

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: HEMERSON PAIVA DAS MERCES, brasileira, portador(a) da Cédula de Identidade sob o nº. 6.403.5520-SDS/PE, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 060.139.854-80, residente e domiciliado(a) na RUA TIJUCA, Nº 13-ÁGUAS COMPRIDAS-OLINDA-PE – CEP: 53190-001

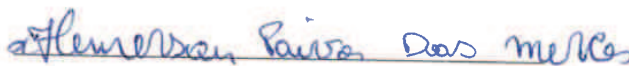
OUTORGADO: RODRIGO ALVES DIAS, brasileiro, solteiro, Advogado, OAB/PE 23.351, **JAIME MARÇAL DANTAS FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, devidamente inscrito na OAB-PE sob o nº. 33.947, **THIAGO FELIPE DIAS DE MELO**, Identidade sob o nº 18.533 MT/PE, estagiário de direito, todos com endereço na Rua Helena de Lemos, 330, Sala 102, Ilha do Retiro/Recife/PE.

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

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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

Recife, ____ de _____ de 201____.


AUTOR(A)



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **HEMERSON PAIVA DAS MERCES**; 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, ____ de _____ de 2019.

hemerson paiva das merces



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CAMBIO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1422190038

PROIBIDO PLASTIFICAR
1422190038

PERNAMBUCO

Nome: **HERMERO PAIVA DAS MERCE**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **6403520 SDS PE**

CNPJ: **060.139.854-80** DATA NASCIMENTO: **18/08/1984**

FILIAÇÃO: **GESILDO SANTIAGO DAS M
ERCE
ELIANE PAIVA DAS MERCE
S**

PERMISSÃO: **0000000000** ACC: **0000000000** CAT. HAB: **2**

Nº REGISTRO: **04377956384** VALIDADE: **04/05/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **09/06/2008**

OBSERVAÇÕES:

Assinatura do Portador: *Hermes P das merce*

DATA EMISSÃO: **04/05/2017**

LOCAL: **RECIFE - PE**

Assinatura do Emissor: *Charles Anderson Soares Ribeiro*
Diretor Presidente

04650681499
PE079041353

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
28 MAIO 2019
Gente Seguros S/A.
Av. São Bartolomeu, nº 715 - Loja 5
Recife / PE - CEP: 52011-040



525806
0180150 / 19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0115002092**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/05/2019** às **08:38**

Complementa o BO Número: **19E0115002081**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **31/7/2018** às **08:20**

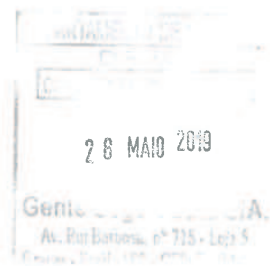
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA RUI BARBOSA, 1, PRAÇA DO ENTROCAMENTO** - Bairro:
GRACAS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DANIEL DA SILVA BRITO (OUTRO)
HEMERSON PAIVA DAS MERCES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **HEMERSON PAIVA DAS MERCES**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

HEMERSON PAIVA DAS MERCES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELIANE PAIVA DAS MERCES** Pai: **GEDILSON SANTIAGO DAS MERCES** Data de Nascimento: **18/8/1984** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6403520/SDS/PE (RG), 06013985480 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Profissão: **MOTOBOY** Endereço Residencial: **RUA TIJUCA, 13 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUAS COMPRIDAS - OLINDA/PERNAMBUCO /BRASIL**

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

DANIEL DA SILVA BRITO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEICULO. (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

21/05/2019 08:31



VEICULO, (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DANIEL DA SILVA BRITO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **HEMERSON PAIVA DAS MERCES**

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

Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PG00436** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

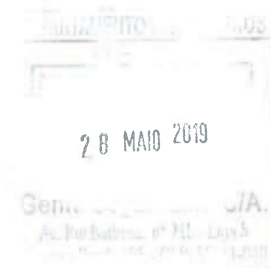
Complemento / Observação

A VITIMA PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PGO- 0436/PE, DE PROPRIEDADE DE DANEIL DA SILVA BRITO, PELA CITADA RUA, QUANDO OUTRA MOTO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS, PAROU DE REPENTE NA FRENTE DA MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAUSANDO A QUEDA DA VITIMA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU, OCCRENCIA N° 1092800, COM FRATURAS NO 4° E 5° METATARSOS DO PE DIREITO, QUAL FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO.

