

## INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

**OUTORGANTE:** Silvio Manoel do Nascimento, Brasileiro, Solteiro, desempregado, CPF: 076.227.324-04, Residente na Rua Canadá, nº 330, ALDEIA Camaraz, CAMARAGI-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 verifa 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



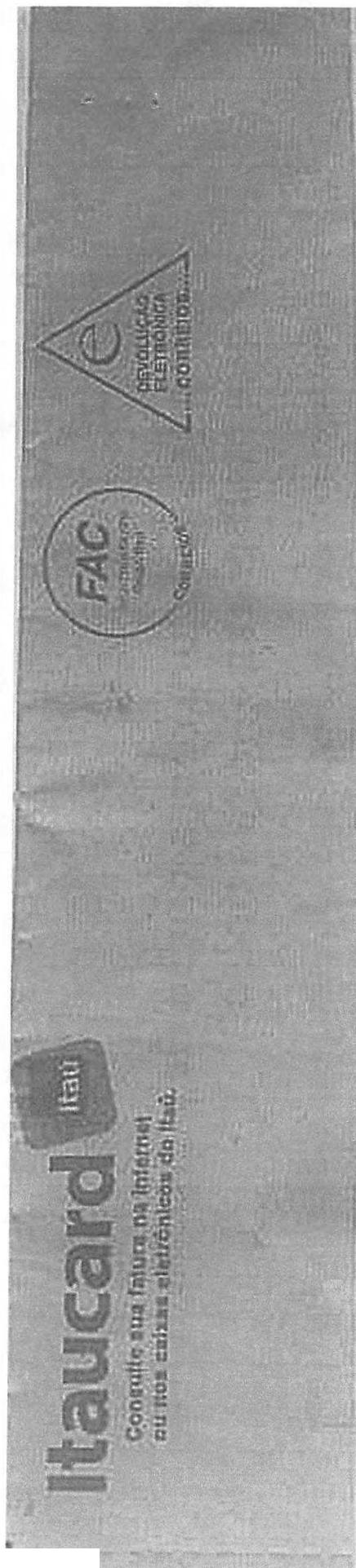


ARUANA SEGURADORA  
28 AGO 2013



Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 16/12/2019 12:05:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121612055740600000054675941>  
Número do documento: 19121612055740600000054675941

Num. 55573267 - Pág. 2



taucht

**Coronel** em **lavoura** ou **horticultura**  
ou **nos** **cultivos** **estacionais** **do** **leite**

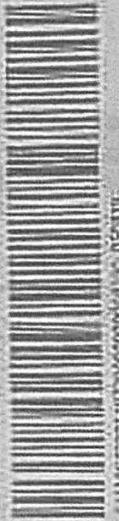
卷之三

卷之三

SILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO  
R CAMARADA 330  
CS - ALDEIA CAMARAS  
54783-710 CAMARAGIBE - PE



Derechos de los menores (artículo 20 de la LOMCE)



JUL 1 1964-AUCHA  
28 AC3 333



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

<https://pie.tips.br:443/a/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121612055740600000054675941>

Número do documento: 19121612055740600000054675941

Num. 55573267 - Pág. 3

## 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 - DP37<sup>a</sup>CIRC  
DIM/9<sup>a</sup>DESEC

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE  
37<sup>a</sup> CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37<sup>a</sup>CIRC  
DIM/9<sup>a</sup>DESEC

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0127004137

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 PÚBLICA**

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 BOI 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



Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 16/12/2019 12:05:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121612055740600000054675941>  
Número do documento: 19121612055740600000054675941

