

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: Silvio Manoel do Nascimento, Brasileiro,
Solteiro, Desempregado, CPF: 071.327.324-04, Residente
Na Rua Canada, Nº 330, Aldeia Camazás, Camará-BR-PE.
Cep. 54783-710.

OUTORGADOS: **RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA**, advogados, portadores, respectivamente, da **OAB/PE n. 22.362 e 28.570**, ambos com endereço profissional na Avenida Governador Agamenon Magalhães, nº 4318, sala 1510 – Paissandú – Recife – PE – Cep. 50070-160 – Fone: (81) 3445.0715.

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, Silvio Manoel do Nascimento, 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.

Recife, 09 de Dezembro de 2019.

Silvio m. gomes do nascimento

Outorgante/Declarante



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

NOME: SILVIO MAROEL GOMES DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 7165615 BDS PE

CPF: 071.327.324-04

DATA NASCIMENTO: 28/02/1988

FILIAÇÃO: JOAO MAROEL DO NASCIMENTO ROSA GOMES DA SILVA

PERMISSÃO: ACC AD

VALIDADE: 05/08/2019

P. HABILITAÇÃO: 02/05/2012

Nº REGISTRO: 05480395442

OBSERVAÇÕES: Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador: *Silvio m. gomes do nascimento*

DATA EMISSÃO: 22/08/2014

LOCAL: RECIFE - PE

Assinatura do Emissor: *Luiz Vinícius*

68766404318
PE061112615

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
966344666

PROIBIDO PLASTIFICAR
966344666

ARUANA SEGRADORA
28 AGO 2013



SINISTRO 3190504224 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA

SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 07132732404

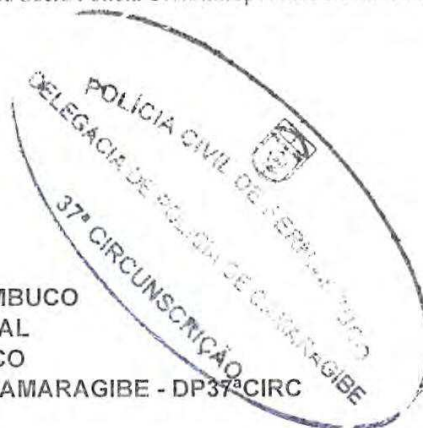
Posição em 14-11-2019 13:21:00

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0127004137**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/07/2018** às **16:33**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/9/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, ESTRADA DE ALDEIA, KM 18** - Bairro:
ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
SEVERINO ALVES DA SILVA (OUTRO)
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (VITIMA) ✓

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**

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

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ROSA GOMES DA SILVA** Pai: **JOAO MANOEL DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **28/2/1988** Naturalidade: **CAMARAGIBE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA CANADA, 330, PROXIMO AO ANTIGO BAR DE BOCA DE BOI - CEP: 55000-000 - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

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

CELTA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SEVERINO ALVES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

07/07/2018 16:14



Placa: **KIQ7950** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Renavam: **223324973** Chassi: **9BGRZ08F0BG148752**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

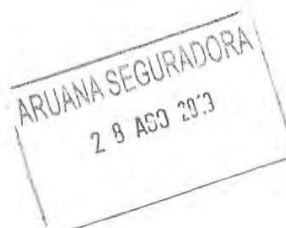
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NA MADRUGADA DO DIA 24 DE SETEMBRO DE 2017 VEIO SOFRER UM ACIDENTE ENQUANTO ESTAVA CONDUZINDO UM VEICULO DE UM AMIGO. QUE NESSE DIA ESTAVA CHOVENDO MUITO E COM POUCA VISIBILIDADE QUANDO SOBROU NUMA CURVA E VEIO CAPOTAR O VEICULO. O MESMO ESTAVA ACOMPANHADO POR OUTRAS TRES PESSOAS QUE NÃO SOFRERAM LESOES. O MESMO FICOU DESACORDADO, SENDO INFORMADO QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS DIRETO PARA O HOSPITAL DA RESTAURACAO, FICANDO EM ESTADO DE COMA POR CERCA DE SETE, FICANDO EM INTERNAMENTO POR DEZ DIAS. O MESMO TEVE DRENAGEM DE HEDA A DIREITA, E FEZ UMA CIRURGIA NA CABEÇA.

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

Silvio m. gomes do nascimento.
SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *A* **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**



07/07/2018 16:14





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

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000782 Div. Op.