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


HEMERSON PAIVA DAS MERCES
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **ALESSANDRA GOMES DA SILVA** - Matrícula: **272802-8**



21/05/2019 08:31



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DANIEL DA SILVA BRITO,
RG nº 7.514.298, data de expedição / / ,
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 044.323.834-64, com
domicílio na cidade de OLINDA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
CASTRO ALVES, nº 437,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima HEMERSON PAIVA DAS MERCEDES cujo o condutor era
HEMERSON PAIVA DAS MERCEDES.

Veículo: HONDA
Modelo: NXR 150 BROS
Ano: 2012
Placa: PGO-0426
Chassi: 9C2KDD550DR212600
Data do Acidente:
Local e Data: OLINDA, 14 DE JANEIRO DE 2019.

1º Cartório de Notas
de Olinda

Daniel da Silva Brito
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

1º Cartório de Notas de Olinda Praça do Carmo N. 15 R.
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) aposta(s) na minha presença de
DANIEL DA SILVA BRITO

Olinda, 14 de janeiro de 2019, 12:16:49

Emol.: R\$ 3,59 TSMR: R\$ 1,20 Totais R\$ 4,79
Válida somente com o selo 0073502.04001201901.00968
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Reconhecer firma por Autenticidade.



Reconhecer firma por Autenticidade.





Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 019.11.2018
EM: 12.11.2018

Atendendo ao requerimento do Sr. **AGENOR JOSÉ DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **1724300** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **311.453.704-97**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-508320**, que no dia 31 de julho de 2018, o paciente Sr. **HEMERSON PAIVA DAS MERCES**, portador do Documento de Identidade nº **6403520** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **060.139.854-80**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo moto e moto, por volta das 08h20, na Avenida Rui Barbosa, na Praça do Entroncamento, em frente ao Colégio Vera Cruz, Graças, Recife/PE e, sendo encaminhado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 12 de novembro de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife


Dr. **Sérgio Parente Costa**
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

28 MAIO 2019

2019-05-28 S/A.
Rua da Boa Vista, nº 715 - Loja 5
Recife - PE - CEP: 52011-000





BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: HEMERSON PAIVA DAS MERCES

1. Ocorrência da Emergência: 611990

1.1 - Atendimentos em: 31/07/18

1.2 - Às 09 horas e 07 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 192800

2.1 – Internado em: 31/07/18

2.2 - Alta em: 21/08/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS + EXTENSO FERIMENTO NO DORSO DO PÉ DIREITO.

4. Tratamento: 1º CIRÚRGIA EM 31/07/18 = LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º METATARSOS DIREITOS + SUTURA. 2º CIRURGIA EM 14/08/18 = FASCIOTOMIA + TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 5º METATARSO DIREITO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 26.11.2018

HORA: 11:10:19

PASTA: 01.11.2018

TB

RS

Dr. Tadeu Buril
SDC - CREMEPE-3019
MAT. 0586683

Dr. Tadeu Buril.

28 MAIO 2019





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



MT: 612554 106/5

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 611990

Prontuário: 1092800

Nome: HEMERSON PAIVA DAS MERCES

Data Nasc.: 18/08/1984

Idade: 33

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 6403520

CNS: 702.100889409870

Endereço: RUA TIJUCA

Nº: 13

Bairro: AGUAS COMPRIDAS

Cidade: OLINDA

Estado: PE

CEP: 53190000

Fone: 86583040

Profissão:

Nome da Mãe: ELIANE PAIVA DAS MERCES

Acompanhante:

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT. POR ENF. MARGARIDA, REFERE ACIDENTE DE TRANSITO COM COLISAO MOTO / MOTO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

ATENDIMENTO DATA 31/07/2018 HORA: 09:07 h Médico:

Síntese Principal / HDA: Colisão Moto x Moto. Com lesões em M/D

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 ☐ Tipo: ☐ Local de Impacto: ☐
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Por: ☐ Transporte Realizado por: ☐
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: ☐ Por que: ☐
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐
Observações:

Exame Físico:

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

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

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

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Motora
Escore: Hora:





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

Não / Inconforto abdominal

Diagnóstico Inicial: *Patologia Clínica*

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Relatório Cirúrgico

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Relatório Cirúrgico

Resultado de Exames:

*Paqu coast 1 cm
Quiloma 1 cm*

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Tratamento / Procedimentos:

*Oncofaco gástrico com fístula exposta
No 8 = ①; Sinto Novo Rx.*

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

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

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Assist. Social:

Providências:

Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos ☐

Assist. Social

Observações:

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

- 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:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Cadastramento: 31/07/2018 09:07 h JOSENEIDEAS

Impressão: 31/07/2018 09:07 h JOSENEIDEAS

Colostomia 02j + no 10 lev. + transpl. 00j + 20j de 0,9%

Rx ja ① Nf/O 8/000. R8 ou outro.

No Bloco cirúrgico.

Médico: *[Assinatura]*

Hugino Marchão
Ortopedia - Traumatologia
CRM 14859/1-01-1087



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 31/07/2018 08:56

Nome Paciente: HEMERSON PAIVA DAS MERCES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/08/1984
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: E0010
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 31/07/2018 08:57 - 31/07/2018 08:59

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE COLISAO MOTO/MOTO, EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID
NEGA VOMITOS E DESMAIOS

Observação: TRAZIDO PELO SAMU RECIFE, DIRETO DA VIA PUBLICA

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 60.00 BPM (RÍTMICO)
- TEMPERATURA: 36.00 °C

28 MAIO 2019

Gente Consultoria S/A.
Av. Rui Barbosa, 2715 - Loja 5
União - Recife/PE - CEP: 51200-000

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:

ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 31/07/2018 08:59

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 15/08/2019 18:04:00

<https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081518035997800000048598330>

Número do documento: 19081518035997800000048598330

Num. 49361198 - Pág. 12



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 enfermagem 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: _____

HGV-1028.V.1.2013.

Av. General San Martín s/n - Cordeiro
Recife/PE - CEP: 51533-000
Fone: 0XX81 31845500





HEMERSON PAIVA DAS MERCES		01092800	702100889409
612554	MASCULINO	34a 0m 3d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

31/07/18: FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5ºMTTD.

Tratamento:

14/08/18: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE 4º E 5ºMTTD.

OBS:

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DO GRUPO PÉ/TORNOZELO EM 15 DIAS / ANALGESIA / ANTIBIOTICOTERAPIA POR 7 DIAS

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
31/07/2018	21/08/2018

Recife, 21 DE AGOSTO DE 2018

Dr. Felipe Frágoso
Médico
CRM-PE 26180

FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM: Nº.26180



HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martín, S/N - Cordelro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



Assinado eletronicamente por: Rodrigo Alves Dias - 15/08/2019 18:04:00

<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081518035997800000048598330>

Número do documento: 19081518035997800000048598330



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: HEMERSON PAIVA DAS MERCES **REGISTRO:** 1092800

Data da operação: 31/07/2018

Operador: DR HYGINO

1º auxiliar: DR LYSON (R2)

2º auxiliar: ANDREY DUARTE (MR1)

Anestesista: PLANTONISTA

Diagnóstico pré-operatório:

**FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º METATARSO DIREITOS + FERIMENTO
EXTENSO EM DORSO DO PÉ DIREITO**

Tipo de operação:

**LMC + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS +
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º
METATARSO DIREITOS + SUTURA**

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Assepsia e Antissepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observado ferimento extenso em região dorsal do pé direito com exposição de tendões extensores do 4º e 5º PDD.
- 5) Perfusão lentificada em 5º PDD
- 6) Feita Limpeza copiosa com SF 0,9%
- 7) Desbridamento de tecidos desvitalizados
- 8) Nova limpeza Copiosa com SF0,9%
- 9) Aposição de Fio K 2.0mm em 5º MTTD
- 10) Aposição de Fio K 1.5 mm em 4º MTTD
- 11) Sutura da pele com nylon 3-0 (aproximação dos bordos da lesão)
- 12) Curativo estéril
- 13) Aposição de tala suro podálica em MID
- 14) Observada perfusão lentificada em 5º PDD
- 15) Ao grupo do pé e tornozelo

Dr. Andrey Freitas Duarte
Ortopedia e Traumatologia
CRMPE 26721

