

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Nome: LUÍZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

_____, nacionalidade: BRASILEIRO,

estado civil: _____, profissão: _____,

inscrito no CPF sob o n.º 111 . 139 . 484 - 52, portador do RG n.º

210.522.398.218 - MEX/PE, residente e domiciliado no endereço: RUA
CICLOBOUDO ARAÚJO, Nº 60, PENEIRO, SÃO LOURENÇO DA MATA/PE, CEP: 54.700-000

OUTORGADO: **DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR e MARCOS ANDRÉ BARBOSA CAMPELLO**, brasileiros, casados, advogados, respectivamente inscritos na OAB/PE sob os n.º 19.845 e 21.118, com endereço profissional na Rua Arquimedes de Oliveira, n.º 205, Santo Amaro, Recife-PE, CEP. 50.050-510.

Pelo presente Instrumento de procuração, o(a) Outorgante acima qualificado(a) nomeia e constitui o advogado Outorgado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom, firme e valioso, para ingressar com Ação de Indenização por Ato Ilícito, em face de qualquer seguradora integrante de consórcio instituído pela Resolução 1/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados- CNSP e revigorado pela Lei nº 8.441/92.

Recife-PE, 05 de Novembro de 2019.

Luiz Carlos da Rocha Barbosa
Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

LOIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA,
inscrito(a) no CPF sob o n.º 111 . 139 . 424 - 62, DECLARA, sob as
penas da lei, que é pobre e não possui recursos suficientes para custear qualquer
demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da Lei nº
1.060 de 05 de fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da Justiça.

Recife-PE, 05 de Novembro de 20 19.

Loiz Carlos da Rocha Barbosa
Declarante



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento particular de prestação serviços advocatícios, de um lado como **CONTRATANTE**: LUIZ CARLOS BARBOSA DA ROCHA, BRASILEIRO, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 111.139.454-52, R.G Nº 210.529.398.218 MEX/PE, RESIDENTE À RUA CLODOMIRO ARAÚJO, nº 60, PENEIRO, SÃO LOURENÇO DA MATA/PE, CEP: 54.700-000

e de outro como **CONTRATADO** o advogado **DANILO CÉSAR ALVES DA SILVA JÚNIOR**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PE sob o nº 19.845, com endereço profissional na Rua Arquimedes de Oliveira, nº 205, Santo Amaro, Recife-PE, CEP. 50.050-510, fica certo e ajustado o que adiante segue:

- 1) O presente contrato tem como objeto uma ação de reparação de danos, para recebimento da **Diferença do Seguro Obrigatório – DPVAT**, a ser interposta pelo CONTRATADO em favor do CONTRATANTE.
- 2) Caso haja recebimento por parte do CONTRATANTE, este pagará ao CONTRATADO **30% (trinta por cento) do valor total apurado, com os devidos acréscimos legais, se houver**. Ao tempo em que, se porventura **não** lograr êxito a Ação ajuizada, nada deverá o CONTRATANTE ao CONTRATADO. Ressaltando que os honorários advocatícios sucumbenciais, caso existam, pertencerão ao CONTRATADO, sob qualquer hipótese, independentemente do percentual acima acertado.
- 3) O (A) CONTRATANTE obriga-se a fornecer todos os documentos indispensáveis para a propositura da referida ação;
- 4) Se, no correr da Ação e sem justa causa, for revogado o mandato conferido ao CONTRATADO, poderá este de uma só vez cobrar os honorários, ainda em débito. Para essa obrigação, o CONTRATADO utilizará da via executória, nos exatos termos dos artigos 22, 23, 24 e seus parágrafos, da lei nº 8.906 de 04/07/94 (Estatuto da Advocacia e da OAB) e artigo 585, do CPC;
- 5) As partes elegem o foro da Cidade do Recife-PE, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

E por estarem assim, justos e combinados, assinam o presente contrato, em duas vias de igual teor e forma, para os seus fins legais.

Recife, 05 de Novembro de 20 19.