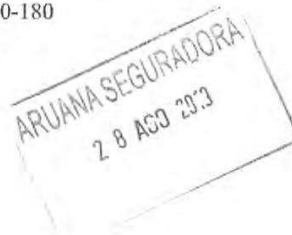
Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(a). FERNANDA BRANDÃO DE OLIVEIRA , 35 anos, BRASILEIRA (a), SOLTEIRO(a), RG nº 6141955 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 056.639.994-69, residente à RUA CÔNEGO JOSÉ FERNANDES MACHADO , nº 233, CASA, VARZEA , RECIFE -PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 24/09/2017, por volta das 04:13 hs, no endereço: RODOVIA PE 27, 19, CHÃ DE CRUZ PAUDALHO-PE, referente a um(a) CAPOTAMENTO, envolvendo AUTOMOVEL CELTA CINZA KIQ7950-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(a) SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO , inscrito sob o CPF nº 071.327.324-04 e Registro Geral ° 7165615, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 707072-1 FELIX. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 1605392. Ficou aos cuidados do médico XX, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 15/07/2019

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 2019APH000782

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

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





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



ENFERMARIA 502 8

#IDENTIFICAÇÃO

NOME: ELVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

IDADE: 39 ANOS

REGISTRO: 1605392

ADMISSÃO HR: 24/09/17

ADMISSÃO SENE: 25/09/17

#ET:

- PG DE DRENAGEM DE HEMATOMA DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

#CONDIÇÕES:

- SOLICITO ROTINA DE ADMISSÃO

- DE CONTROLE

- VIGILANCIA NEUROLÓGICA

- EST RESPIRATÓRIA

- AVAL. OFTALMO

- VEM

DR.: _____



HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

24/09/2017 05:30



Nome Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 28/02/1988
Sexo: Masculino
Idade: 29
Senha: U0016
Convênio:
Atendimento:

24/09/2017 05:30 - MARCIA LIRA DE ARAUJO - COREN: 18361 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

Prioridade:

LARANJA - MUITO URGENTE

Cor:

LARANJA

Leixa Principal:

PACIENTE VITIMA DE CAPOTAMENTO HÁ 1 H, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA.
APRESENTANDO TRAUMA DE FACE, OTORRAGIA, RINORRAGIA, INCONSCIENTE.

Observação:

-

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MAIOR

Discriminador(es):

- ALTERAÇÃO SÚBITA DA CONSCIÊNCIA?

Especialidade:

NEUROCIRURGIA ADULTO

Alergia(s):

-

Sinais Vitais Lidos:

- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3

Acolhido(a) por: MARCIA LIRA DE ARAUJO
Data: 24/09/2017 05:30





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

PROTESE ETIQUETA

Número do Registro

869586	Data e Hora de Atendimento: 24/09/2017 05:36	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:
Cod. Paciente: 1605392 Data de nascimento: 28/02/1988 Estado Civil: SOLTEIRO	Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC Idade: 29a 6m 26d Profissão: Mãe: ROSA GOMES DA SILVA Pai:	Sexo: MASCULINO Acompanhante: Cartão SUS:
DOC ID / Data expedição /	Endereço: ESTRADA DE ALDEIA Bairro: ALDEIA Cidade: CAMARAGIBE	Numero 1 Complemento: UF: PE Telefone: 991588697
Vcorrências:		

Notificado 24/09/17
Vigilância Epidemiológica Hospitalar
VEH-HRVSES - NEP
ATT

Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO
Procedência: VIA PUBLICA

Informações do Serviço Social: <i>Deixamos seus familiares responsáveis</i>	
Confirmação de nome:	Fones:
Confirmação de endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/>	
Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/>	
Outros <input type="checkbox"/>	
Observação:	Assistente Social

História Clínica:
*VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO.
HÁBITO ETÍLICO. NÃO SÓBRIA.
PERDA DE CONSCIÊNCIA. TRABALHO FÍSICO.
COMO DE TAMBOR.*

Atendimento Médico			
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte realizado Por:	
Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:	
Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por Qué?		
Exame Físico:			
A: Geral	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Temp:
COLAR CERVICAL AUSENTE			
B: Respiratório	MVA <input checked="" type="checkbox"/> AXA <input checked="" type="checkbox"/> S.N.A.		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm	
PULSO: 110, SEM ACESSO VENOSO			

ARUANA SEGURADORA
28 AGO 2017

REALIZADO
24/09/2017

24/09/2017



EVOLUÇÃO

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO FACIAL.

