

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

NOME  
**LEONILDO DE BARROS E SILVA NETO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
**30513472 SSP SE**

CPF  
**025.449.635-06**

DATA NASCIMENTO  
**15/11/1986**

FILIAÇÃO  
**LEONILDO DE BARROS E  
SILVA  
MARIZETE MARIA DA  
SILVA BARROS**

PERMISSÃO  
**ACC** CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**04284747676**

VALIDADE  
**10/01/2019**

1ª HABILITAÇÃO  
**29/01/2008**

OBSERVAÇÕES  
**Exerce Ativ Remunerada**

ASSINATURA DO PORTADOR  
*Leonildo de Barros e Silva Neto*

LOCAL  
**RECIFE - PE**

DATA EMISSÃO  
**29/11/2016**

ASSINATURA DO EMISSOR  
*Charles Anderson Sousa Oliveira*  
Diretor Presidente

94645794466  
PE076230082

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1416430768**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1416430768**



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

**VALIDA EM TUM  
9787000 NACIONAL  
1416430768**

**NOME**  
LEONILDO DE BARROS E SILVA NETO

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISOR / UF**  
30515472 SSP SE

**CPF**  
035.449.635-06

**DATA NASCIMENTO**  
15/11/1986

**FUNÇÃO**  
LEONILDO DE BARROS E  
SILVA  
MARISTEY MARIA DA  
SILVA BARROS

**SEXO**  
MASCULINO

**ACC**  
AS

**DATA**  
29/01/2008

**NUMERO**  
84284747478

**VALIDADE**  
18/03/2015

**EXERCÍCIO**  
Exerce Atividade Remunerada

**LOCAL**  
RECIFE - PE

**DATA EMISSÃO**  
29/11/2016

**PROBES PLASTIFICAR  
1416430768**

**DETRAN - PE (PERNAMBUCO)**

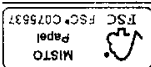


- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recusado               | <input type="checkbox"/> End. desconhecido na localidade |
| <input type="checkbox"/> Ausente                | <input type="checkbox"/> Objeto danificado               |
| <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente  | <input type="checkbox"/> Não procurado                   |
| <input type="checkbox"/> Não existe nº indicado | <input type="checkbox"/> Falta complemento (código/ig)   |
| <input type="checkbox"/> Falecido               | <input type="checkbox"/> Caixa postal cancelada          |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido           | <input type="checkbox"/> Falta complemento (código/ig)   |

PARA USO DO CORREIO

Remetente: Caixa Postal 79594 - CEP 05181-971 São Paulo SP

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO



**RCHLO**  
RIACHUELO

**MIDWAY**  
FINANCEIRA



CTC RECIFE PE PL2



LEOVIGILDO DE B E SILVA NETO  
RUA ESTUDANTE LUIS BRAYNER  
ANDRADE FILHO 22  
RIO DOCE OLINDA PE  
53150-040



7211050330027060000001261830230718



Data da Postagem: 23/07/2018  
Data do Vencimento: 03/08/2018  
DIG/000016131



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE/CONTRATANTE:** LEOVALDO DE BARROS E SILVA NETO,  
brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: TEC ELETRONICA,  
portador da cédula de identidade sob o RG de n.º 30513272-SSP, inscrito no  
CPF/MF sob o n.º 025.449.635 - 06, residente e domiciliado  
R. ESTUDANTE LUIS BAALYNER ANDRADE FILHO 22,  
bairro: Rio doce na Cidade de OLINDA,  
Estado de Pernambuco.

**OUTORGADO/CONTRATADO:** **ABRAÃO FIRMINO DO NASCIMENTO**,  
brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE 39.668, com endereço profissional na  
Rua Arquiteto Luiz Nunes, 741, imbiribeira, Recife-PE.

## PODERES

O outorgante outorga ao outorgado amplos e gerais poderes de representação para o exercício do procuratório judicial e extrajudicial, atinentes a cláusula *ad judicium et extra*, especialmente visando defender direitos do outorgante, podendo ainda propor ação, requerer justiça gratuita, variar de ações, receber intimações, desistir, negociar e transigir, confessar, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, receber e levantar e quitar alvará judicial, firmar compromisso, produzir provas, enfim, todos os atos necessários que visem à boa e fiel desincumbência dos deveres e prerrogativas advocatícias de defesa dos direitos e interesses jurídicos do outorgante, para o que são conferidos todos os poderes, ainda que aqui não declarados expressamente, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes. Ratifica ainda a procuração anteriormente outorgada e já juntada aos autos.

