

PROCURAÇÃO

PARTE OUTORGANTE:

Nome: Maaciy Feneima Saldino
brasileiro (a), estado civil: Divorciado, profissão: Comerciante
RG nº 3780970 SSP/PE, CPF/MF nº 833.856.904-63, com
endereço residencial na Rua Estrada Velha de Paulista,
170, Rio Doce, Olinda - PE.
CEP: 53040-620

PARTE OUTORGADA:

GISELLE VALENÇA DE MEDEIROS, SÉRGIO PORTO ESTEVES e BRUNA VITALINO DA CONCEIÇÃO, brasileiros, sendo os primeiros advogados, devidamente inscritos na OAB/PE sob os nºs 17.828, 16.236, e a última estudante de direito, todos com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Recife – PE, onde recebem as intimações legais.

PODERES:

Para representar a PARTE OUTORGANTE em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, com poderes incluídos nas cláusulas “ad judícia” e “ad judícia et extra”, podendo propor ações, requerer, contestar, indicar provas e testemunhas, transigir, recorrer, desistir, renunciar a crédito, receber valores e dar quitação, levantar quantias em depósito judicial através de Alvará, firmar compromissos, substabelecer no todo ou em parte, bem como todos os poderes permitidos em direito sempre no interesse do outorgante.

Recife, 30 de Maio de 2019.


outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

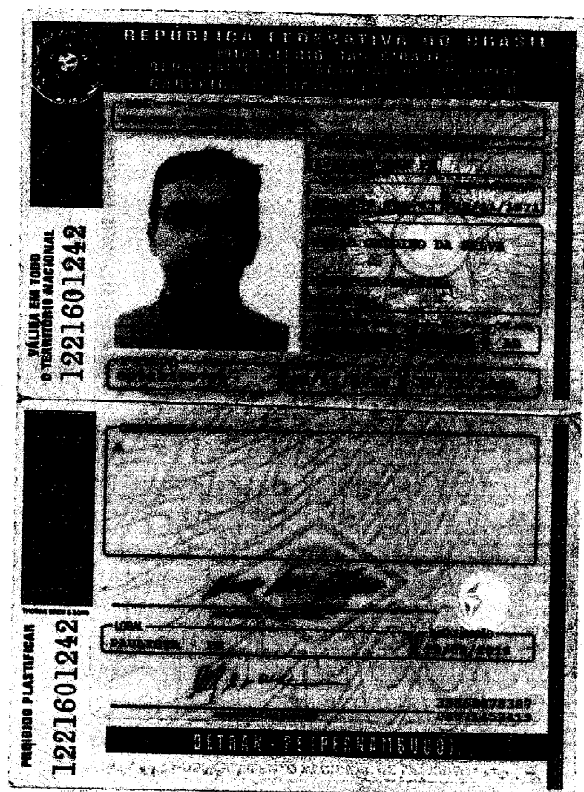
Eu, MOACIL PINHEIRO GALDINO
brasileiro(a), portador(a) da Cédula de Identidade nº 378097055PI PE
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 833.856.904-63, residente
na Rua Estrada Velha do Paulista, 170,
Rio Doce, Alinda - PE
Oep. 53070-620

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, 30 de Maio de 2019

Moacil Pinheiro Galdino
Declarante





DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
11 MAR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 MAR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Ainda presentes e presentes
 Você se organiza sozinho
 na Central de Atendimento
 fatura por sistema
 Consulte o manual de uso

DEVOÇÃO E TÉCNICA - CDDO



FAC
 001234567891015 DRV/SPM
Credsystem
 Comex

Abstract

Postagem: 14/11/2019
DIG-020221

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
11 MAR 2019
Genia Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa 715 - Lj. 5
Recife - PE

A MODA É APROVEITAR TODAS AS VANTAGENS DO SEU CARTÃO

360371,98,0517

Central de Relacionamento: 4003 3900 (Capitais e Regiões metropolitanas), 0800 729 3900
 (demais localidades, somente de telefone fixo), de segunda a sábado, das 8h às 22h;
 Domingos e feriados, das 9h às 20h.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0114001520**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/02/2019** às **13:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE -15 - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE JATOBA (BAIRRO), 1 - Bairro: JATOBA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
MOACIR PEREIRA GALDINO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **MOACIR PEREIRA GALDINO**