SILVIO MANOEL GOMES	869586	502/08
---------------------	--------	--------

DATA: 27/09/17

10H55MIN

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, NORMOCORADO, EGREGULAR.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA E EQUIMOSE PERIORBITARIA BILATERAL, IMPOSSIBILIDADE DE AVALIAR ACUIDADE E MOTRICIDADE OCULAR NO MOMENTO, OPN E MANDIBULA FIRMES A PALPAÇÃO, DISCRETA MOBILIDADE EM MAXILA, OCLUSÃO ESTÁVEL, SEM QUEIXA RESPIRATÓRIA, ESCORIAÇÕES EM FACE, FERIMENTO EM REGIÃO FRONTAL JÁ SUTURADO SEM DÉBITO OU DEISCÊNCIA.

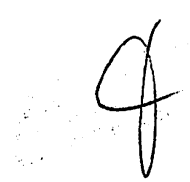
TC DE FACE SUGERE FRATURA DE MAXILA (D)

CD:

ALTA BMF

ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

ORIENTO DIETA LIQUIDA-PASTOSA



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente : *Silvio José Gomes Nogueira*

Nº do Registro : *605392*

Clinica : *NC2*

Nº do Leito :

Operador : *Dr. Rafael*

1º Assistente : *Dr. Raul*

2º Assistente :

Instrumentador :

Anestesista : *Dr. Luiz*

Anestesia :

Duração :

Data da Operação : *24/02*

Início :

Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : *HDD*

Diagnóstico Pós-Operatório : *D*

Operação Proposta : *Drumagem HDD + cranioplastia*

Operação Realizada : *''*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

*Realizada craniotomia dorsal lateralizada à esquerda
desaparece - encurtamento + colocação de curvas estais
craniotomia frontal direita + trussagem planarmente dorsal
desaparece de hemisfério espelho-dorsal + hemisfério +
encurtamento do dno
cranioplastia de fragmento dorsal + fechamento
pele +
colocação de drenos + hemisfério +
curvas local*

Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 16/12/2019 12:05:57

COD. 0342





REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: <u>Silvia Manuel Gomes</u>	REGISTRO: <u>1605392</u>
IDADE: <u>29</u>	SEXO: <u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/> <u>F</u> <input type="checkbox"/>
SETOR DE PROCEDENCIA: <u>Emergência</u>	

1-EQUIPE CIRÚRGICA

CIRURGIÃO: <u>Dr Rafael</u>	ANESTESISTA: <u>Dr Louise</u>
1º AUXILIAR: <u>Dr Karine</u>	2º AUXILIAR: <u>—</u>
INSTRUMENTADOR: <u>—</u>	
ENFERMEIRA: <u>Juliana</u>	CIRCULANTE: <u>Rute Bispo</u>

2-DADOS DA CIRURGIA:

CIRURGIA: <u>Desobstrução de HEDA</u>	INICIO: <u>14:25</u>	TÉRMINO: <u>16:15</u>
TIPO DE ANESTESIA: <u>geral</u>	INICIO: <u>13:30</u>	TÉRMINO: <u>16:30</u>

3-DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () GRAVE ()	NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: CONSCIENTE (X) ORIENTADO () SONOLENTO () SEDADO () INCONSCIENTE ()
REPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA (X) ENTUBADO () TRAQUEOSTOMIZADO ()	CIRCULAÇÃO: FREQUÊNCIA CARDÍACA <u>—</u> PULSO <u>—</u> PA <u>—</u>
PELE: ÍNTEGRA () LESIONADA (X)	DIURESE: ESPONTÂNEA (X) SONDAS () DISPOSITIVO URINÁRIO () ALERGIA: <u>—</u> PERTENCES: <u>—</u>
PREPARO PARA CIRURGIA: BANHO PRÉ-OP () TRICOTOMIA (X)	MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO: SIM (X) NÃO ()
PROTESE DENTÁRIA: SIM () NÃO (X)	

4-TRANS-OPERATÓRIO

POSICÃO: FOWLER () LATERAL () DORSAL (X) VENTRAL () GINECOLÓGICA ()	PROTEÇÃO OCULAR: SIM (X) NÃO ()	LOCAL DE PLACA CIRÚRGICA: <u>Dorso</u>
CONTAGEM DE COMPRESSAS INÍCIO: <input type="checkbox"/>	FINAL: <input checked="" type="checkbox"/>	CONTROLE DE PERFUROS: FIO AGULHADO: INÍCIO <u>—</u> FIM <input checked="" type="checkbox"/>
ANTIBIÓTICO PROFILÁTICO: SIM () NÃO (X)	QUAL: <u>—</u> HORA: <u>—</u>	PREENCHEU COTA: SIM () NÃO (X)
GARROTEAMENTO: SIM () NÃO (X)	TEMPO DE GARROTE: INÍCIO: <u>—</u> FINAL: <u>—</u>	
CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: <u>—</u>	CONFERIDO POR: <u>—</u>	HORA: <u>—</u>