## OUTORGANTE

## CONTRATO DE HONORÁRIOS

A **OUTORGANTE/CONTRATANTE** pagará, a título de honorários advocatícios contratados, ao outorgado/contratado 30% (trinta por cento) do valor bruto em real (R\$) que receberá em decorrência do processo distribuído e patrocinado pelo contratado, seja em caso de condenação, seja em caso de acordo. O outorgante/contratante autoriza ainda que a secretaria do Juízo retenha em favor do outorgado/contratado os 30% (trinta por cento) acordado, quantia esta que poderá ser liberada através de alvará em favor do outorgado. Os honorários aqui contratados independem dos honorários de sucumbências.

Recife, 06 de MAIO de 19

  
**CONTRATANTE**



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, LEONIGILDO DE BARROS ESILVA NETO,  
brasileiro (a), solteiro(a), inscrito (a) no CPF/MF nº 028.349.635-06,  
residente e domiciliado (a) à Endereço com 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 1060/50.

RECIFE, 06 de MAIO de 19.

Leonigildo de Barros Esilva Neto

- RG -





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO  
PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0102003833**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2018** às  
**09:49**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia **18/8/2018** no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **RUA TREZE, 1 - Bairro: CURADO IV -  
JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE )  
AMARO MANOEL DE OLIVEIRA (NOTICIANTE )  
MARCOS FELIPE BARROS E SILVA (OUTRO )  
LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO (VÍTIMA )

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s)  
Sr(a): **LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO**

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

**LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO (não presente no plantão) - Sexo:**  
**Masculino** Mãe: **MARILETE MARIA DA SILVA BARROS** Data de Nascimento: **15/04/1988**  
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **BAIRRO DE RIO DOCE (BAIRRO), 22, RUA ESTUDANTE LUIZ  
BRAYNER - CEP: 55088-999 - Bairro: RIO DOCE - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**



**AMARO MANOEL DE OLIVEIRA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 2/10/1955 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residência: RUA LORENA, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM SAO PAULO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

3 de 6

06/11/2018 10:43

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/infopol/xml/BOEPre...

**MARCOS FELIPE BARROS E SILVA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MARCOS FELIPE BARROS E SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 250 X LANDER** Objeto apreendido: **NÃO**  
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **QKT2277 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

**Complemento / Observação**

4 de 6

06/11/2018 10:43

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/infopol/xml/BOEPre...

**INFORMA O NOTICIANTE QUE NO DIA E HORA CITADOS, QUANDO A VITIMA SE DIRIGIA PARA O TRABALHO NA REFERIDA MOTOCICLETA E AO TENTAR DESVIAR DE UM CACHORRO, PERDEU O CONTROLE E CAIU DA MOTOCICLETA, SOFRENDO FRATURA NA PERNA ESQUERDA, SENDO SOCORRIDO PELO BOMBEIRO PARA O HUV, ONDE FOI SUBMETIDO A PROCESSO CIRURGICO. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL.**

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

  
**AMARO MANOEL DE OLIVEIRA**  
(NOTICIANTE)

**B.O. registrado por: CLAUDÊNIO CALIXTO DE PONTES - Matrícula: 181886-2**

5 de 6

06/11/2018 10:43

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia civil/infopol/xml/BOEPre...





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**CERTIDÃO**

**Certidão nº 2018APH001482 Div. Op.**

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO, 31 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 30513472 SSP-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 025.449.635-06, residente à RUA 13, nº 00116, BL 116 APT 307, CURADO IV, JABOATAO-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/08/2018, por volta das 07:10 hs, no endereço: RUA TREZE, S/N, CURADO IV JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) QUEDA DE MOTOCICLETA, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO, inscrito sob o CPF nº 025.449.635-06 e Registro Geral nº 30513472, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 798090-6 ERIC. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 1094552. Ficou aos cuidados do médico ALISSON, registro 16128. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 25/10/2018

