODODÁCTILO DIREITO.

4. Tratamento: CIRURGIA EM 26/06/17 = LIMPEZA CIRÚRGICA + REGULARIZAÇÃO DE COTO DE 4º PODODÁCTILO DIREITO + FIXAÇÃO PERCUTÂNEA DO 2º METATARSO DIREITO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 11.6.2018
HORA: 10:13:09
PASTA: 01.06.2018
TB
RS


Dr. Tadeu Buril.





HGV- Hospital Getúlio Vargas



451580

Prontuário: 1055452

1155452

Atendimento

CNS: 706005348330446

VARGAS



Paciente: ADRIANO GOMES DA SILVA

Clínica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Nascto: 15/01/1976 Idade: 41 Anos 5 Meses

Leito: SR 78

Sexo: MASCULINO

Mãe: JOSEFA PEREIRA DA SILVA

Fone: 9784-7490

Endereço: AVENIDA OITO DE MAIO DE 1 A 306, 11 - CHA DA TABUA - SAO LOURENCO DA MATA - PE - Cep: 54735010

Prestador: 1 HOSPITAL GETULIO V. DATA: 26/06/2017 Hr: 08:21 Usuário: LAURINETEFL

51564

Prontuário: 1055452

Nome: Al

Data Nasc.: 15/01/1976

Idade: 41

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: AVENIDA OITO DE MAIO DE 1 A 306

Bairro: CHA DA TABUA

Cidade: SAO LOURENCO DA MATA

CEP: 54735010

Fone: 97847490

Nº: 11

Estado: PE

Nome da Mãe: JOSEFA PEREIRA DA SILVA

Profissão:

Acompanhante: CESAR GOMES DA SILVA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. ENF. MARGARETE SENHA - 5199166 HOSP. PETRONILA CAMPOS

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA: 26/06/2017 HORA: 08:21

Queixa Principal / HDA: Paciente com queixa de dor em pé @ após queda de moto aprox 18:30 hoje.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Colisão: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: ☐ Transporte Realizado por: ☐

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que: ☐

Observações: Nega alergias e comorbidades.

Exame Físico

Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp.: Cº

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: S/A bpm

D: Exames Neurológico

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

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Escore:

Escore:

Hora:

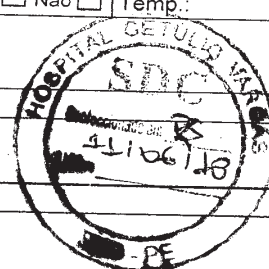
Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VIT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

22 JAN 2019

Gente Seguros S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 50011-040

* Catecolocomotor: Extensa ferimento em dorso pé @ com exposição tendão. Amputação traumática parcial de 4º QDD. Monitorização presente de limitação pela dor. Boa perfusão arterial.





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Diagnóstico Inicial: Fratura exposta de 2º MTT (D)

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos: ① Cefalotina 3g + AD EV agora
② SAT 5000 UI IM profundo
③ LAT 0,5ml IM profundo

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ana Aurea R. Torres

Médica

CRM/PE 25656

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

④ Ao bloco cirúrgico

Ana Aurea R. Torres

Médica

CRM/PE 25656

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Informação do Serviço Social:

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Assist. Social:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externo: ☐

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade

- 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

- 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: 26/06/2017 01:16 h CLAUDIOAS

impressão: 26/06/2017 01:16 h CLAUDIOAS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

22 JAN 2019

Médico

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gravata - Recife/PE CEP: 52011-040



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 12/04/2019 12:27:28

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041212272810200000043133256

Número do documento: 19041212272810200000043133256

Num. 43786017 - Pág. 4

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 26/06/2017 01:09

Nome Paciente: ADRIANO GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/01/1976
Sexo: Masculino
Idade: 42
Senha: E0005
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 26/06/2017 01:10 - 26/06/2017 01:10

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

Prioridade:

AMARELO URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: PACT. VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/ LESÃO EM MID

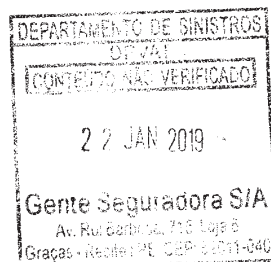
Observação: NEGA ALERGIA.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5



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

Data Impressão: 26/06/2017 01:10

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





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 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

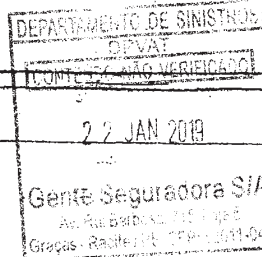
ASSINATURA (ORIENTADO): _____

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: _____

Avenida General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP 50.830-060
Fone: 0XX81 31946600