Num. 55573267 - Pág. 5

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

## Complemento / Observação

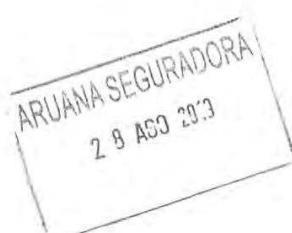
**INFORMA A VITIMA QUE NA MADRUGADA DO DIA 24 DE SETEMBRO DE 2017 VEIO SOFRER UM ACIDENTE ENQUANTO ESTAVA CONDUZINDO UM VEICULO DE UM AMIGO. QUE NESSE DIA ESTAVA CHOVENDO MUITO E COM POUCA VISIBILIDADE QUANDO SOBROU NUMA CURVA E VEIO CAPOTAR O VEICULO. O MESMO ESTAVA ACOMPANHADO POR OUTRAS TRES PESSOAS QUE NÃO SOFRERAM LESOES. O MESMO FICOU DESACORDADO, SENDO INFORMADO QUE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS DIRETO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, 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: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **272840-0**



07/07/2018 16:14



Assinado eletronicamente por: EWERTON VILAR DE LIMA - 16/12/2019 12:05:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121612055740600000054675941>  
Número do documento: 19121612055740600000054675941

Num. 55573267 - Pág. 6



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

**C E R T I D Ã O**

**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 º 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

ARUANA SEGURADORA  
28 AGO 2013





HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



## ENFERMARIA 502 8

### #IDENTIFICAÇÃO

NOME: MILVIO MANOEL GOMES DO NASCIMENTO

IDADE: 19 ANOS

REGISTRO: 1605392

ADMISSÃO HR: 24/09/17

ADMISSÃO SENEC: 25/09/17

### #HCP:

- PG DE PRENAGEM DE HEPATÍA DIREITA + CRANIOPLASTIA (24/09)

### #COMPATAS:

- SOLICITO ROTINA DE ADMISSÃO
- DE CONTROLE
- VIGILÂNCIA NEUROLOGICA
- PT PNEUMATÓRIA
- AVAL OFTALMO
- VTM

DR.: \_\_\_\_\_



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

<https://pje.tjejus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121612055740600000054675941>

Número do documento: 19121612055740600000054675941

Num. 55573267 - Pág. 8

# 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**

Descrição 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: - ESCALA 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

Número do Registro

**PROTESE**  
ETIQUETA

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
Notificado: 27/09/17 Vigilância Epidemiológica Hospitalar VEH-HRSES - NEP Corrências:			

Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO

Locação: VIA PUBLICA

25/09/17.

Informações do Serviço Social: <i>Resguardamos suas famílias resguardamos suas famílias</i>	Assistente Social Assistente Social Moraes hanc CRS-3388
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 N° *2* **AUSENTE** *de* **CAM**.  
 Hálito *EXICO.* *M&D* *SABEM* *ESTATURADO*  
*fona* *de* *CONFIDÊNCIA* *THATIN* *PESSOAS*  
*CONTO* *de* *PAZ* *ASSISTEN*)

Atendimento Médico					
Perda de consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Episódio Ernético: 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 pélvia: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:	<i>ARUANA SEGURADORA</i> 28 AGO 2013		
<i>COLAR CERVICAL AUSENTE</i>					
B: Respiratório	<i>MV(+) AXA</i>	<i>51 A.A.</i>			
C: Circulatório	PA: X mm	Pulso:	bpm		
<i>AVOID CHOKING SEM ACESSO</i>					

REALIZADO  
TOMOGRAFIA DE CABEZAS  
DATA: 24/09/2019  
LARANJEIRAS

## 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





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde : HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente :	Silva Jovem Gomes Nogueira		Nº do Registro : 1605392
Clínica :	NCR		Nº do Leito :
Operador :	Dr Rafael		
1º Assistente :	Dr Ivan	2º Assistente :	
Instrumentador :	Dr Jovem		
Anestesia :	Duração :		
Data da Operação :	24/02	Início :	Fim :

Diagnóstico Pré-Operatório : HODA

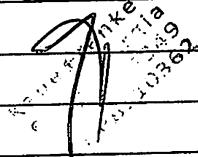
Diagnóstico Pós-Operatório : " "

Operação Proposta : Draining HODA + cranioplasty

Operação Realizada : " "