*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 2018APH001482*

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

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





# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 18/08/2018 08:07

Nome Paciente: LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 15/11/1986  
Sexo: Masculino  
Idade: 31  
Senha: E0005  
Convênio:  
Atendimento:  
SANE:

Período: 18/08/2018 08:08 - 18/08/2018 08:08

ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

AMARELO - URGENTE

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: RELATO D EDOR E DEFORMIDADE EM MIE APOS QUEDA D EMOTO.  
HAS-  
DM-

ALERGIA NEGA

NEGA EMESE E SINCOPE

vacão: BOMBEIRO

Programa sintoma: TRAUMA MAIOR

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15  
REGUA DE DOR: 5



Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)  
Data Impressão: 18/08/2018 08:08

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA

ATENDIMENTO: 619808

Prontuário: 1094552

Nome: LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO

Data Nasc.: 15/11/1988

Idade: 31

Sexo: MASCULINO

Cor:

CNS: 20369.90160.00005

CPF:

RG: 30513472

Nº: 0

Endereço: RUA TREZE

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Estado: PE

Bairro: CURADO

Profissão:

HGM - Hospital Getúlio Vargas

Prontuário: 1094552

CNS: 20369.90160.00005

Paciente: LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO

Clinica: SALA DE RECUPERAÇÃO

Nascimento: 15/11/1988

Idade: 31 Anos 6 Meses

Sexo: MASCULINO

Mãe: MARIZETE MARIA DA SILVA BARROS

Fone: 8166-0892

Endereço: RUA TREZE, 0, CURADO - JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE - CEP: 54270100

Prestador: HOSPITAL GETULIO VARGAS DATA: 06/05/2019 UNIDADE: EMERGÊNCIA

Principais / HDA: Politraumatizado vítima de queda de moto há ± 40 minutos. Negativa desmaios, náuseas e perda de consciência. Refere dor em HIE

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 ☐ Tipo: ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto: ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: ☐

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Transporte Realizado por: ☐

Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: ☐ Por que: ☐

Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Observações: DM ☐ Alergia ☐ HAS ☐ Cirurgia Prévia ☐

A: Geral: Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: ☐

GR, consciente, orientado, anidético, adanótico, normocorado, eupn

## B: Respiratório

MV ⊕ em AHT s/ RA. FR: 20.

## C: Circulatório

PA: x mm Hg Pulso: bpm

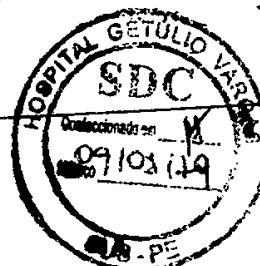
RCR em 2T, BNF s/ K: 88

## D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular  
Escore: Hora:

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐  
Glasgow: Resposta Verbal  
Escore: Hora:

Pupilas: Isocóricas ☐ A. isocórica  
Glasgow: Resposta Mot. a  
Escore: Hora:





# HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen <u>semigloboso, flácido, depressível, indolor à palpação.</u>	
Diagnóstico Inicial: <u>HD. politrauma</u>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	CD: <u>1- Alta da cirurgia geral</u> <u>2- Aos cuidados da ortopedia</u>
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames:	
Tratamento / Procedimentos: <u>10:20h ortopedico</u>	Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo: <u>Rx + Ulnar: Fratura exposta</u>	Ass. Médico + Carimbo Código Procedimento:
	Ass. Médico + Carimbo
Evolução de Enfermagem: <u>Perano E</u>	Ass. Enfermeira + Carimbo
Diag. Definitivo: <u>HD. Ombro esquerdo</u>	Ass. Enfermeira + Carimbo
Definição do Caso: <input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	Condição de Alta: <input checked="" type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Obito <input type="checkbox"/> Piorado
Informação de Serviço Social Confirmação do Nome: <u>UAT</u>	Assist. Social:
Confirmação do Endereço: <u>UAT</u>	Assist. Social
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externo: <input type="checkbox"/>	Assist. Social
Observações:	
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, 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: 18/08/2018 08:16 h	JOSENEIDEAS
Impressão: 18/08/2018 08:16 h	JOSENEIDEAS