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

MOACIR PEREIRA GALDINO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA PEREIRA GALDINO
Data de Nascimento: **23/11/1971** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
3780970/SSP/PE (RG), 83385690463 (CPF) Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO**
Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **RUA PRATA, 195, CASA B - CEP: 55000-000 - Bairro: TIMBO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOACIR PEREIRA GALDINO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOACIR PEREIRA GALDINO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FACTOR 150 ED** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCZ2732** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA INFORMADA , CONDUZIA A MOTO MENCIONADA NESTE DOCUMENTO E O AUTOMOVEL

18/02/2019 13:38

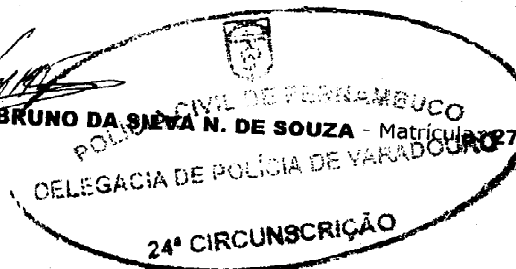


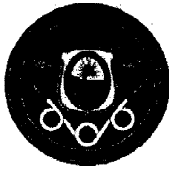
PLACA PVO1494 FEZ UMA CONVERSAO SEM SINALIZAR COLIDINDO CONTRA A MOTO CONDUZIDA PELA VITIMA FAZENDO-O PERDER O EQUILIBRIO E CAIR COM A MOTO NA PISTA DE ROLAMENTO DA VIA . A VITIMA RELATOU QUE UMA EQUIPE DO CORPO DE BOMBEIROS O REMOUEU PARA A UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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

[Assinatura]
MOACIR PEREIRA GALDINO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FERNANDO BRUNO DA SILVA N. DE SOUZA** - Matrícula: **273769-8**





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000096 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). MOACIR PEREIRA GALDINO, 47 anos, BRASILEIRO(a), DIVORCIADO(a), RG nº 3780970 SSP-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 833.856.904-63, residente à RUA DA PRATA, nº 195, B. TIMBO, ABREU E LIMA, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 06/12/2018, por volta das 16:00 hs, no endereço: RODOVIA PE 15, S/N, JATOBÁ OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMOVELO GOL CINZA PVO1494-PE; MOTOCICLETA FAZER AZUL PCZ2732-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) MOACIR PEREIRA GALDINO, inscrito sob o CPF nº 833.856.904-63 e Registro Geral nº 3780970, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SD 718022-5 FABIO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO OLINDA. Registrado(a) com o prontuário nº 86778. Ficou aos cuidados do médico JOÃO MARILTON, registro 5980. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/02/2019

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 2019APH000096



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Atendimento: 1390203

Senha da Classificação:

0241

Data e Hora: 06/12/2018 16:33

Paciente: 86778 MOACIR PEREIRA GALDINO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 23/11/1971 Idade: 47 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: SEVERINA PEREIRA GALDINO

Nome do Pai:

CRM: 1234567

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

Endereço: PRIMEIRA TRAVESSA DA MAI --

43

Bairro: CIDADE TABAJARA

Cidade/UF: OLINDA

PE

Cep: 53360160

Usuário Atendimento: MARINEIDSM

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 81-87471529

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Idade: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*vibra no osso da perna esquerda
há alguns dias desde que começou a vibrar*

Exame Físico

Do osso da perna esquerda

Hipótese Diagnóstica

*Fratura da tíbia e fíbula esquerda
em 030309020*

Conduta Terapêutica

Ra Bala de

Prescrição Médica

*Clonazepam 0,5mg
Dose 1x ao dia + 1x ao dia
S/A A.M. 12h e 18h
até 07/12/18
07/12*

Destino:

() Encaminhado ao Ambulatório

() Residência

Transferido:

Para:

Id. M.O.