Luiz Carlos Da Rocha Barbosa
CONTRATANTE

Daniло César A. de Silva J.
CONTRATADO



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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1304819048

NOME
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
21052398218 MEX PE

CPF
111.139.424-52

DATA NASCIMENTO
31/08/1996

FILIAÇÃO
ATONIS GOMES BARBOSA
JOSETE BEZERRA DA
ROCHA BARBOSA

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06506983800

VALIDADE
11/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
17/11/2015

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do Portador
Luiz Carlos Da R. Barbosa

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
17/11/2016

Assinatura do Emissor
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
08726854814
PE076064778

PROIBIDO PLASTIFICAR
1304819048

DETRAN - PE - CERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS
16 SET. 2019
SEGURO DPVAT



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. E.I. 0005943-93 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CLODIO GALDO ARAUJO 60

PENEDONSAO LOUREN O DA MATA
SAO LOURENCO DA MATA PE
54700-000

CÓDIGO CONTATO	MES/ANO
1593111020	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PROXIMA LETURA
13/08/2019	05/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	175,03

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (Voto)	185,00000000	0,77545172	143,45
Consumo Banheira AMARELA			3,17
Consumo Banheira VERMELHA			1,94
Consumo Banheiro da Cozinha			20,58
ICMS Supercanal 10% NF 068752054-07/05/19			1,56
Multa por atraso NF 068456296-65/07/19			2,93
Multa por atraso NF 068456306-06/07/19			1,02
Subtotal de impostos 143,9854005 15,09719			0,39

175,03

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWH)
3154443079	Cal	06-07-2019	1.999,00	06-08-2019	6.174,00	32	1,00000	165,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
AGO18	210
SET18	191
OUT18	223
NOV18	225
DEZ18	249
JAN19	210
FEB19	203
MAR19	196
ABR19	188
MAY19	201
JUN19	215
JUL19	189
AUG19	185

INFORMAÇÕES ON TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	138,79	25,00	34,74
PIS	148,56	0,74	1,09
COFINS	148,56	3,82	5,68

Composição do Consumo

	R\$	%
Geração de Energia	51,52	34,89%
Transmissão	5,17	3,49%
Distribuição (Cabo)	31,33	21,06%
Perdas de Energia	9,37	6,64%
Cargos Setoriais	7,56	4,95%
Tributos	43,31	29,15%
Total	148,56	100%

Consumo Atual (VH)

TARIFAS APLICADAS

0.54329000

Pague no ponto
correia de grupo
informações em
quando há viol
2%(Res4142AN
do prazo de tr

Caixa Económica Federal

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

246-624135250-8

03/Set/2019

HORA DE 08:57:40

LOT. 15.024804-0
LOCALIDADE: SAO LOURENCO DA MATA
AG. VINCULADA: 0876

TERM 058822

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
CELPE COMPANHIA ENERGETICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 175,03

DIC
FIC
DMIC

838000000017 750300110015
593111020109 141722761833

246-624135250-8

19 VIA

EXCELSIOR SEGUROS
16 SET. 2019
SEGURO DPVAT





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. **19E0115003635**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às **09:18**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/3/2019** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 1** - Bairro: **CAPIBARIBE** - **SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**

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

LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSETE BEZERRA DA ROCHA BARBOSA** Pai: **ANTONIS GOMES BARBOSA** Data de Nascimento: **31/8/1996** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **11113942452 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Telefones Celulares: **- 987647811**

Endereço Residencial: **AVENIDA CLODOALDO GOMES DE ARAUJO, 60 - CEP: 55000-000 - Bairro: PENEDO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 TITAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH1308 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2018/NÃO INFORMADO**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE ACIMA CITADA PILOTAQNDQ SUA MOTOCICLETA ORA MENCIONADA QUANDO FOI COLIDIDO POR UM VEÍCULO E PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS VINDO A BATER EM SUA LATERAL E A VÍTIMA VEIO A CAIR NO CHÃO ONDE FOI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL GETULIO VARGAS CONFORME ATENDIMENTO Nº 693079.



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

Luiz Carlos da R. Barbosa
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO** - Matrícula: **220.926-8**

Scanned by CamScanner

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014486621499	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	1160313110	*****	2019
NOME			
LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA			
SAO L. DA MATA-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
111.139.424-52		PCH1308	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
***** PE		9C7K02210JRO49992	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS / MOTOCICLETA		ALCOO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CC 160 TITAN		2018	2018
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/162CL	PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
I IPVA 2019 QUITADO		1 *****	
P		2 *****	
V		3 *****	
A			
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS		
1	*****		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA			
DOCUMENTO DE FORTALECIMENTO OBRIGATORIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAL		DATA	
SAO L. DA MATA-PE		16/01/19	
Marcelo Augusto da Costa Ferreira			
Diretor Presidente em Exercício DETRAN/PE			