Médico





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: 12/08/18

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

<input type="checkbox"/>	IDADE > OU IGUAL 65 ANOS
<input type="checkbox"/>	CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS
<input type="checkbox"/>	COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
<input type="checkbox"/>	DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE
<input checked="" type="checkbox"/>	PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA
<input type="checkbox"/>	DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA
<input type="checkbox"/>	HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA
<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)
<input type="checkbox"/>	OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA
<input type="checkbox"/>	SEDAÇÃO/ANESTESIA
<input type="checkbox"/>	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL
<input type="checkbox"/>	URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL
<input type="checkbox"/>	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA
<input type="checkbox"/>	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:

*[Assinatura]*  
EUGENIA P. P. P. P.

Avenida General San Martín s/n - Cordão  
Recife/PE - CEP 50.630-050  
Fone: 000.81.31845800

HGV.1028.V.1.2013.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
**HOSPITAL**  
**Getúlio Vargas**



**SOLICITAÇÃO DE**  
**BOLETIM DE**  
**ESCLARECIMENTO**

NOME DO PACIENTE:

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

NATURALIDADE:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

CIDADE:

ESTADO:

Nº PRONTUÁRIO:

Nº CARTÃO SUS:

INTERNAMENTO/CIRURGIA:

EMERGÊNCIA (ALA/BOX):

CLÍNICA (ESPECIALIDADE):

ENFERMARIA/LEITO:

HOSPITAL DIA: ( )

CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL: ( )

SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA: ( )

DATA DE INTERNAMENTO

DATA DE CIRURGIA

DATA DE ALTA

DATA DO ÓBITO

NOME DO SOLICITANTE:

GRAU PARENTESCO:

DOCUMENTO APRESENTADOS:

☐

CARTEIRA DE IDENTIDADE

☐

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

☐

CERTIDÃO DE CASAMENTO

☐

PROCURAÇÃO

☐

DECLARAÇÃO DE ÓBITO

☐

OFÍCIO DA VARA DA FAMÍLIA

☐

MANDADO JUDICIAL

PROTESE

TIPO:

**ATENÇÃO/IMPORTANTE**

Informações sobre andamento do Processo, após 15 (QUINZE) DIAS ÚTEIS, PELO TELEFONE -  
(81) 3184-5662 de segunda à quinta de 08:00 às 12:00h.

**ENTREGA DE LAUDOS**

Entrega de Laudos: das 14:00 às 16:00h, segunda à quarta - feira, no Arquivo(SAME), no 1º andar.

Será entregue ao próprio paciente (munido de documentação legítima), parentes de 1º Grau com apresentação de documentos, e terceiros (munidos de procuração reconhecida em Cartório), no Arquivo(SAME), no 1º andar.

**SOLICITAÇÃO DE LAUDOS**

Horário: 14:00 às 16:00h, de segunda à quarta, no Arquivo(SAME), no 1º andar.

Obs.: Autorizo transcrição das informações do meu prontuário para o Boletim de Esclarecimento, Tratamento, Permanência, Condição de alta e Procedimentos realizados, por mim abaixo assinado.

**LAUDO + COPIA**

**DO**

**PRONTUÁRIO**

Recife, 07 de

de 2010

*[Assinatura]*

ASSINATURA DO SOLICITANTE  
E/OU RESPONSÁVEL LEGAL

Nº DO RG OU CPF

Av. Gal. San. Martin s/n - Cordeiro  
Recife - PE - CEP. 50.630-060





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL  
Getúlio Vargas



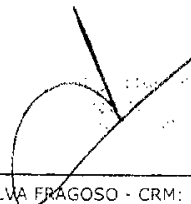
ATESTADO MÉDICO

TESTO QUE O(A) PACIENTE SR(A). LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO  
NECESSITA SE AFASTAR DE SUAS ATIVIDADES, A PARTIR DE 03/09/2018 NO PERÍODO DE 15 DIAS  
E QUE DECLARA AUTORIZAR AS INFORMAÇÕES PARA FINS TRABALHISTAS.