Senha: 5331245

*João Márcio V. Costa
Carimbo de Especialista
CRM 5800*

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
01 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa 715 Lapa 5
Gratias - Recife / PE CEP: 52011-040



1390203





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

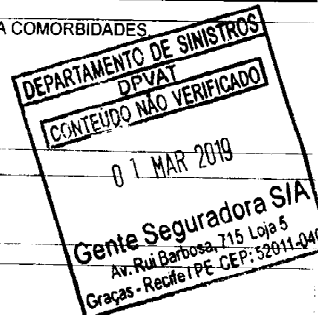
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	MOACIR PEREIRA GALDINO			6 - Nº Prontuário	61089
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
898004103279917	23/11/1971	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	SEVERINA PEREIRA GALDINO			12 - Telefone de Contato	8185048715
13 - Nome Responsável	ANDREZA MARIA LIMA DA SILVA			14 - Telefone de Contato	35411521
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA DA PRATA, 195 - TIMBO				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
ABREU E LIMA	260005	PE	53520040		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	VITIMA DE TRAUMA AUTOMOBILISTICO HA 1 DIA REFERE DOR EM QUADRIL ESQUERDO. REFERE ALERGIAS A COMORBIDADES		
21 - Condições que justificam a Internação	NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIA		
23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA TRANSTROCANTERICA DE TRAÇO REVERSO EM QUADRIL ESQUERDO	S721	W199	



27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - Código do Procedimento	0408050632
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA					
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533		
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)			
SORMANE DE CARVALHO BRITO	07/12/2018	16339			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série		
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR		
38 - () Acid. Trabalho Trajeto					

5 - Vínculo com a Previdência			() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		
Nome do Profissional Autorizador			AUTORIZAÇÃO		
18 - Documento			47 - Cod. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)	
CNS () CPF			E260000001		
49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador					
Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)					
51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)					

AIH
261810296865-7

Código do Laudo: 456254



FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 456356

Usuário: ROSEANERSN

DADOS DO PACIENTE

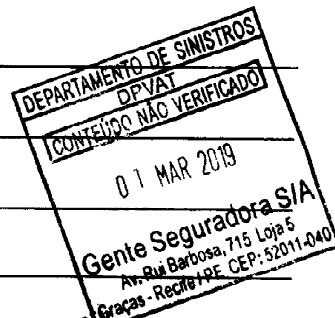
Paciente: MOACIR PEREIRA GALDINO	Prontuário: 61089
Idade: 47a 0m 15d	Sexo: M
Estado Civil: CASADO	Data de Nascimento: 23/11/1971
Profissão:	Escolaridade:
R.G.: 3780970	C.P.F.: 83385690463
Telefone: 35411521	CEP: 53520040
Endereço: RUA DA PRATA	ABREU E LIMA - PE
Dados da Internação	
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 08/12/2018 12:17
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERD2-10

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Cidade:	Estado civil:	

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 17 / 12 / 18	Hora da Alta: _____
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão	
Condições de Alta: boas condições clínicas	
Diagnóstico Principal.....: Fratura transloca tística (D)	
Diagnóstico Secundário01.:	
Diagnóstico Secundário02.:	
Procedimento.....: OSS com haste cephalomedullar curta	
Assinatura e RG:	Assinatura e RG:



Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973
Médico e CRM:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 456254 Prontuário: 61089 SAME: 52551 Hora Atend: 12:16 Data Atend: 07/12/2018
Paciente..... : MOACIR PEREIRA GALDINO Idade: 47 a
Endereço..... : RUA DA PRATA
Bairro..... : TIMBO
Cidade..... : ABREU E LIMA UF.: PE CEP: 53520040
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 08/12/2018 Hora Saída : 12:15

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

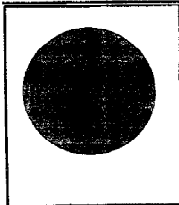


HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 07/12/2018 12:10



Nome Paciente: MOACIR PEREIRA GALDINO
Cód. Paciente: 61089
Data de Nascimento: 23/11/1971
Sexo: Masculino
Idade: 47
Senha: 0018
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 456254
SAME: 52551

Período: 07/12/2018 12:28 - 07/12/2018 12:30

ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 16 HS, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E VÔMITO, MAS REFERE EM QUADRIL ESQUERDO
NEGA HAS, DM
ALERGIA AMOXICILINA

Encaminhamento: ENCAMINHADA DA UPA-OLINDA COM SENHA 5572249

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 110.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

HGT 100.

REVISADO
NEPI...

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (x)

Local



Apresentação em
leitura sequencial
e de D.