HGV.1028 V.1.2013.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA		
NOME: <i>Adriano Gomes de A. L. P.</i>			02 (DUAS) VIAS		
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:		
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO:		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F. ☐ M.	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <i>fratura exposta 2. MTD + 4. MTD +</i>					
COMORBIDADE: <i>ruptura traumática parcial de 4. MTD</i>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>meto meto limpo / fratura 2. MTD + apilanzam</i>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <i>1. 15 h de amputação parcial de 4. MTD</i>					
DATA DA INTERNAÇÃO: <i>26/06/17</i>		DATA DA ALTA: <i>27/06/17</i>		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:		CID:		CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	<i>Dr. Sergio Lourenço</i>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<i>Dr. André Lobo</i>			
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
☐	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐	NUTRIÇÃO PARENTERAL	☐	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE
☐	DIÁRIA DE UTI	☐	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐	HEMODIALISE
☐	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐	USO DE OXIGÊNIO	☐	
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)					
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS DEPARTAMENTO DE SINISTROS <i>paciente com fratura de antebraço</i>					
<i>procedimentos com fratura 2. MTD</i>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <i>fratura exposta 2. MTD + amputação traumática parcial de 4. MTD</i>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA			OBTÓ: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: <i>atendimento médico / Não pagar / Amputação / Retorno ao hospital após 48h</i>					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente <i>(PL-111-111)</i>					
DATA: <i>27/06/17</i>			Assinatura: <i>Dr. Carlomano Maciel</i> Ortopedia CRM 120178-SP/01.0020 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM		

Avenida General San Martín s/n - Candeiro
Recife/PE - CEP 50.830-080
Fone: 0XX 81.31846800

GV 1012.V.1.2015.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: ADRIANO GOMES DA SILVA REG: 1055452

Data da operação: 26/06/2017

Operador: DR. SÉRGIO TAVARES

1º auxiliar: MR2 DR. DÁRIO ROCHA 2º auxiliar: MR1 DRA ANA ÁUREA

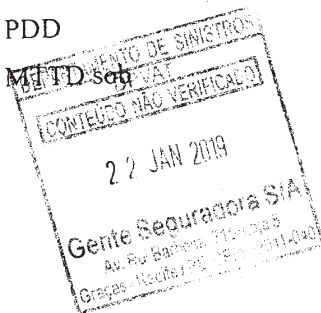
Anestesista: DR JULIO MAIA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE 2º MTTD + 4º PDD

Tipo de operação: LMC + REGULARIZAÇÃO DE COTO DE 4º PDD +
FIXAÇÃO PERCUTÂNEA DE 2º MTTD

Descrição operatória:

1. Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia
2. Antissepsia e assepsia
3. Aposição de campos estereis
4. Irrigação copiosa com SF0,9%
5. Desbridamento de tecidos desvitalizados
6. Regularização de coto de amputação traumática parcial em 4º PDD
7. Fixação percutânea com fio de Kirschner 1.5 da fratura em 2º MTTD sob
visualização fluoroscópica
8. Sutura de ferimentos com Nylon 3-0
9. Curativo
10. Aposição de tala suropodálica
11. Observado boa perfusão distal ao final do procedimento



Ana Áurea R. Torres
Médica
CRMPE 25656

AAAT





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME: <u>Roberto Gomes de A. L. P.</u>			02 (DUAS) VIAS		
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:		
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: <u>1055.452</u>		
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO: ☐ F: ☐ M: ☐	
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): <u>fratura exposta 2º MTD + 4º MTD +</u>					
COMORBIDADE: <u>amputação traumática parietal 4º MTD</u>					
PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>metacarpo limpo e fixado 2º MTD + amputação</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO): <u>4º MTD + amputação parietal 4º MTD</u>					
DATA DA INTERNAÇÃO: <u>26, 06, 17</u>		DATA DA ALTA: <u>27, 06, 17</u>		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:			CID:		
CARIMBO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:			CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO		
CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL			MATRÍCULA
1	GIRURGIÃO	<u>Dr. Roberto Gomes de A. L. P.</u>			
2	1º AUXÍLIO CIRÚRGICO	<u>Dr. João Roberto</u>			
3	2º AUXÍLIO CIRÚRGICO				
4	ANESTESISTA				
5	CLÍNICO				
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS					
☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL	☐ USO DE ÓRTESE E PRÓTESE			
☐ DIÁRIA DE UTI	☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	☐ HEMODIÁLISE			
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	☐ USO DE OXIGÊNIO	☐			
RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL) ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS: <u>Paciente com fratura exposta de 2º MTD + amputação traumática parietal de 4º MTD</u>					
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:					
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: <u>fratura exposta 2º MTD + amputação traumática parietal de 4º MTD</u>					
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:					
MOTIVO DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS			OBTO: ☐ IML ☐ SVO ☐ BO:		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO: <u>apresentar placa / Não ingerir / manter / Retorno para de 15 dias</u>					
OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente					
DATA: <u>27, 06, 17</u>					
Assinatura do Responsável: <u>Dr. Carlomano Maciel</u> Ortopedia CRM 12078 - SBO 0020 MÉDICO RESPONSÁVEL ASSINATURA/CARIMBO/CRM					

Avenida General San Martín s/n - Cordão
Recife/PE - CEP 50.830-000
Fone: 0XX81.31845600

SV 1012.V.1.2013.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190053361

Vítima: ADRIANO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 25/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO GOMES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ADRIANO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 237

Agência: 000001903-8

Conta: 000008837-4

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

stamos aqui para Você