(CONCORD. ART. 1º DA Lei Nº 505/49, ART. 12-CLT-LEI Nº 8.213, ART. 60, § 3º-RGPS)

DIAGNÓSTICO: SPZ FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

DATA: 03 DE SETEMBRO DE 2018

  
FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM: Nº.26180





LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO		01094552
619828	MASCULINO	31a 9m 19d
CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU		

**Relatório de Alta Hospitalar**  
ORTOPEDIA/TRAUMATO

**Diagnóstico:**

1) FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA (18/08/18)

**Tratamento:**

30/08/18: OSTEOSÍNTESE DE TÍBIA ESQUERDA COM PLACA E PARAFUSOS (DR ALEXANDRE ANDRADE)

**OBS:**

CARGA ZERO / ANTIBIOTICOTERAPIA / ANALGESIA / RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO TRAUMA EM 15 DIAS PARA REAVALIAÇÃO.

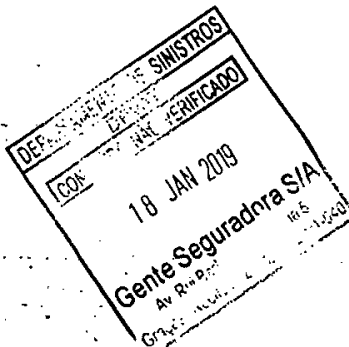
**Condições Clínicas (no momento da Alta)**

MELHORADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
18/08/2018	03/09/2018

Recife, 03 DE SETEMBRO DE 2018

FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM: Nº 26180



HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Gal. San Martín, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Paciente: LEONIGILDO DE BARROS E SILVA NETO

Prontuário: 01094552

Data de Nascimento: 15/11/1986

Idade: 31a 9m 19d

Sexo: M

## RECEITUÁRIO

USO ORAL

1) CEFALOXINA 500MG --- 28CP  
01CP 6 HORAS POR 7 DIAS

2) DIFENIDRAMINA 500MG --- 01CX  
01CX 12 HORAS POR 5 DIAS

3) PARACETAMOL 500MG --- 01CX  
01CX 12 HORAS POR 5 DIAS

Recife, 03 DE SETEMBRO DE 2019

ELIANE SILVA FRAGOSO - CRM: Nº.26180

HOSPITAL GETULIO VARGAS - RGV





## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

**PACIENTE: LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO** Registro: 1094552

**Operador: DR. BRAUNER**

**1º auxiliar: DRA ANA TORRES**

**2º auxiliar: DR. FELIPE**

**Anestesista: O PLANTONISTA**

**Diagnóstico Pré-Operatório:**

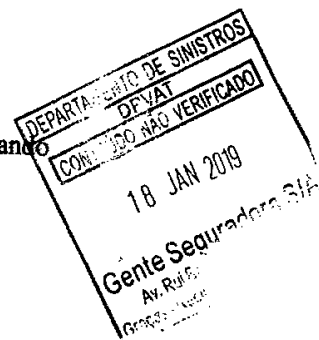
**FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA**

**Tipo De Operação:**

**LMC + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM PERNA ESQUERDA + SUTURA**

**Descrição operatória:**

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Visualizado ferimento em região anterior da perna esquerda, drenando hematoma;
- 5) Ampliado ferimento para melhor visualização de foco de fratura;
- 6) Limpeza copiosa com SF 0.9%;
- 7) Redução cruenta de fratura dificultada pela cominuição da fratura;
- 8) Realizada aposição de fixador externo tubo a tubo com formação em delta em perna esquerda;
- 9) Visualizada redução satisfatória a flouroscopia
- 10) suturados bordos do ferimento com Nylon 3-0;
- 11) Curativo estéril;
- 12) Boa perfusão distal após o procedimento.



*[Handwritten signature]*





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA REGISTRO: 1094552

Data da operação: 30/08/2018

Operador: DR ALEXANDRE ANDRADE 1ª auxiliar: DR. FÁBIO (MR1) 2ª auxiliar: Dr. HEBERT (MR1)

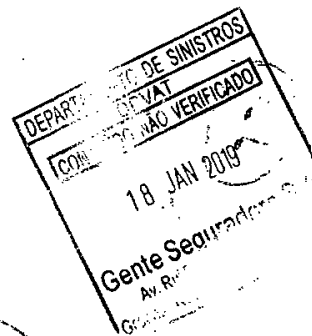
Anestesista: DRA JULIANA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA  
COM PLACA E PARAFUSOS

#### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Antissepsia e assepsia
- 3) Aposição de campos estereis
- 4) Incisão em região de tornozelo esquerdo e em região de terço médio antero-medial de tibia esquerda
- 5) Aposição de placa em ponte ALCP + 06 parafusos bloqueados + 02 parafuso cortical
- 6) Observada redução satisfatória à radioscopia
- 7) Limpeza exaustiva com SF 0,9%.
- 8) Revisão hemostática
- 9) Sutura por planos
- 10) Curativo estéril
- 11) Aposição de tala bota em MIE
- 12) Observada boa perfusão após o procedimento



Dr. Hebert Varg



0443591/18



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



### BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME:** LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO

**1. Ocorrência da Emergência:** 619806

**1.1 - Atendimentos em:** 18/08/18

**1.2 - Às 10 horas e 30 minutos.**

**1.3 - Internado:** SIM

**1.4 - Retirou-se às hr. e min.**

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No.** 1094552

**2.1 – Internado em:** 18/08/18

**2.2 - Alta em:** 03/09/18

**3. Hipótese Diagnóstica:** FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**4. Tratamento:** 1) CIRURGIA EM 18/08/18: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM PERNA ESQUERDA + SUTURA.  
2) CIRURGIA EM 30/08/18: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA COM PLACA E PARAFUSOS.

**5. Observação:** ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 9.1.2019

HORA: 15:35:01

PASTA: 01.01.2019

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá  
Dermatologista  
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.





Tribunal de Justiça de Pernambuco  
Poder Judiciário  
Seção A da 22ª Vara Cível da Capital

AV DESEMBARGADOR GUERRA BARRETO, S/N, FORUM RODOLFO AURELIANO, ILHA JOANA BEZERRA, RECIFE  
- PE - CEP: 50080-800 - F:( )

Processo nº 0027337-63.2019.8.17.2001

AUTOR: LEOVIGILDO DE BARROS E SILVA NETO

RÉU: COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DECISÃO COM FORÇA DE MANDADO

1. De saída, defiro os benefícios da justiça gratuita a parte autora. Dando prosseguimento ao feito, observo que a presente demanda se refere a cobrança de seguro **DPVAT**. Essas ações, como de praxe, necessitam de laudo médico para identificar e quantificar o grau da(s) lesão(ões). Esse exame é meio adequado de solução de conflito.

2. Diante do exposto, **determino a produção antecipada de prova pericial**, visando comprovar a existência de lesão e o seu grau, conforme alegado pela parte autora, até mesmo para viabilizar uma composição amigável.

3. Em consequência, **nomeio como perito do juízo o Dr. PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO**, CRM-PE n. 16.868, fixando seus honorários em **R\$ 300,00 (trezentos reais)**, **que é o novo valor desde 06/04/2017**, conforme publicação no DJE/TJPE, página 151, que modificou os termos do **CONVÊNIO n.º 014/2017**, importância estabelecida por meio de convenção entabulada entre a Seguradora Líder e o TJPE (DPVAT/JUR-583/2015 e Ofício nº 005/2015-TJPE/CGSRCAC), sendo oportuno destacar que o citado perito, verbalmente, aceitou o encargo.

4. Assim, **intime-se a ré**, por meio do seu advogado para, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, **efetivar o depósito judicial do valor de R\$ 300,00, perante a Caixa Econômica Federal**, sob pena de penhora, via BACENJUD e, querendo, oferecer quesitos complementares e indicar assistente técnico.



5. **Intime-se também a parte autora**, por meio do seu advogado, para tomar ciência da presente decisão e, querendo, oferecer quesitos complementares e indicar assistente técnico.

6. Efetivado o pagamento ou não, voltem-me os autos conclusos.

7. Por fim, ressalto que nos termos da proposição do Conselho de Magistratura publicada no DJE de 29/01/2016 (pg. 1163), que preza pela simplificação e agilização processual, a presente decisão tem força de mandado, devendo ser expedida pela Diretoria Cível apenas folha de rosto, a ser assinada pelo servidor competente, com os elementos essenciais a que alude o art. 225 do CPC (destinatário, endereço, etc.), dispensada a assinatura deste juízo.

**Cumpra-se.**

Recife, data e assinatura digital.

psrm