EXCELSIOR SEGUROS
16 SET. 2019
SEGURO DPVAT





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2019APH000956 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA, 23 anos, BRASILEIRA(a), SOLTEIRO(a), RG nº 210522398218 MEXPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 111.139.424-52, residente à RUA CLODOALDO GOMES DE ARAUJO, nº 60, , PENEDO, SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 05/03/2019, por volta das 21:35 hs, no endereço: AV. BELMIRO CORREIRA, PE, CAPIBARIBE SÃO LOURENÇO DA MATA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo MOTOCICLETA TITAN 160 PRETA PCH1303-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA, inscrito sob o CPF nº 111.139.424-52 e Registro Geral nº 210522398218, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710415-4 DIOGENES. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETULIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº 712579. Ficou aos cuidados do médico XXX, registro XXX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 16/03/2019

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.bm.pe.gov.br>, consultando protocolo nº 2019APH000956

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



HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER V2

Data e hora retirada da senha: 05/03/2019 22:31



Nome Paciente: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 31/08/1996
Sexo: Masculino
Idade: 22
Senha: E0022
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 05/03/2019 22:32 - 05/03/2019 22:33

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

Prioridade: **AMARELO**
Cor: **AMARELO**
Queixa Principal: HISTORIA DE COLISÃO MOTO/CARRO HA 1 HORA, EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MID + MSD
NEGA VÔMITOS E DESMAIOS
Observação: TRAZIDO PELO CBM DIRETO DA VIA PÚBLICA
Fluxograma sintoma: QUEDAS
Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?
Especialidade: CIRURGIA GERAL
Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUÊNCIA CARDÍACA: 76.00 BPM (RÍTMICO)
- TEMPERATURA: 36.00 °C




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

Data Impressão: 05/03/2019 22:33

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



 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.			
<input type="checkbox"/>	IDADE > OU IGUAL 65 ANOS	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX:HIPOGLICEMIA)	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	SEDAÇÃO/ANESTESIA	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA	<input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACIENTE CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/>	
CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSO.			
<input checked="" type="checkbox"/>	COLOCADO PULSEIRA ROXA	<input type="checkbox"/>	NÃO SE APLICA
ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:			
<input type="checkbox"/>	SIM	ASSINATURA (ORIENTADO):	
<input type="checkbox"/>	NÃO		
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 enfermaria 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:			
 Danilo César Alves da Silva Júnior - Coren Registro: 405820/2010 Fone: (0800) 3109900			

HGV 1026.V.1 (2013)





HOSPITAL GETULIO VARGAS
EMERGENCIA



E: Abdômen	
Diagnóstico Inicial: <i>Embr. abdominal</i>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica <i>Exames de urina</i>	
Exames Solicitados: 1 - Especializados <i>Do Rins</i>	
Resultado de Exames:	
Tratamento / Procedimentos:	Código Procedimento:
	Ass. Médico + Carimbo
	Código Procedimento:
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	Ass. Médico + Carimbo
	Ass. Enfermeira + Carimbo
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Destino:	
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito	
Confirmação do Nome:	
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos <input type="checkbox"/>	
Observações:	
Assinatura:	
Médico:	
CRM/CRO: Data: Hora:	
- Estou ciente das normas existentes 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: Nome completo legível:	
Nº da Identidade: Assinatura:	
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data: Nome completo legível:	
Nº da Identidade: Assinatura:	
Cadastramento: 05/03/2019 22:30 h CLAUDIOAS	
Impressão: 05/03/2019 22:30 h CLAUDIOAS	

Médico





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



ATENDIMENTO: 693079 Prontuário: 712519

Nome: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Data Nasc.: 31/08/1996

Idade: 22

Sexo: MASCULINO

Cor:

CPF:

RG: 8740621

CNS:

Endereço: AVENIDA CLODOALDO GOMES DE ARAUJO

Nº: 60

Bairro: PENEDO

Cidade: SAO LOURENCO DA MATA

Estado: PE

CEP: 54715505

Fone: 86724927

Profissão:

Nome da Mãe: JOSETE BEZERRA DA ROCHA BARBOSA

Acompanhante: JOSETE BEZERRA DA ROCHA BARBOSA

Nome do Conjuge:

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: AUT. ENF. MARGARIDA VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO-CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Lesão Principal / HDA:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐

Tipo:

Colisão: Sim ☒ Não ☐

Tipo:

Motofrete ☐ Passageiro ☒

Atropelamento: Sim ☐ Não ☒

Local de Impacto:

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Sofreu Queda: Sim ☒ Não ☐ Altura: m

Queimadura: Sim ☐ Não ☒

Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☒

O paciente fala: Sim ☐ Não ☒

Temp.: C°

B: Respiratório

C: Circulatório

PA:

x

mm

Pulso:

bpm

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

1. Ocorrência da Emergência: 693079

1.1 - Atendimentos em: 05/03/19

1.2 - Às 22 horas e 30 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 712519

2.1 - Internado em: 05/03/19

2.2 - Alta em: 21/03/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 06/03/19: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA + REDUÇÃO + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TIPO TUBO-A-TUBO EM PERNA DIREITA.

2) CIRURGIA EM 20/03/19: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA (HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA DIREITA).

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO (MOTO X CARRO).

DATA: 8.8.2019

HORA: 15:11:58

PASTA: 01.08.2019

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167
Dermatologista
CRM 15.938 RQE 2167

Dra. Jéssica Guido.





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

Secretaria Estadual de Saúde



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA Registro: 712519
Data da operação: 06/03/19
Operador: DR. CARLOS HENRIQUE 1º auxiliar: DR. LEVI GOMES 2º
auxiliar: DR. FERNANDA MADRUGA MRI

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA
DIREITA

Cirurgia: LMC + REDUÇÃO + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TIPO
TUBO-A-TUBO EM PERNA DIREITA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia
- 2) Antissepsia + assepsia
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observado fratura em ossos da perna direita com ferimento comunicando foco de fratura com meio externo.
- 5) Limpeza copiosa com SF
- 6) Aposição de fixador externo tubo-a-tubo em perna direita
- 7) Curativo esteril
- 8) Boa perfusão distal após o procedimento



CARLOS HENRIQUE
Médico
CRM/PE 23483





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: Luiz Carlos da Rocha Barbosa

Registro: 712519

Data da operação: 20/03/19

Operador: DR. DIOGO CÉZAR 1º auxiliar: DR. ROBSON MR.3

2º auxiliar: DR. KENNET MR.3

3º auxiliar: DR. ANDRE MR.1

Diagnóstico pré-operatório:

FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Tipo de operação:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA (HASTE INTRAMEDULAR DE TÍBIA DIREITA)

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia e antisepsia;
- 3) Aposição de campos operatórios estéreis;
- 4) Realizada incisão mediana infra patelar, dissecação por planos.
- 5) Visualizado o tendão patelar e realizada incisão mediana em tendão patelar a direita;
- 6) Realizada redução incruenta + osteosíntese de tibia com Haste intramedular + 02 parafusos de bloqueio distal + 02 parafusos de bloqueio proximal + 1 parafuso tampão;
- 7) Verificação da redução/posicionamento do implante com fluoroscopia;
- 8) Limpeza com SF0,9%
- 9) Sutura do tendão patelar;
- 10) Realizada sutura de pele;
- 11) Curativo
- 12) Observada boa perfusão distal

Dr. André Cândia
Médico
CRM/PE: 27767

2





LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA		00712519
693197	MASCULINO	22a 6m 19d
CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU		

Relatório de Alta Hospitalar
ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA

Tratamento:

05/03/2019: LNC + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR EM TIBIA DIREITA

19/03/2019: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE TIBIA DIREITA + OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIA DIREITA

OBS:

- ORIENTO CARGA ASSISTIDA EM MIO;
- PRESCREVO ANALGESIA;
- ENTREGO ATESTADO (30 DIAS), DECLARAÇÃO, SOLICITAÇÃO DE MULETAS;
- PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG, 12/12H, 07 DIAS;
- ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE TRAUMA APÓS 15 DIAS.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

PACIENTE COM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS.

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
05/03/2019	21/03/2019

Recife, 21 DE MARÇO DE 2019

Dra. Fernanda Madruga

MÉDICA
Rég. nº 27507

FERNANDA MADRUGA E SOUZA - CRM: Nº. 11798



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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190533903

Vítima: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Data do Acidente: 05/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

Recebedor: LUIZ CARLOS DA ROCHA BARBOSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000876

Conta: 00000120802-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

