

## INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

**OUTORGANTE:** ANDERSON DE SANTANA BEZERRA, brasileiro, casado, aux. de serviços gerais, inscrito no CPF sob o nº 087.869.894-99, portador da cédula de identidade nº 7.846.071 SDS/PE, com endereço no Lot. Sinhazinha, nº 14 – Sinhazinha - Cep. 55.700-000.

**OUTORGADOS:** RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, portadores, respectivamente, da OAB/PE nº. 22.362 e 28.570, ambos com endereço profissional na Avenida Governador Agamenon Magalhães, nº 4318, sala 1510 – Paissandu – Recife – PE – Cep. 50070-160 – Fone: (81) 3445.0715 / 9.8610-8166 / 9.9982-1579 / Email: renathaccs@hotmail.com.

**PODERES:** Da cláusula “Ad Judicia” representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

**CONTRATO DE HONORÁRIOS:** Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar ao **OUTORGADO** o percentual de **30 % (trinta por cento)** sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

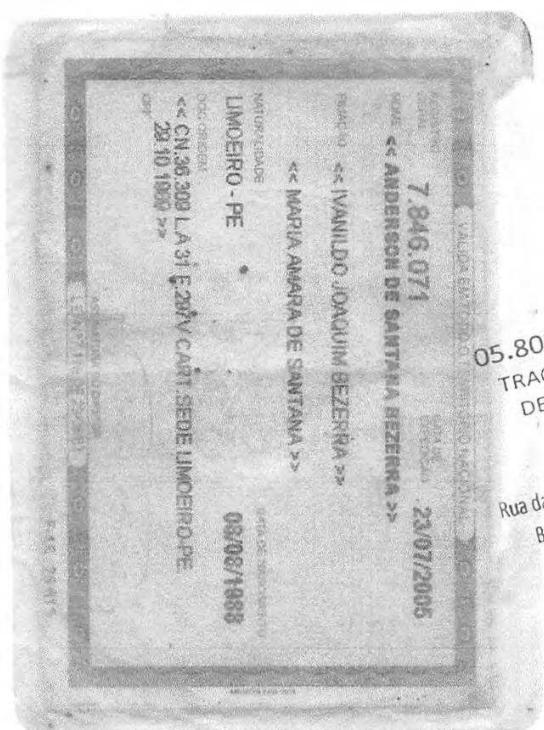
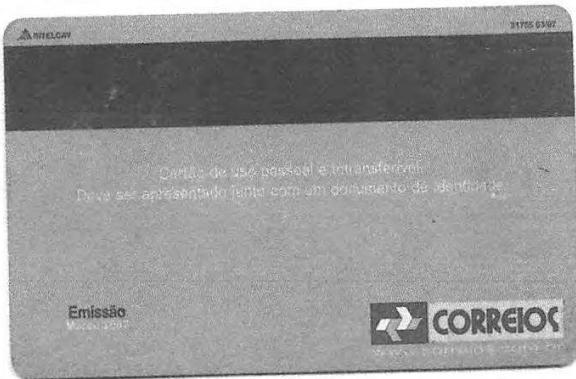
**DECLARAÇÃO DE POBREZA:** Eu, **SONIA MARIA DA COSTA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

Limoeiro-PE, 29 de julho de 2019

  
ANDERSON DE SANTANA BEZERRA

Outorgante/Declarante





Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 16/09/2019 11:58:34  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091611583451400000050067118>  
Número do documento: 19091611583451400000050067118

Num. 50861658 - Pág. 2

## SINISTRO 3190397774 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ANDERSON DE SANTANA BEZERRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** TRAÇÃO

**CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME**

**BENEFICIÁRIO** ANDERSON DE SANTANA BEZERRA

**CPF/CNPJ:** 08786989499

### Posição em 26-07-2019 15:52:55

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/07/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 115ª CIRCUNSCRIÇÃO - LIMOEIRO - DP115ºCIRC  
DINTER1/16ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0205000412**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/02/2019 às 08:10**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **28/1/2019 às 21:10**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, PRÓXIMO A SUB-ESTAÇÃO** - Bairro: **JOSE FERNANDES SALSA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
ADRIELE MARIA DA SILVA NASCIMENTO ( OUTRO )  
ANDERSON DE SANTANA BEZERRA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANDERSON DE SANTANA BEZERRA

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

**ANDERSON DE SANTANA BEZERRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mão: **MARIA AMARA DE SANTANA** Pai: **IVANILDO JOAQUIM BEZERRA** Data de Nascimento: **8/8/1988** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7846071/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS** Telefones Celulares: **- 95417088**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 340, RUA SANTA ROSA DE LIMA - CEP: 0 - Bairro: JOSE FERNANDES SALSA - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

**ADRIELE MARIA DA SILVA NASCIMENTO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIELE MARIA DA SILVA NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ANDERSON DE SANTANA BEZERRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**



Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: **PEB0441** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **110313399** Chassi: **LXYXCBL02F0265555**  
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