Acolhido(a) por: ANDREA MARIA SILVA DE OLIVEIRA - COREN: 386426 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/12/2018 12:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 26/06/2019 16:29:59

https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062616295900900000046376699

Número do documento: 19062616295900900000046376699

Num. 47095213 - Pág. 6

Atendimento: 456254

Senha da Classificação:

0018

Data e Hora: 07/12/2018 12:16

Paciente: 61089 MOACIR PEREIRA GALDINO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 23/11/1971 Idade: 47 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: SEVERINA PEREIRA GALDINO

Nome do Pai: PAULO GALDINO DA SILVA

Estado Civil: CASADO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA DA PRATA

195

Bairro: TIMBO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Usuário Atendimento: HANNESSAKCCA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Lesão na região da coxa direita - como foi 3 dias
após a queda (E. refere queda a
sua direita - região coxa direita)

Exame Físico

MI - rotas exten

Hipótese Diagnóstico

FX subtrocanter (E)

Prescrição Médica

1. Analgésico 10mg + 100ml SF 0,9% EV
2. Reparo de fratura + 100 EV
3. Internamento + Rx Power

Ian Buseriff Faria
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 15.500

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 06/12/2018 16:26

Nome Paciente: MOACIR PEREIRA GALDINO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 22/11/1971
Sexo: Masculino
Idade: 47
Senha: 0241
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 06/12/2018 16:29 - 06/12/2018 16:30

MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

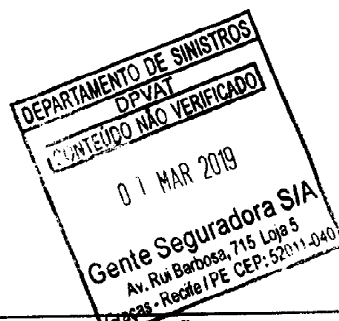
Queixa Principal: TRAZIDO PELOS BOMBEIROS COM HISTORIA DE COLISAO CARO-M.OTO.
REFRE DOR EM MIE

Observação: ALERGIA A A MOXICILINA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Determinador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06/12/2018 16:30

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 26/06/2019 16:29:59

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062616295900900000046376699>

Número do documento: 19062616295900900000046376699

Num. 47095213 - Pág. 8



Pac: 85778 - MOACIR PEREIRA GALDINO

MSE SEVERINA PEREIRA GALDINO

1390203

23/11/1971

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5577288

11/11

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: MOACIR PEREIRA GALDINO Idade: 41

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: Cidade Patativa

Cidade: D. Inda

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Doença da pele, lesões e trauma

Hipótese Diagnóstica: Lesões de pele, trauma e infecção

AValiação CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x

Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()

Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()

Distúrbio Fala/Choro: S () N ()

Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()

Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas

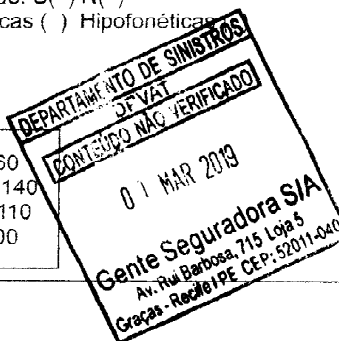
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()

Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()

Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 53523 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 61089 MOACIR PEREIRA GALDINO Atendimento : 456356
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 59 ORTL-508-LEITO 003 Idade : 47 Anos 23 Dias 17 Horas
Dt. Início : 16/12/2018 15:02 Dt. Fim : 16/12/2018 16:58
Cid Pré-Operatório : S721 FRATURA PERTROCANTERICA
Cid Pós-Operatório :

Procedimentos

Procedimento: 0408050632 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

QUIRURGIAO 13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNOSTICO OPERATÓRIO: FRATURA TRANSTROCANTERICA DO FEMUR DIR
INTERVENÇÃO: OSTEOSINTESE COM HASTE CEFALO MEDULAR CURTA
OPERADOR: DR. LUIZ CARVALHO
1º AUXILIAR: DR. AYRON FERRAZ
2º AUXILIAR: DR. ICARO MOLIM
INSTRUMENTADOR: EDYMARQUES
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA
ANESTESISTA: DRA. ANNE CARVALHO

TIPO DE INTERVENÇÃO:

- 1) DECUBITO DORSAL COM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM MESA DE TRAÇÃO;
- 2) ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO;
- 3) POSICIONAMENTO DE CAMPOS ESTÉREIS;
- 4) INCISÃO VIA LATERAL EM QUADRIL DE APROXIMADAMENTE 5CM;
- 5) DIVULSÃO POR PLANOS ATÉ TROCANTER MAIOR;
- 6) PASSAGEM DE FIO GUIA SOB AUXÍLIO DE FLUOROSCOPIA;
- 7) INSERÇÃO DE FRESA INICIAL;
- 8) PASSAGEM DE HASTE 11X200MM SOB AUXÍLIO DE FLUOROSCOPIA;
- 9) RETIRADO FIO GUIA;
- 10) PASSAGEM DE PARAFUSO CEFÁLICO Nº 95;
- 11) PASSAGEM DE PARAFUSO CORTICAL PARA BLOQUEIO DISTAL Nº 35;
- 12) LIMPEZA COM SF0,9%;
- 13) SUTURA COM VYCRIL E NYLON;
- 14) CURATIVO ESTÉRIL.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Ayrton Ferraz
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 24.960

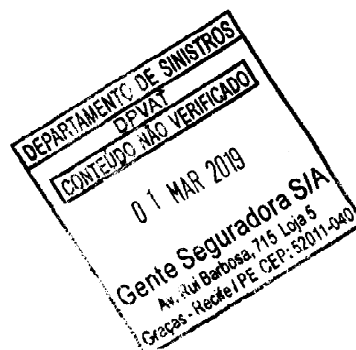
DR(A) : LUIZ ANTONIO DE CARVALHO
CRM : 13925

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Atendimento:	456356		
Dt Atendimento:	08/12/2018	- 12:17	Dt Alta: 17/12/2018 - 16:43
Paciente:	61089	MOACIR PEREIRA GALDINO	
Serviço:	15 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	Convênio:	1 SUS - INTERNACAO
Leito:	59 ORTL-508-LEITO 003	Plano:	1 GERAL
Motivo Alta:	1 ALTA MELHORADA	Usuário:	JENNIFERMLS
CID:			
Procedimento de Alta	0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA		
Observação de Alta			

JENNIFER MARTINS LIMA DA SILVA



Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

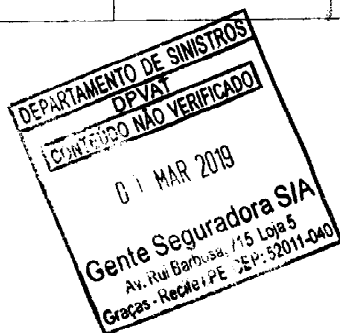


EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: MOACIR PEREIRA GALDINO REG: 61089

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
7/12/2018	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
14H	PACIENTE VITMA DE TRAUMA AMOTOMOBILISTICO HÁ 1 DIA REFERE DOR EM QUADRIL ESQUERDO. REFERE ALERGIAS A COMORBIDADES.
	AO EXAME: REG, LOTE, EUPNÉICO, NORMOCARDICO
	NORMOCORADO, HIDRATADO, ABCESSO EM 3° PDD
	. TEC <2S, SEM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, SEM SINAIS
	MIE: EM ROTAÇÃO EXTERNA
	DE SINDROME COMPARTIMENTAL
	HD: FRATURA TRANSTROCANTERICA DE TRAÇO REVERSO DE FEMUR ESQUERDO.
	CD. INTERNAMENTO SOB ORIENTAÇÕES DE DR FAGNER ATHAYDE
	<i>SOLICITO PREOP (Punk + Lab)</i>
	<i>Ian Busto Freire Ortopedia - Traumatologia CRM-PE 26.589</i>
	<i>Sist. Asmann</i>
<i>07/12/18</i>	<i>trauma evoluindo bem no leito</i>
	<i>sem queixas novas no momento</i>
<i>2:30</i>	<i>proceder: bloqueio do</i>
	<i>MIE: com amobilização</i>
	<i>MOL: procurar</i>



Cl. 1 Aguardar prep

Dr. Felipe Mendes



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: MOACIR PEREIRA GALDINO

IDADE: 47 **SEXO:** M

DATA DA ADMISSÃO: 07/12/18

REG: 61089

DATA DA ALTA: 17/12/18

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA TRANSTROCANTÉRICA ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE CEFALOMEDULAR CURTA EM 16/12

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- DEAMBULAR COM USO DE ANDADOR COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ÁLGICA;
- NÃO DEITAR SOBRE LADO OPERADO;
- FAZER USO DE AAS POR 35 DIAS;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Mariana Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
Médica Residente
CRM-PE 24973