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

Expondo duto dural lateralmente o seio  
toraco - encurvado + coloção do corpo estéril  
envolto por plástico em torno de 10 cm + hemostasia profunda  
craniotomia parcial dorsal + exposição plena do dural  
descolagem de meninges epaxial + hemostasia e  
curramento do dura.  
remoção de fragmentos duros + fechamento  
de plástico.  
colocação de drenos + hemostasia profunda  
curativo local



COD. 0342





## REGISTRO DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO HR

PACIENTE: Sírio manuel Gomes REGISTRO: 1605392  
 IDADE: 99 SEXO: M<sup>+</sup> F<sup>-</sup> SETOR DE PROCEDENCIA: Emergência

### 1-EQUIPE CIRÚRGICA

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

### 2-DADOS DA CIRUGIA:

CIRURGIA: <u>Desagregação 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 CONSCIENCIA: CONSCIENTE( ) ORIENTADO(  ) SONOLENTO(  ) SEDADO(  ) INCONSCIENTE(  )  
 RESPIRAÇÃO: ESPONTÂNEA( ) ENTUBADO(  ) TRAQUEOSTOMIZADO(  ) CIRCULAÇÃO: FREQUENCIA CARDIACA \_\_\_\_\_ PULSO \_\_\_\_\_ PA \_\_\_\_\_  
 PELE: INTEGRA (  ) LESIONADA( ) DIURESE: ESPONTÂNEA( ) SONDA(  ) DISPOSITIVO URINARIO(  ) ALERGIA: \_\_\_\_\_ PERTENCES: \_\_\_\_\_  
 PREPARO PARA CIRUGIA: BANHO PRE-OP(  ) TRICOTOMIA( ) MARCAÇÃO DO SITIO CIRURGICO: SIM( ) NÃO(  ) PROTESE DENTARIA: SIM(  ) NÃO( )

### 4-TRANS-OPERATÓRIO

POSIÇÃO: FOWLER(  ) LATERAL(  ) DORSAL( ) VENTRAL(  ) GINECOLOGICA(  ) PROTEÇÃO OCULAR: SIM( ) NÃO(  ) LOCAL DE PLACA CIRURGICA: Dorsos  
 CONTAGEM DE COMPRESSAS INICIO: □ FINAL: □ □ CONTROLE DE PERFUSOS: FIO AGÜLHADO: INICIO: \_\_\_\_\_ FIM: □  
 ANTIBÍOTICO PROFILÁTICO: SIM(  ) NÃO( ) QUAL: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ PREENCHEU COTA: SIM(  ) NÃO( )  
 GARROTEAMENTO: SIM(  ) NÃO( ) TEMPO DE GARROTE: INICIO: \_\_\_\_\_ FINAL: \_\_\_\_\_  
 CONTAGEM DE INSTRUMENTAIS: \_\_\_\_\_ CONFERIDO POR: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

### 5-EQUIPAMENTOS\MATERIAIS

MONITOR( ) OXIMETRO( ) CAPINOGRAFO( ) PNI( ) ASPIRADOR MONTADO( ) MANTA TERMICA(  ) AP.VIDEO(  ) TORPEDC  
 DE NITROGENIO( ) TORPEDO DE CO2(  ) BISTURI ELETTRICO( ) MICOSCOPIO(  ) CAVITRÓN(  ) INTENSIFICADOR(  ) BOMBA  
 DE INFUSÃO(  ) DIPRIFUSOR(  ) ESTIMULADOR DE NERVOS(  ) DERMATOMO(  ) BISTURI ULTRASSONICO(  )  
 INSTRUMENTAIS CONSIGUINADOS SIM(  ) NÃO( )

### 6-PEÇA CIRÚRGICA/EXAMES

ANATOMO PATOLÓGICO: SIM( <input type="checkbox"/> ) NÃO( <input checked="" type="checkbox"/> )	NOME DA PEÇA: _____	MATERIAL: _____
SOLUÇÃO: _____	IDENTIFICADO POR: _____	_____
CULTURA: SIM( <input type="checkbox"/> ) NÃO( <input checked="" type="checkbox"/> ) EXAMES LABORATORIAIS: SIM( <input type="checkbox"/> ) NÃO( <input checked="" type="checkbox"/> ) GASOMETRIA: SIM( <input type="checkbox"/> ) NÃO( <input checked="" type="checkbox"/> ) RX: SIM( <input type="checkbox"/> ) NÃO( <input checked="" type="checkbox"/> )		