Complemento / Observação

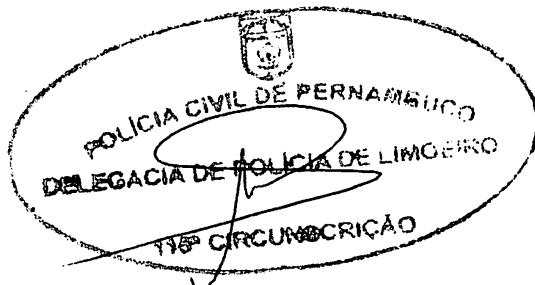
**SEGUNDO A VÍTIMA ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO ACIMA CITADO, QUANDO FOI FAZER UMA MANOBRA PARA A ESQUERDA COM O VEÍCULO, O PNEU FUROU E A VÍTIMA CAIU NA VIA. UM AMIGO DA VÍTIMA CHEGOU AO LOCAL, IMOBILIZOU AMADORAMENTE O BRAÇO DA VÍTIMA E O LEVOU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE LIMOEIRO (PRONTUÁRIO N° 7937, OCORRÊNCIA N° 140302). A VÍTIMA TEVE LESÕES NO BRAÇO ESQUERDO E SEU VEÍCULO TEVE PEQUENAS AVARIAS. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO, "ENCERRO ESTE DOCUMENTO".**

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

**ANDERSON DE SANTANA BEZERRA  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **DULCIANA SANTOS DO MONTE** - Matrícula: **297083-0**

X Anderson de Santana Bezerra



25/02/2019 08:



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

H O S P I T A L

Getúlio Vargas



Paciente: ANDERSON DE SANTANA BEZERRA

Prontuário: 01109817

Data de Nascimento: 08/08/1988

Idade: 30a 6m 11d

Sexo: MASCULINO

## RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnóstico de:

FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI À ESQUERDA.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Feito o Exame de ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

### Observação:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) NO DIA 29/01/19, CHEGA AO SERVIÇO APRESENTANDO FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI À ESQUERDA. NO MESMO DIA FOI REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. PACIENTE EVOLUI BEM CLINICAMENTE, SEM QUEIXAS. NO MOMENTO AINDA SEM SINAIS DE CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA, PORÉM RADIOGRAFIA EVIDENCIÁ BOA MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO. NECESSITA PERMANÊNCIA DA TALA AXIOPALMAR POR MAIS 3 SEMANAS (TOTALIZANDO 6 SEMANAS AO TODO) PARA POSTERIOR INÍCIO DE FISIOTERAPIA PARA REABILITAÇÃO, AO PERITO MÉDICO A AVALIAÇÃO DAS QUESTÕES TRABALHISTAS.

Dr. Felipe Fragoso  
Médico  
CRM-PE 26180

Recife, 18 DE FEVEREIRO DE 2019

FELIPE SILVA FRAGOSO - CRM: Nº.26180

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



Assinado eletronicamente por: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA - 16/09/2019 11:58:34  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091611583451400000050067118>  
Número do documento: 19091611583451400000050067118

Num. 50861658 - Pág. 6



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL  
Getúlio Vargas



SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

*Audirson de Fautano Braga*

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CLÍNICA:

*on Dó Picos*

ENFERMARIA:

LEITO:

Nº DO REGISTRO:

*Mo 817*

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F:

M:



MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

*Fraturu Gallezzi e R*

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

*cururg*

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: *29/1/13*

DATA DA ALTA: *30/1/13*

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO		
2	1º AUXILIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXILIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	<input type="checkbox"/>	HEMODIÁLISE	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	DIÁRIA DE UTI	<input type="checkbox"/>	USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MUDANÇA DE PROCEDIMENTO	<input type="checkbox"/>	USO DE OXIGÊNIO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	USO DE ÓRTESE E PRÓTESE	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)  
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS

*Fraturu Gallezzi e R*

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

*reles*

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

MOTIVO DA ALTA:  CURADO  MELHORADO  TRANSFERÊNCIA  ÓBITO:  
 OUTROS \_\_\_\_\_  IML  SVO  BO: \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/DATA DE RETORNO):

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

*Dr Carlos Ribeiro  
Ortopedia-trauma-108  
CRM 15.463*

DATA

*30/1/13*

MÉDICO RESPONSÁVEL  
ASSINATURA/CARIMBO/CRM

Avenida General San Martin s/n – Cordeiro  
Recife/PE – CEP 50.630-060  
Fone: 0XX.81.31845800

HGV.1010.V.1.2013.



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



**BOLETIM DE ESCLARECIMENTO**

**NOME:** ANDERSON DE SANTANA BEZERRA

**1. Ocorrência da Emergência:** 679966

1.1 - Atendimentos em: 29/01/19

1.2 - Às 00 hora e 22 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

**2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1109817**

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em: 30/01/19

**3. Hipótese Diagnóstica:** FRATURA LUXAÇÃO DE GALEAZZI À ESQUERDA (FECHADA).

**4. Tratamento:** CIRURGIA EM 29/01/19 - REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

**5. Observação:** ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO.

DATA: 31.5.2019

HORA: 12:25:53

PASTA: 01.05.2019

GSL

RS

Gustavo Souza Leão  
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.



# HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER\_V2

Data e hora retirada da senha: 29/01/2019 00:13

	Nome Paciente:	ANDERSON DE SANTANA BEZERRA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	
	Sexo:	Masculino
	Idade:	30
	Senha:	E0001
	Convênio:	-
	Atendimento:	
	SAME:	

Período: 29/01/2019 00:14 - 29/01/2019 00:14

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

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: RELATO DE DOR E LUXAÇÃO EM MSE APOS QUEDA DE MOTO.  
HAS-  
DM-  
ALERGIA NEGA

Observação: LIMOEIRO

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DEFORMIDADE GROSSEIRA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: ALESSANDRO AGOSTINHO PEREIRA DE LUCENA - COREN: 66261 - FUNÇÃO:  
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/01/2019 00:14





**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**



**1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

				ATENDIMENTO: 679966	Prontuário: 1109817
Nome: ANDERSON DE SANTANA BEZERRA	Data Nasc.: 08/08/1988	Idade: 30	Sexo: MASCULINO	Cor:	
CPF: RG: 7946071					CNS:
Endereço: RUA SANTA ROSA DE LIMA					Nº: 340
Bairro: CENTRO	Cidade: LIMOEIRO				Estado: PE
CEP: 55700000	Fone: 98892106	Profissão:			
Nome da Mãe: MARIA AMARA DE SANTANA					
Acompanhante: ADRIELE MARIA DA SILVA					
Nome do Conjugue:					
Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS					
Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
Ocorrência: SENHA - 5608372 ACIDENTE DE MOTO HOSP. LIMOEIRO					
Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>					

2 - ATENDIMENTO	DATA: 29/01/2019	HORA: 00:22	h	Médico:
Queixa Principal / HDA: <i>Picada de inseto na mão e queimadura em confusão.</i>				

<b>História do Trauma</b>					
Perda da Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Type:	
Colisão: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:		Motorista: <input type="checkbox"/>	Passageiro: <input type="checkbox"/>	
Atropelamento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:		Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Altura m	
Vítima de Ferimento: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Type:		Transporte Realizado por:		
Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:		Por que:		
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>					
Observações: <i>Algo com infecção.</i>					

<b>Exame Físico:</b>					
A: Geral	Via aérea está pélvia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Temp.: C°		
<i>Consciente, consciente, lento, crônica, apagado</i>					

<b>Respiratório</b>					
<i>Spiráculos.</i>					
C: Circulatório	PA: x	mmm	Pulso: bpm:		
<i>Cardiaca regular.</i>					
D: Exames Neurológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocôricas <input type="checkbox"/> Anisocôricas <input type="checkbox"/>			
Glasgow: Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora			
Escore: Hora:	Escore: Hora:	Escore: Hora:			
<i>Consciente 15</i>					



1 de 2





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
H O S P I T A L  
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde - HGV



## RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: ANDERSON DE SANTANA BEZERRA

REG: 1109817

Data da operação: 29/01/2019

Operador: DR. RAFAEL LUZ 1º auxiliar: DRA HANNA MR1

### Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA-LUXAÇÃO DE GALEAZZI À ESQUERDA (FECHADA)

### Tipo de operação:

REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA-LUXAÇÃO DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO

### Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal após anestesia (bloqueio de plexo em MSE + sedação);
- 2) Assepsia e antisepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Aposição de garrote em MSE;
- 5) Incisão em face dorsal de antebraço esquerdo sob via de Henry
- 6) Divulsão por planos até o foco de fratura de rádio esquerdo;
- 7) Identificação de foco de fratura de rádio esquerdo;
- 8) Realizada redução cruenta e aposição de placa DCP 3,5 de 07 furos fixada com 06 parafusos corticais (03 proximais e 03 distais);
- 9) Observada por visualização direta foco de fratura com redução satisfatória;
- 10) Observado instabilidade da ARUD esquerda ao exame físico e à manobra de pronação;
- 11) Realizada redução de ARUD esquerda em supinação + fixação da mesma com fio K.  
2.5 (de ulnar para radial)
- 12) Não foi possível confirmar redução sob fluoroscópio, pois o mesmo estava indisponível no momento (após contato telefônico com técnico de radiologia do plantão o mesmo informou que devido energia estar ligada através de gerador apenas não é possível ligar o fluoroscópio)
- 13) Sutura por planos com Vycril 0 e Nylon 2-0;
- 14) Curativo estéril
- 15) Retirado garrote de MSE
- 16) Observado boa perfusão distal
- 17) Aposição de tala gessada axilo-palmar em MSE

Dra. Hanna Emile  
Médica  
CRM-PE 17984 / CRM-PE 26633