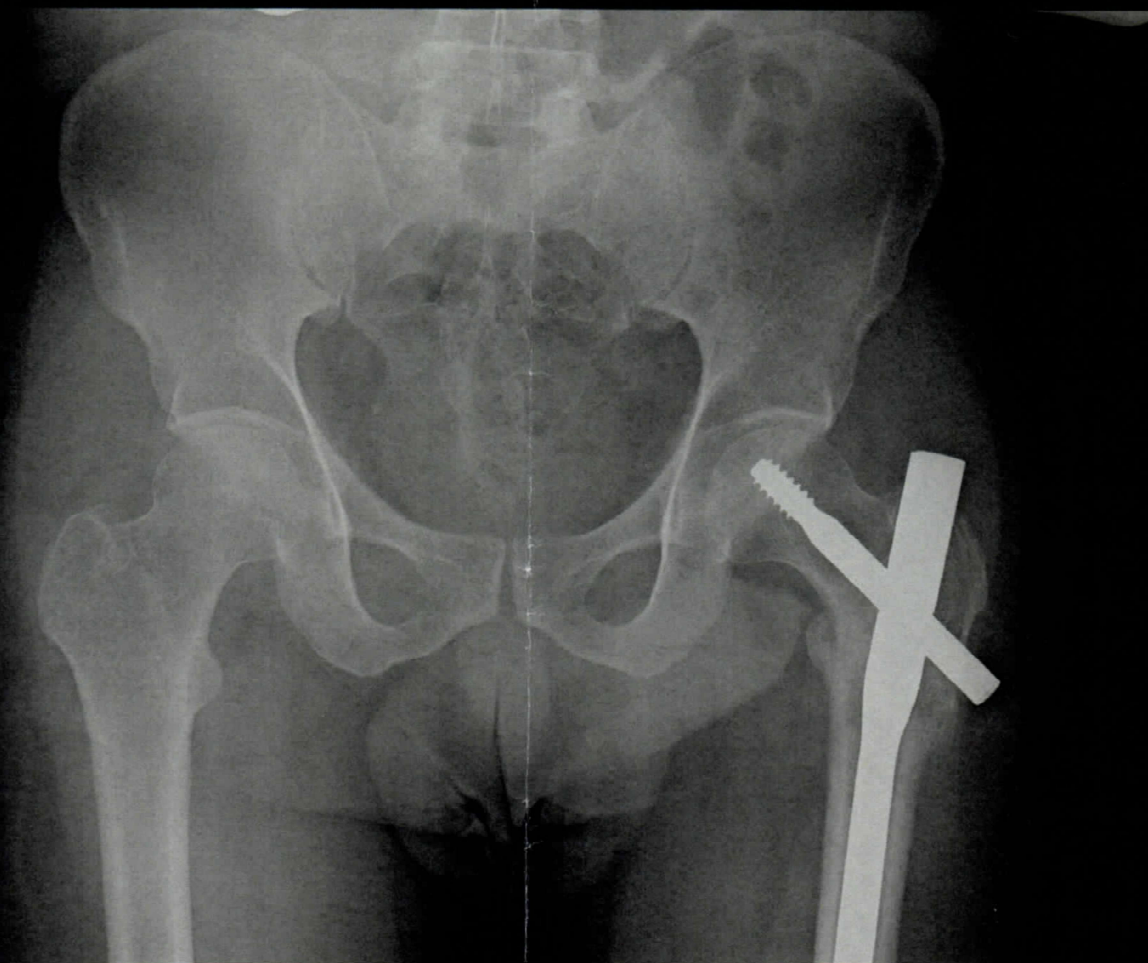
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE



61089

D



Nome: MOACIR PEREIRA GALDINO ID: 61089 Data: 06.02.2019 09:32:10
Nasc: 23.11.1971 Sexo: M

RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Serviço de Imagem:

Raios X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imip.org.br



Assinado eletronicamente por: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS - 26/06/2019 16:29:59
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19062616295909700000046376701>
Número do documento: 19062616295909700000046376701

Num. 47095215 - Pág. 1

61089



Nome: MOACIR PEREIRA GALDINO ID: 61089 Data: 06.02.2019 09:32:10
Nasc: 23.11.1971 Sexo: M

RADIOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIGITAL HOSPITAL MIGUEL ARRAES

Serviço de Imagem:

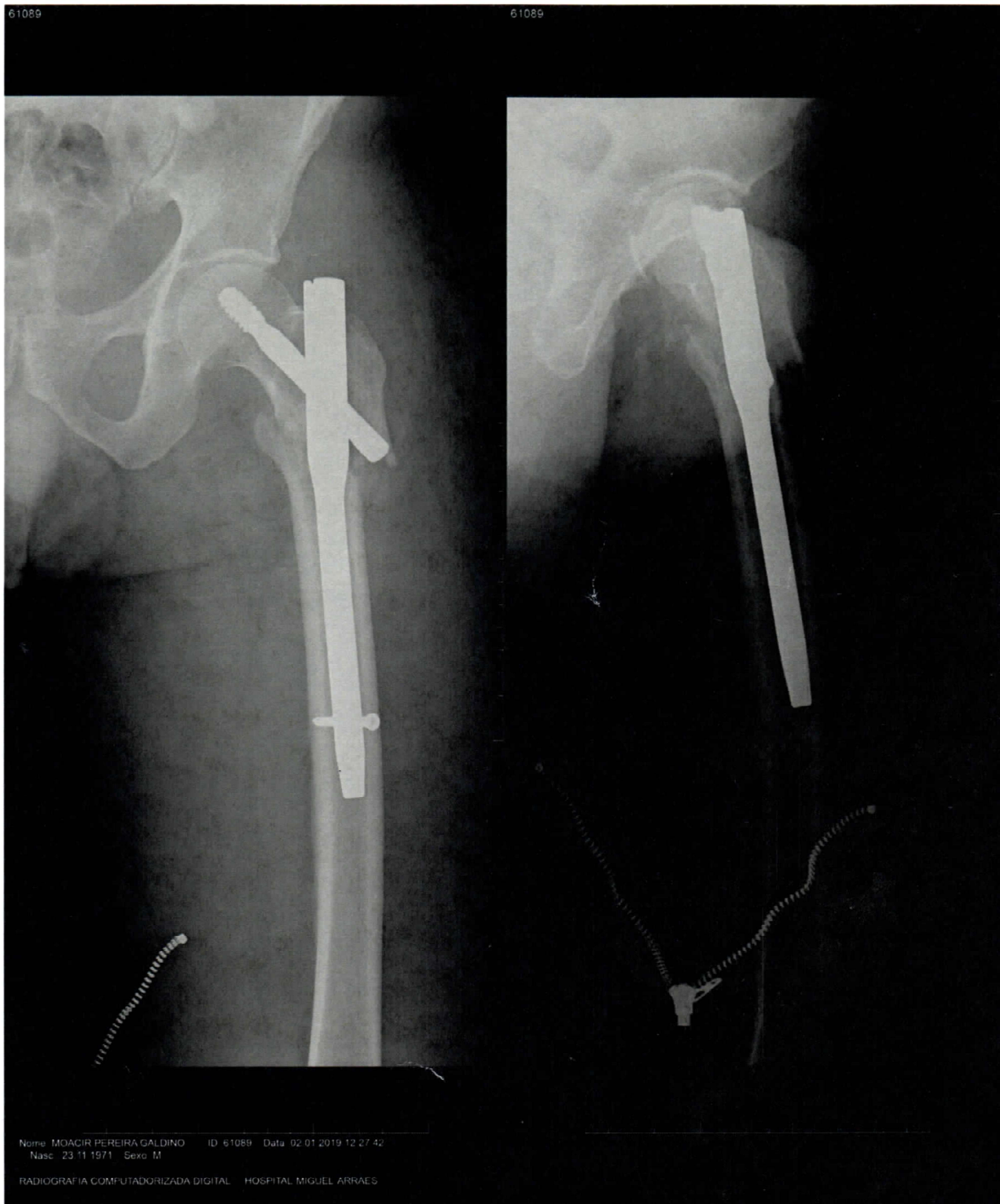
Raios X
Tomografia
Endoscopia
Ultrassonografia
Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imip.org.br





Serviço de Imagem:
 Raios X
 Tomografia
 Endoscopia
 Ultrassonografia
 Ecocardiograma

Estrada da Fazendinha S/N, Jaguaribe, Paulista-PE, CEP: 53.413-000 -
PABX: 81-3181-9600/FAX: 3181-9617



hma.imip.org.br



SINISTRO 3190180839 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MOACIR PEREIRA GALDINO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** GENTE**SEGURADORA** S/A**BENEFICIÁRIO** MOACIR PEREIRA GALDINO**CPF/CNPJ:** 83385690463**Posição em 29-05-2019 13:55:30**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/03/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