5-EQUIPAMENTOS/MATERIAIS

MONITOR (X) OXÍMETRO (X) CAPNÓGRAFO (X) PNI (X) ASPIRADOR MONTADO (X) MANTA TÉRMICA () AP.VÍDEO () TORPÊDC	DE NITROGÊNIO (X) TORPÊDO DE CO ₂ () BISTURI ELÉTRICO (X) MICROSCÓPIO () CAVITRÓN () INTENSIFICADOR () BOMBA
DE INFUSÃO () DIPRIFUSOR () ESTIMULADOR DE NERVOS () DERMATÓMO () BISTURI ULTRASSÔNICO ()	
INTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM () NÃO (X)	

6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM () NÃO (X)	NOME DA PEÇA: <u>—</u>	MATERIAL: <u>—</u>
SOLUÇÃO: <u>—</u>	IDENTIFICADO POR: <u>—</u>	
CULTURA: SIM () NÃO (X)	EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)	GASOMETRIA: SIM () NÃO (X) RX: SIM () NÃO (X)





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

PROTESE ETIQUETA

Número do Registro

869586	Data e Hora de Atendimento: 24/09/2017 05:36	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual :
Cod. Paciente: 1605392 Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO SIC Data de nascimento: 28/02/1988 Idade: 29a 6m 26d Sexo: MASCULINO		
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão:	Acompanhante:
DOC ID / Data expedição /	Mãe: ROSA GOMES DA SILVA Pai:	Cartão SUS:
Endereço: ESTRADA DE ALDEIO Bairro: ALDEIA Cidade: CAMARAGIBE		Numero 1 Complemento: UF: PE Telefone: 991588697
Vcorrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO		
Ocedência: VIA PUBLICA		
Informações do Serviço Social: <i>Dependentes: Nenhum familiar em atendimento</i>		
Confirmação de nome:		Fones:
Confirmação de endereço:		Assistente Social Assistente Social - HR. Lara 3338
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Caso Social <input type="checkbox"/> Encaminhamentos: Rede de Apoio <input type="checkbox"/> GPCA <input type="checkbox"/> Cons.Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacias <input type="checkbox"/> Minist. Publico <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/>		Assistente Social
Observação:		
História Clínica: <i>VÍTIMA DE ACIDENTE DE CARRO. HABITO ETÍLICO. NÃO SÓBRIA PERDA DE CONSCIÊNCIA. TRATADO COMO DE DOMINGO</i>		
Atendimento Médico Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo: Transporte realizado Por: Imobilização Cervical: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: Condições de imobilização adequadas: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Por Quê?		
Exame Físico: A: Geral Via aérea está pervia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:		
COLAR CERVICAL AUSENTE		
B: Respiratório <i>INVT @ ALTA S.N.A.</i>		
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso: bpm
<i>PULSO: CHEIOS, SEM AUSO REFEITO</i>		

REALIZADO

10/09/2017
DATA: 24/09/2017
ASSINADO: *[assinatura]*
MDC: *[assinatura]*

[assinatura]
24/09/2017



Assinado eletronicamente por: EWERSON VILAR DE LIMA - 16/12/2019 12:05:57

https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121612055740600000054675941

Número do documento: 19121612055740600000054675941

18/10/17

Nome: **SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO** Idade: 29 Anos, 7 Meses e 20 Dias
Nome Social:
Registro: 01831130 Atendimento: 03095324 Data e Hora do Atendimento: 18/10/17 14:56
Endereço: RUA CANADA, 138, Aldeia dos Camarás, CAMARAGIBE
Mãe: ROSA GOMES DA SILVA

Consulta Enfermeiro (a) / Classificação: JONATHAS HENRIQUE SANTANA DA SILVA Prioridade: VERMELHO
Queixa Principal: REFERE EM OD TRAUMA (CAPOTOU COM O CARRO) HA +- 23 DIAS
Alergia:
Observação: RELATA NÃO CONSEGUIR ABRIR O OLHO DIREITO
ALEGA DESMAIO
NÃO LEMBRA SE VOMITOU

CONSULTA MÉDICA
PACIENTE REFERE PTOSE EM OE HA 24 DIAS, APOS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO SIC.

PERMANECEU INTERNADO NO HR DESDE TRAUMA ATE DIA 09/10/17.