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Número do Registro

**PROTESE**

ENQUETA

<b>869586</b>	Data e Hora de Atendimento: 24/09/2017 05:36	Local de Entrada: <b>EMERGENCIA GERAL</b> 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: Número 1 Complemento: UF: PE Telefone: 991588697
Endereço: ESTRADA DE ALDEIO Bairro: ALDEIA Cidade: CAMARAGIBE		
Corrências:		
Motivo do atendimento: ACIDENTE CAPOTAMENTO Localização: VIA PUBLICA		
Informações do Serviço Social: <i>(Assistimos um homicídio, paciente)</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"/>	<i>Assistente Social Assistente Social de Moraes Assistente Social - HR. Assistente Social</i>	
Observação:		
História Clínica: <i>Vítima de acidente de trânsito. Hálito etílico. MAS sem sangramento. Tinha o faturado devido à confusão. Sem pulso.</i>		
<b>Atendimento Médico</b> 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?		
<b>Exame Físico:</b> A: Geral Via aérea está pélvica: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Temp:		
<i>Colar cervical ausente</i>		
B: Respiratório R: A.A. SI A.P.		
C: Circulatório PA: X mm Pulso: bpm <i>Pulso切なし SEM Acesso ao fechado</i>		

REALIZAÇÃO:  
TOMOGRAFIA DE EMERGÊNCIA  
DATA: 24/09/2017  
PROFISSÃO: *THH*

ATENDIMENTO MÉDICO DE EMERGÊNCIA
 AB/MOLX

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.

PERMANECIU 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**

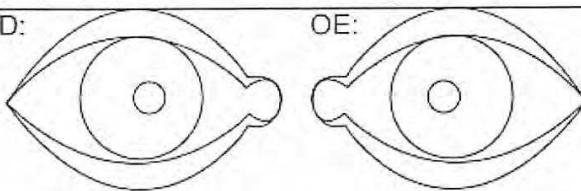
OD: PTOSE COMPLETA, CONJ CALMA, HSC NASAL, CORNEA TRANSP, CAF, SEM RCA, FACICO

OE: NDN DE URGENCIA

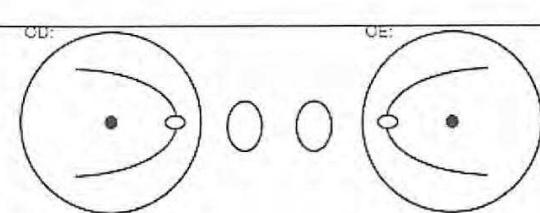
PPO: HT E/D

VERSOES: LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO EM OD / PARECE HAVER DISCRETA RESTRIÇÃO DE ABDUÇÃO EM OD ?(POREM COMPARADO AO OE NAO PARECE)

OD:



OE:


**MAPEAMENTO / BIO DE FUNDO**

SELECIONE > NÃO REALIZOU

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

OE: AO

	AVL	TONOMETRIA	
S/C <input checked="" type="checkbox"/>	C/PH <input type="checkbox"/>	C/C <input type="checkbox"/>	HORA:
OD: 20/100- ELEVANDO A PS			OD: 15
OE: 20/30			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  Ultrasound

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: <a href="#">clicar para informar o cid</a>
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 COMPLEMENTARES 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



Assinado eletronicamente por: EWERTSON VILAR DE LIMA - 16/12/2019 12:05:57  
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121612055740600000054675941>  
Número do documento: 19121612055740600000054675941

Num. 55573267 - Pág. 17



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

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

Número do documento: 19121612055740600000054675941

Num. 55573267 - Pág. 18