TCD - HEDA À DIREITA (EM POS OPERATORIO DE HEDA? A DIREITA)

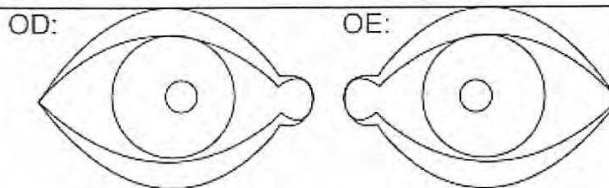
PACIENTE NAO TROUXE LAUDO DA TC .

ECTOSCOPIA / BIOMICROSCOPIA

OD: PTOSE COMPLETA, CONJ CALMA, HSC NASAL, CORNEA TRANSP, CAF, SEM RCA, FACICO

OE: NDN DE URGENCIA

PPO: HT E/D
VERSOES: LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO EM OD / PARECE HAVER DISCRETA RESTR IÇÃO DE ABDUÇÃO EM OD ? (POREM COMPARADO AO OE NAO PARECE)

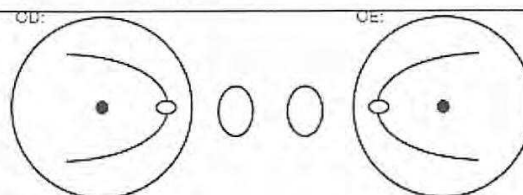


MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO

SELECIONE > NÃO REALIZOU

OD: NOC EP 0,3 VV E MACULA APARENTEMENTE SEM ALTERAÇÕES, RETINA APLICADA

OE: AO



AVL
S/C ☒ C/PH ☐ C/C ☐
OD: 20/100- ELEVANDO A PS
OE: 20/30

TONOMETRIA
HORA:
OD: 15
OE: 14

Exames: Gonioscopia ☐ / Outros (Reflexos/ Versões/ Reavaliação)

Retirada de Corpo Estranho ☐ Retirada de Sutura ☐ Colocação Lente Contato Terapêutica ☐ Tubo Ahmed ☐
PI por Yag Laser ☐ Ultrassom
CONDUTA:
DISCUTO CASO COM DRA MICHELLE QUE EXAMINA E ORIENTA:



ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA

RNM DE ORBITAS - ENC AO AMB DE PLASTICA E AMB DE ESTRABISMO PARA ACOMPANHAMENTO.
SOLICITO RET + OCT DE MACULA /PAM / ENC AO AMB DE RETINA PARA DESCARTAR QUALQUER ALTERAÇÃO QUE JUSTIFIQUE AVL.

CONSULTA COM ESPECIALISTA:

DIAGNÓSTICO: -	CID: clicar para informar o cid
PROCEDIMENTO:	HORAS EM OBSERVAÇÃO:
CONDIÇÕES DE ALTA: <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OBITO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVA <input type="checkbox"/> A PEDIDO	

Dr(a).KARINA CARVALHO MELO DE ARAUJO CRM: 20537 Data e Hora: 18/10/2017 15:38:17

TERMO DE CONSENTIMENTO

AUTORIZO A FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA A REALIZAR O TRATAMENTO, CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO, COM OU SEM EXAMES COMPLEMENTARE DEVIDO AO CARÁTER DE URGÊNCIA, COM TRANSPORTE PARA OUTRO SERVIÇO SE NECESSÁRIO.

NOME DO PACIENTE/RESPONSÁVEL	DOCUMENTO/PACIENTE/RESPONSÁVEL	ASSINATURA
------------------------------	--------------------------------	------------





Paciente: SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO
Registro: 01831130
Data da emissão do Laudo: 14/11/2017

LAUDO OFTALMOLÓGICO

Declaro que, a pedido e autorização do(a) paciente supracitado, o(a) mesmo(a) vem em acompanhamento na Fundação Altino Ventura desde o dia: 18/10/2017

Acuidade Visual com melhor correção:

Olho direito: 20/60

Olho esquerdo: 20/20

Hipótese Diagnóstica:

Olho direito : Neuropatia óptica Traumática, Ptose palpebral

Olho esquerdo: olho sem alterações

Paciente em acompanhamento de lesão óptica traumática em olho direito; aguarda consulta com o departamento de plástica ocular para tratamento da ptose palpebral.

CID: S040 - TRAUM DO NERVO E DAS VIAS OPTICAS
H024 - PTOSE DA PALPEBRA



Dr. MARISA ZAMORA KATTAH
Fundação Altino Ventura
CRM 10120

O seu atendimento é pago com recursos do SUS. Qualquer cobrança é ilegal, denuncie na





ARUANA SEGURADORA
28 ACO 2019

